



Fall-Nr.: IV 2014/318
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.11.2019
Entscheiddatum: 17.02.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 17.02.2017

Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. Beweiskraft bejaht. Bipolare affektive Störung. Zusprache ganze Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 17. Februar 2017, IV 2014/318). Entscheid vom 17. Februar 2017

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Anina Gubser

Geschäftsnr.

IV 2014/318

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., K & B Rechtsanwälte,
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 7. März 2011 über den Krankentaggeldversicherer bei der IV-Stelle zum Bezug von IV-Leistungen an. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen wurden von der Versicherten Schwächeanfälle, Müdigkeit, Herzrasen, Druck und Schmerzen im Kopf, Schwindel, Konzentrationsmangel und taube Finger angegeben (IV-act. 1 und 3). Bereits am 5. Dezember 2010 hatte med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) diagnostiziert, wobei die Symptome der Erschöpfung im Rahmen der depressiven Episode anzusehen seien. In der aktuellen Tätigkeit sei die Versicherte zu 100% eingeschränkt (IV-act. 14-3 f.). Der Sprechstundenbericht vom 21. Februar 2011 des Spitals C.____, Klinik für Chirurgie, hielt folgende Diagnosen fest: Adipositas 3. Grades, ausgeprägte Hypertriglyceridämie bei deutlicher Insulinresistenz, Binge Eating, St. n. Bulimie, Depression, St. n. Curettage im August 2010, Augen-OP im Kindesalter, St. n. Nierenbeckenentzündung im Kindesalter (IV-act. 14-5). Gemäss Gesprächsprotokoll vom 16./19. März 2011 zwischen dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Dr. med. D.____, Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen, und Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, beständen aus somatischer Sicht keine gravierenden Funktionseinschränkungen, im Vordergrund stünden die psychischen Funktionsausfälle (IV-act. 14). Gemäss Gesprächsprotokoll vom 17./20. März 2011 zwischen dem RAD-Arzt und dem behandelnden Psychiater med. pract. B.____ leide die Versicherte seit 15. Juli 2010 (Geburt drittes Kind) an einer postpartalen Depression, anfangs schwergradige und aktuell mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1). Die Versicherte sei bis 4. April 2011 zu 100% arbeitsunfähig, ab dann sei eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit bis ca. 50% möglich. Zirka im Sommer 2011 könne die ursprüngliche Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden (IV-act. 11).



St.Galler Gerichte

A.b Die Versicherte war seit 5. Juli 2004 bei der F.____ AG zu 70% als Call Center Agentin beschäftigt, wobei gemäss Arbeitgeberin bzw. deren Liquidator der letzte Arbeitstag im Mai 2010 war und seit 16. Mai 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit bestand. Das Arbeitsverhältnis endete aufgrund der Geschäftsaufgabe der Arbeitgeberin am 31. März 2011 (IV-act. 13).

A.c Mit Arztbericht vom 25. April 2011 stellte med. pract. B.____ eine mittelgradige bis schwergradige depressive Episode fest. Nach kurzfristiger Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer nur noch 60%igen Arbeitsunfähigkeit seit 4. April 2011 habe er die Versicherte ab dem 19. April 2011 wieder zu 100% arbeitsunfähig schreiben müssen. Die Versicherte bekäme das erste Mal ein Medikament (Rebalance). In der Vergangenheit habe die Versicherte anamnestisch auf viele Medikamente mit Nebenwirkungen reagiert (IV-act. 20).

A.d Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 4. Juli 2011 mit, dass aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 26).

A.e Im durch den Krankentaggeldversicherer veranlassten psychiatrischen Gutachten der Klinik G.____ vom 10. August 2011 diagnostizierte Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.01), einhergehend mit psychophysischer Erschöpfung. Die Versicherte sei in der angestammten sowie einer adaptierten Tätigkeit seit 21. Oktober 2010 zu 100% arbeitsunfähig. Der psychische Zustand der Versicherten habe sich in den letzten Monaten auch ohne konsequente ambulante Behandlung leicht gebessert. Sie brauche dringend eine intensive stationäre psychosomatische Behandlung bzw. Rehabilitation. Unter der geplanten psychosomatischen Behandlung in der Klinik I.____ sei von der weiteren Verbesserung und Stabilisierung des psychischen Zustandes auszugehen (Fremdakten).

A.f Mit Verlaufsbericht vom 10. September 2011 hielt med. pract. B.____ einen trotz ambulanter psychiatrischer Behandlung seit Mai 2011 stationären Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose (mittel- bis schwergradige depressive Episode ICD-10: F32.1/F32.2) der Versicherten fest (IV-act. 27).



A.g Die Versicherte befand sich vom 7. September 2011 bis 8. Oktober 2011 in stationärer Behandlung in der Klinik I.____. Im Austrittsbericht vom 26. Oktober 2011 wurde festgehalten, bei Eintritt der Versicherten habe ein depressives Zustandsbild mit starker Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Antriebsverminderung, sozialem Rückzug, Konzentrationsschwäche und Überforderungserleben bestanden. Es sei diagnostisch von einer mittelschweren rezidivierenden Depression ausgegangen worden, welche sich im Verlaufe der Behandlung verbessert habe. Die berichteten Stimmungsschwankungen mit Stimmungshochs seien mehr auf den kulturellen Hintergrund als auf eine bipolare Störung zurückzuführen. Vom 7. September 2011 bis zum 31. Oktober 2011 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Die Versicherte habe in stabilem psychischem Zustand entlassen werden können (IV-act. 33).

A.h Mit Verlaufsbericht vom 25. November 2011 stellte med. pract. B.____ einen verbesserten Gesundheitszustand fest. Es bestehe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Die bisherige oder eine psychisch ähnlich anspruchsvolle Tätigkeit seien ab 1. November 2011 zu 50% (ca. vier Stunden pro Tag) zumutbar. Mit Behandlung sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich, da die Einschränkungen nicht unbedingt bleibend seien (IV-act. 35).

A.i Gemäss Telefonnotiz vom 27. Januar 2012 habe med. pract. B.____ mitgeteilt, die Versicherte werde ab 30. Januar 2012 wieder im gewohnten Umfeld (Versandhandel) in einem 50%-Pensum tätig sein, was aus psychiatrischer Sicht gut möglich sei (IV-act. 37).

A.j Mit Verlaufsbericht vom 30. Januar 2012 diagnostizierte Dr. E.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten bei folgenden Diagnosen: Muskelschmerzen, wahrscheinlich Fibromyalgie; Adipositas Grad III; rezidivierende mittelschwere depressive Episoden; leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom. Angestammt sowie adaptiert bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei der Versicherten die bisherige Tätigkeit mit verminderter Leistung und eine adaptierte Tätigkeit mit normaler Leistung zumutbar seien. Demnächst sei eine Wiederaufnahme der Arbeit vorgesehen. Dr. E.____ reichte zudem diverse ärztliche Berichte von Fachärzten (Radiologie, Rheumatologie, Pneumologie) im Zeitraum vom 13. August 2011 bis 20. Januar 2012 ein (IV-act. 38).



St.Galler Gerichte

A.k Die neue Arbeitsstelle im Callcenter, welche die Versicherte am 1. Februar 2012 antrat (IV-act. 44), wurde seitens der Eingliederungsverantwortlichen als nicht adaptiert angesehen und hatte die Versicherte gemäss Bericht der IV-Stelle vom 7. Mai 2012 mittlerweile gekündigt (IV-act. 48).

A.l Mit Zielvereinbarung vom 16. Mai 2012 wurden konkrete Massnahmen für die Wiedereingliederung in der freien Wirtschaft/den ersten Arbeitsmarkt festgehalten. Die Versicherte sollte unter anderem in Sinne einer Frühinterventionsmassnahme das Bürofachdiplom VSH an der J.____ absolvieren (IV-act. 50; vgl. auch IV-act. 52). Mit Schreiben vom 7. Juni 2012 wurde der Versicherten mitgeteilt, ihr werde zudem Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche gewährt (IV-act. 54). Mit einer weiteren Zielvereinbarung vom 27. August 2012 wurde ein Coaching zur Erreichung einer höheren Arbeitsfähigkeit festgelegt, welches eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ermöglichen solle (IV-act. 56; vgl. auch IV-act. 59).

A.m Med. pract. B.____ führte im Arztbericht vom 6. November 2012 aus, die 50%ige Arbeitsfähigkeit der Versicherten beziehe sich lediglich auf den aktuellen Arbeitsversuch. In der angestammten Tätigkeit (Versandhandel) bestehe vom 15. Februar 2012 bis am 30. Oktober 2012 eine 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Schweregrad der Erkrankung habe in den letzten Monaten zwischen leichtgradig und schwergradig geschwankt, wobei immer noch eine mittel- bis schwergradige depressive Episode bestehe. Es finde weiterhin eine ambulante psychiatrische Behandlung statt. Eine medikamentöse Behandlung sei weiterhin nicht möglich, da fast alle Antidepressiva Nebenwirkungen bei der Versicherten verursachten (IV-act. 61).

A.n Aus der Untersuchung der Versicherten vom 25. Oktober und 9. November 2012 im Kantonsspital St. Gallen, Infektiologie, ergaben sich keine spezifischen Ursachen für die beklagte Erschöpfung. Hinsichtlich des Erschöpfungssyndroms erscheine ein Zusammenhang mit der langjährig bekannten und psychiatrisch auch behandelten Depression am wahrscheinlichsten (IV-act. 64).

A.o Die IV-Stelle wies am 14. Januar 2013 einen Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen ab (IV-act. 70) und ordnete am 29. Februar/4. April 2013 eine



polydisziplinäre medizinische Untersuchung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie durch die MEDAS Zentralschweiz an (IV-act. 71 und 76). Die Begutachtungen fanden am 28. und 29. Mai 2013 durch Dr. med. K.____, Facharzt Innere Medizin FMH, Dr. med. L.____, Fachärztin für Neurologie FMH, Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. N.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, statt (IV-act. 77).

A.p Im polydisziplinären Gutachten vom 23. Oktober 2013 der MEDAS Zentralschweiz wurden folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit festgestellt: bipolare affektive Störung, Typ II (ICD-10: F31.80), aktuell unter Therapie mittelgradige bis schwere depressive Episode, DD schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3); posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) seit Geburt am 15. Juli 2010, Status nach Curettage 08/2010. Aus rheumatologischer Sicht sei ein chronisches, undifferenziertes zervikales Schmerzsyndrom auf dem Boden eines anhaltenden myofaszialen Reizzustandes festgestellt worden, welcher mit der psychischen Befindlichkeit in engem Zusammenhang stehen dürfte. Die Kriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom seien nicht erfüllt. Es seien keine organisch-strukturellen, pathologischen Befunde objektivierbar, welche eine Arbeitseinschränkung - weder in der angestammten (Call-Center) noch in einer adaptierten Tätigkeit - begründen würden (IV-act. 80-31 ff.). Aus neurologischer Sicht sei - trotz diverser Diagnosen - bezüglich aller genannten Beschwerden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen (IV-act. 80-40 ff.). In der zusammenfassenden Beurteilung des Gutachtens ergab sich für die angestammte wie für eine adaptierte Tätigkeit aufgrund der sich als limitierend erweisenden psychopathologischen Befunde (bipolare affektive Störung, posttraumatisches Belastungsstörung) eine Arbeitsunfähigkeit der Versicherten von 100%. Aufgrund der Akten könne die der Versicherten ab der Geburt vom 15. Juli 2010 bzw. ab 21. Oktober 2010 attestierte 50-100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht lückenlos durch entsprechende psychiatrische Untersuchungsbefunde unterlegt werden, dennoch erscheine die Vermutung zulässig, dass die Versicherte seit der Geburt vom 15. Juli 2010 in diesem Ausmass eingeschränkt gewesen sei. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jede ausserhäusliche Berufstätigkeit gelte ab Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung. Dies gelte sowohl für die angestammte als auch für eine adaptierte Tätigkeit. Eine Einschränkung im eigenen Haushalt bestehe zu 50%. Insgesamt könne die



Arbeitsfähigkeit mittelfristig durch medizinische Massnahmen - Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie ergänzende spezifische Traumatherapie - wahrscheinlich verbessert werden (IV-act. 80-19 ff.). Mit Stellungnahme vom 11. November 2013 führte RAD-Arzt Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, das Gutachten sei sehr umfangreich mit eingehender Aktendarstellung, Beschwerdenerfassung und fachspezifischen Befunderhebungen mit daraus nachvollziehbar abgeleiteten Diagnosen und sich begründet ergebenden funktionellen Einschränkungen. Versicherungsmedizinisch könne auf das Gutachten abgestellt werden. Es bestehe ab dem Untersuchungszeitpunkt des Gutachtens eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 100% für jegliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt (IV-act. 82).

A.q Mit Schreiben vom 28. Oktober 2013 informierte die Versicherte die IV-Stelle über einen erlittenen Bandscheibenvorfall L4/L5 Ende Juni 2013 (IV-act. 81).

A.r Die Versicherte war vom 23. bis 26. November 2013 in der Psychiatrischen Klinik P.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 11. Dezember 2013 wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom festgehalten. Die Klinik habe die Versicherte zur weiteren Behandlung im Kriseninterventionszentrum Q.____ angemeldet. Die Arbeitsunfähigkeit bei Austritt sei 100% gewesen (IV-act. 86).

A.s Am 6. Januar 2014 fand die Bandscheibenoperation aufgrund der bestehenden persistierenden Lumboischialgie L5 rechts bei lumbaler Diskushernie L4/5 rechts statt. Die Operation sei komplikationslos verlaufen, die Mobilisation sei problemlos gelungen und es seien keine neuen neurologischen Defizite nachgewiesen worden. In der Nachkontrolle vom 6. Februar 2014 wurde ausgeführt, es beständen ein unauffälliges Gangbild ohne seitenbetontes Schonhinken, keine Paresen oder Sensibilitätsstörungen, das Lasègue-Zeichen sei beidseits negativ und die Muskeleigenreflexe seien nicht auslösbar (IV-act. 91). Auf entsprechende Nachfrage bestätigte RAD-Arzt Dr. O.____, dass damit ab Dezember 2013 der Versicherten aus somatischer Sicht keine den Rücken belastende Tätigkeiten mehr zumutbar seien (IV-act. 92).

B.



B.a Mit Vorbescheid vom 12. März 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, den Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen. Es bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Zur Begründung führte die IV-Stelle aus, eine posttraumatische Belastungsstörung werde nur anerkannt, wenn sie mit der Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftrete. Komplikationen bei der Geburt, welche folgenlos abgeheilt seien, vermöchten kein Ereignis katastrophalen Ausmasses zu begründen, weshalb die posttraumatische Belastungsstörung nicht plausibel dargetan sei. Hinsichtlich der bipolaren affektiven Störung sei davon auszugehen, dass diese auf die finanziell schwierige Lage der Versicherten zurückzuführen sei. Zudem sei bei depressiven Episoden von einem vorübergehenden Leiden auszugehen. Diese bestünden seit der Geburt und des anschliessenden Arbeitsplatzverlustes, womit von einer reaktiven, grundsätzlich überwindbaren Krankheit auszugehen sei (IV-act. 95 f.).

B.b Med. pract. B.____ gab mit Schreiben vom 19. März 2014 seine Unterstützung im "Rekurs" gegen diesen Vorbescheid bekannt. Er führte dazu aus, die Krankheit der Versicherten sei nicht adäquat zu behandeln, da sie fast keine Medikamente vertrage. Deshalb sei anzunehmen, dass die Krankheit noch längere Zeit bestehen werde. Durch die Weiterführung der ambulanten Therapie und der Gabe der Medikamente, welche möglich seien, würden sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich verbessern können. Des Weiteren führte med. pract. B.____ aus, eine bipolare affektive Störung sei eine psychiatrische Erkrankung, die grundlos auftrete und nicht durch äussere Belastungsfaktoren verursacht werde. Es sei aus medizinischer Sicht nicht möglich, dass diese Erkrankung durch die finanziell schwierige Lage und durch den Druck der Versicherten, ihre Familie unterstützen zu müssen, verursacht sei. Die finanziellen Probleme seien Folge, nicht Ursache der Erkrankung. Gemäss psychiatrischem Gutachten seien keine IV-fremden Einflüsse in versicherungsmedizinischem Sinne erkennbar, weshalb die Aussage im Vorbescheid, die Erkrankung sei auf die finanziellen Probleme zurückzuführen, falsch sei. Aus medizinischer Sicht sei zudem falsch, dass das Fehlen einer geeigneten antidepressiven Medikation gegen die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens spreche. Die Versicherte vertrage die Medikamente nicht gut, weshalb eine Medikation der Versicherten schwierig bis fast nicht möglich sei. Bei der Abgabe von Antidepressiva müsse man bei einer bipolaren affektiven Störung



aufpassen, da es zu einem Switch zu einer hypomanischen oder manischen Episode führen könne. Eine Behandlung erfolge zudem nicht vor allem durch Antidepressiva sondern durch Stimmungsstabilisatoren. Ausserdem habe die Versicherte eine lang dauernde depressive Episode, nicht wie im Mittel sechs Monate. Depressive Episoden dauerten bei einer bipolaren affektiven Störung häufig länger als bei einer depressiven Störung, welche durch äussere Einflüsse verursacht sei (IV-act. 103).

B.c Gegen den Vorbescheid vom 12. März 2014 erhob die Versicherte, vertreten durch die DAS Rechtsschutz-Versicherungs AG, am 15. April 2014 Einwand mit dem Antrag, der Vorbescheid sei aufzuheben und der Versicherten sei spätestens ab 1. September 2011 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zur Begründung führte die Rechtsvertreterin aus, im Gesundheitsfall würde die Versicherte weiterhin einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen. Gemäss polydisziplinärem Gutachten bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der RAD-Arzt habe ausgeführt, es könne auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Med. pract. B.____ habe dem Gutachten ebenfalls volle Beweiskraft attestiert. Die Fachärzte seien sich in der Beurteilung der 100%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten einig. Die medizinische Aktenlage belege bereits aus rein psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Zusätzlich habe sich die somatische Situation der Versicherten verschlechtert. Im psychiatrischen Teilgutachten werde explizit ausgeführt, dass IV-fremde einschränkende Einflüsse im versicherungsmedizinischen Sinne weder aktuell noch retrospektiv erkennbar seien (IV-act. 104).

B.d Mit Verfügung vom 22. Mai 2014 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten ab. Die IV-Stelle stufte die Versicherte als Vollerwerbstätige ein. Zur Begründung der Ablehnung einer Invalidenrente führte sie aus, aufgrund der Bandscheibenoperation ergäben sich aus somatischer Sicht gemäss RAD-Arzt einzig Anpassungen der Adaptionkriterien. Des Weiteren begründe eine psychische Beeinträchtigung für sich allein noch keine Invalidität. Gemäss Stellungnahme des Rechtsdienstes erübrigten sich weitere Abklärungen hinsichtlich der medizinischen Beurteilung, da die psychosozialen Probleme im Vordergrund stünden (IV-act. 108).

C.



C.a Gegen diese Verfügung erhebt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 19. Juni 2014 Beschwerde mit dem Antrag, die IV-Verfügung vom 22. Mai 2014 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei ab 1. September 2011 eine ganze IV-Rente auszurichten. Zur Begründung führt der Rechtsvertreter aus, die bipolare affektive Störung sei nicht auf die schwierige finanzielle Lage der Beschwerdeführerin zurückzuführen. Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten seien weder aktuell noch retrospektiv IV-fremde einschränkende Einflüsse im versicherungsmedizinischen Sinne erkennbar. Med. pract. B.____ habe auch festgehalten, die finanziellen Probleme seien Folge und nicht Ursache der Erkrankung. Die schwerwiegende psychiatrische Erkrankung sei somit nicht primär auf die psychosozialen Probleme der Beschwerdeführerin zurückzuführen. Betreffend die Dauer der depressiven Episoden legt der Rechtsvertreter dar, die Beschwerdeführerin sei bereits seit 2009 erkrankt. Zudem habe die Beschwerdeführerin immer wieder verschiedene psychiatrische Medikamente erhalten, welche sie aber alle nicht gut vertragen habe (act. G 1). Mit der Beschwerde wird ein Schreiben von med. pract. B.____ vom 29. Mai 2014 ins Recht gelegt (act. G 1.3).

C.b Die Beschwerdegegnerin stellt am 15. August 2014 Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verweist zur Begründung auf die angefochtene Verfügung sowie die interne Anfrage an den Rechtsdienst (act. G 4; vgl. auch IV-act. 108 und 87).

C.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtet am 10. September 2014 auf das Einreichen einer Replik (act. G 7).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und



nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie 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). 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.

1.3 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die

versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

Zunächst ist zu prüfen, ob das polydisziplinäre Gutachten beweistauglich ist, so dass darauf abgestellt werden kann.

2.1 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit und gestützt darauf die Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 mit Hinweisen). Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung hat das Gericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist deshalb allein entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung 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). Je mehr ein Gutachten von diesen Qualitätsanforderungen abweicht, desto kleiner ist sein Beweiswert (GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 2007, S. 20). Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar betrachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit Hinweisen).

2.2 Die Beschwerdegegnerin hat ein polydisziplinäres Gutachten bei der MEDAS Zentralschweiz eingeholt.

2.2.1 Gemäss den rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten bestehen keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Deshalb sei die Versicherte aus rheumatologischer und neurologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ohne zeitliche oder leistungsmässige Einschränkung zu 100% arbeitsfähig. Indiziert sei eine Gewichtsreduktion zur Entlastung der gewichtstragenden Gelenke wie auch der Wirbelsäule sowie eine aufbauende Konditionierung mit unter anderem auch Kräftigung der Rumpf- und Nackenmuskulatur (IV-act. 80-31 ff. und 40 ff.). Das psychiatrische Teilgutachten diagnostizierte gestützt auf die Vorakten und die eigenen Untersuchungen eine bipolare affektive Störung, Typ II (ICD-10: F31.8), aktuell unter Therapie mittelgradige bis schwere depressive Episode, differentialdiagnostisch schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3), und eine



posttraumatische Belastungsstörung. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und eine Nikotinabhängigkeit (ICD-10: F17.25). Die Kriterien für eine Depression seien klinisch und testpsychologisch erfüllt. Die Schmerzen seien in erster Linie Ausdruck der Depression und als depressive Symptome zu beurteilen. Entscheidend für die Diagnose des Schweregrads sei die klinische Beurteilung, gemäss welcher eine schwere Depression vorliege. Gestützt auf die Vorakten sei verglichen mit den Jahren 2011/2012 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Die Beschwerdeführerin habe schon wiederholt hypomane Phasen erlebt und der Stimmungsumschwung sei jeweils sehr schnell erfolgt. Der Verlauf und die raschen Wechsel sprächen für eine bipolare affektive Störung, Typ II. Die Wahrnehmungsstörungen könnten eine Folge der als traumatisch erlebten Geburt der jüngsten Tochter sein. Daher müsse differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung erwogen werden. Selbst wenn man die Diagnose nach ICD-Kriterien in einer strengen Auslegung nicht stellen wolle, bleibe in jedem Fall eine Überaktivierung im Sinne einer permanenten Alarmreaktion. Diese könne klinisch Konsequenzen haben und eine fachgerechte Behandlung könnte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und eventuell auch der Arbeitsfähigkeit bewirken. Eine traumatische Geburt könne lang anhaltende Folgen auf die Gesundheit und die Lebensqualität haben. Med. prakt. B.____ habe eine postpartale Depression diagnostiziert, was naheliegend sei, da zumindest der zeitliche Zusammenhang der Verschlechterung gegeben sei. Es dürfte sich aber um verschiedene zusammenwirkende Faktoren handeln: Die bipolare affektive Störung, welche die Schwelle für ein erneutes Auftreten einer affektiven Episode als Reaktion auf ein emotional belastendes/aufgeladenes Lebensereignis erhöhe; der Konkurs ihres Arbeitgebers mit dem drohenden Verlust der Stelle; die Geburt und die damit verbundenen Umstellungen; die traumatischen Erfahrungen bei der Geburt. Die Angstsymptomatik gehöre zu einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Depression, sei aber so stark ausgeprägt, dass eine separate Diagnose zu stellen sei. Aufgrund der geschilderten Panikanfälle in engen geschlossenen Räumen und Menschenmengen sei von einer Agoraphobie mit Panikstörung auszugehen. Zudem habe Dr. H.____ einen Zustand nach generalisierter Angststörung diagnostiziert. Aufgrund der unangemessenen Ängste um die Tochter sei von einer generalisierten



Angststörung auszugehen. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Essattacken dürften ein Hinweis auf die Belastung durch ihre Depression und Angststörungen und deren Schweregrad sein. Insgesamt sei bei einer schweren Depression von einer deutlichen oder sogar vollständigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei jeder Tätigkeit auszugehen. Die posttraumatische Belastungsstörung verstärke die Depression und trage zum unerwartet langen Anhalten der depressiven Symptomatik bei, unterbrochen von einer kurzen hypomanen Phase, als die Beschwerdeführerin die Aussicht auf eine Berufsausbildung gehabt habe. Die relativ ausgeprägte Angststörung schränke die Beschwerdeführerin in der Stellensuche und beim erfolgreichen Antritt einer Stelle ein, auch wenn sie mit therapeutischer Unterstützung wahrscheinlich überwindbar sein dürfte. Die geklagten Schmerzen allein schränkten die Beschwerdeführerin hingegen nicht ein (IV-act. 80-46 ff.).

2.2.2 In der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin in der aktuell ausgeübten oder einer anderen adaptierten Tätigkeit seit 15. Juli 2010 gemäss plausibel erscheinender Aktenlage 50-100%, ab der Begutachtung zu 100% arbeitsunfähig sei (IV-act. 80-22).

2.3

2.3.1 Die Beschwerdegegnerin bestreitet die Beweiskraft des Gutachtens grundsätzlich nicht. Dennoch geht sie von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, weil ein nicht invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Die Beschwerdegegnerin behauptet, bei der diagnostizierten bipolaren affektiven Störung sei davon auszugehen, dass die beschriebene Symptomatik und die gestellte Diagnose einer aktuell mittelgradig bis schweren Episode im Rahmen der bipolaren affektiven Störung auf die finanziell schwierige Lage zurückzuführen seien aufgrund des Drucks, die Familie finanziell unterstützen zu müssen. Diese psychosozialen Belastungsfaktoren vermöchten gemäss Rechtsprechung keine Invalidität zu begründen (IV-act. 108-2). Demgegenüber wird im psychiatrischen Teilgutachten explizit darauf hingewiesen, dass weder aktuell noch retrospektiv wesentliche IV-fremde einschränkende Einflüsse im versicherungsmedizinischen Sinne erkennbar seien (IV-act. 80-53). Med. prakt. B. ___ führte zudem in seinem Schreiben vom 19. März 2014 aus, eine bipolare affektive Störung sei eine derjenigen psychiatrischen



Erkrankungen, die grundlos auftreten könnten und nicht durch äussere Belastungsfaktoren verursacht seien. Es sei deshalb nicht möglich, dass die Erkrankung durch die finanziell schwierige Lage und den Druck der Patientin, ihre Familie unterstützen zu müssen, verursacht sei. Die finanziellen Probleme seien nicht die Ursache der Erkrankung, sondern eine Folge davon (IV-act. 103-3). Die Beschwerdegegnerin hat ihre Behauptung in keiner Art und Weise belegt. Die Annahme, eine bipolare affektive Störung werde durch psychosoziale Umstände verursacht, erscheint damit geradezu als willkürlich.

2.3.2 Die Beschwerdegegnerin führt des Weiteren aus, bei depressiven Episoden sei von einem vorübergehenden Leiden auszugehen. Das Fehlen einer geeigneten antidepressiven Medikation spreche ebenfalls gegen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden (IV-act. 108-2). Im psychiatrischen Teilgutachten wird nachvollziehbar ausgeführt, die diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung verstärke die Depression und trage zum unerwartet langen Anhalten der depressiven Symptomatik bei. Med. prakt. B.____ erläutert zudem, bei einer bipolaren affektiven Störung dauerten depressive Episoden häufig länger als bei einer depressiven Störung, welche durch äussere Einflüsse verursacht worden sei (IV-act. 103-5). Betreffend die Negation einer posttraumatischen Belastungsstörung durch die Beschwerdegegnerin ist hier anzufügen, dass eine fachärztliche, im Rahmen einer umfassenden Abklärung gestellte Diagnose immer auch eine Ermessenseinschätzung beinhaltet, welche Kriterien in welchem Schweregrad vorliegen bzw. welche für und welche gegen eine Diagnose sprechen. Das psychiatrische Teilgutachten stellt diese Diagnose nicht als Hauptdiagnose, sondern als Zusatzdiagnose. Selbst wenn diese Diagnose nicht gestellt würde, bliebe gemäss psychiatrischem Gutachter dennoch eine Überaktivierung im Sinne einer permanenten Alarmreaktion, welche klinisch Konsequenzen haben könne. Wie sich aus dem Gutachten ergibt, war die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung für den Gutachter insbesondere auch bezüglich der möglichen medizinischen Massnahmen bedeutsam, da er von einer günstigen Prognose ausgeht, sofern ergänzend eine spezifische Traumatherapie durchgeführt würde (vgl. IV-act. 80-52 f.). Es erscheint stossend, ohne eigene Untersuchung und ohne medizinische Fachausbildung bzw. -kenntnisse eine von einem Facharzt gestellte und sorgfältig hergeleitete Diagnose zu verneinen. Es gibt vielmehr keine Gründe, von den Diagnosen im Gutachten abzuweichen. Unzutreffend ist auch, dass keine



geeignete antidepressive Medikation erfolgen soll. Gemäss Gutachten wird die Beschwerdeführerin nicht mehr lediglich mit Rebalance behandelt, sondern unterdessen mit Fluoxetin (IV-act. 80-18). Es bestand somit eine geeignete antidepressive Medikation und auch zuvor war immer wieder eine solche in Angriff genommen (vgl. z.B. IV-33-3, Cipralext), jedoch aufgrund der Nebenwirkungen wieder abgebrochen worden (IV-act. 61-2). Der psychiatrische Gutachter hält zudem ausdrücklich fest, das Schwergewicht bei dieser Problematik liege klar bei der Psychotherapie, während die medikamentöse Behandlung nur eine untergeordnete, unterstützende Rolle habe (IV-act. 80-53).

2.3.3 Schliesslich macht die Beschwerdegegnerin geltend, es sei von einer reaktiven Erkrankung auszugehen, welche grundsätzlich überwindbar sei, da die depressive Symptomatik seit der Geburt und des anschliessenden Arbeitsplatzverlustes bestehe (IV-act. 108-2). Eine psychische Beeinträchtigung für sich alleine begründe noch keine Invalidität, wenn die Beschwerdeführerin bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, diese abwenden könnte. Ob ein ärztlich diagnostiziertes Leiden den Rechtsbegriff der invalidisierenden Krankheit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG erfülle, sei eine Rechtsfrage (IV-act. 108-3 f.). Im psychiatrischen Teilgutachten wird dazu festgehalten, eine leichte Depression könne die Leistungsfähigkeit gemäss Rechtsprechung nur wenig einschränken, vorliegend handle es sich aber um eine schwere Depression. Bezüglich der chronischen Schmerzen wurde ausgeführt, dass sich diese zwischenzeitlich deutlich zurückgebildet hätten und die Beschwerdeführerin auch subjektiv nicht wesentlich einschränkten, womit sich eine Überprüfung der entsprechenden Kriterien erübrige (IV-act. 80-51). Im Übrigen ist die Überwindbarkeitsvermutung insoweit überholt, als das Bundesgericht seine Rechtsprechung bei anhaltend somatoformen Schmerzstörungen mit BGE 141 V 281 ff. geändert hat. Nach ausführlichen Erwägungen stellte das Bundesgericht fest, die Überwindbarkeitsvermutung sei aufzugeben (E. 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell sei durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster zu ersetzen (E. 3.6 und 5.1). Anhand eines Katalogs von Indikatoren habe künftig eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (E. 3.6 und E. 4). Die funktionellen Auswirkungen einer psychosomatischen Störung seien stärker als bisher zu berücksichtigen, wozu ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen sei (E. 6). Eine Überprüfung dieser Kriterien kann hier



unterbleiben, da keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende somatoforme Schmerzstörung vorliegt.

2.3.4 Insgesamt betrachtet ist somit nicht nachvollziehbar, dass und was für Mängel an der gutachterlichen Abklärung und Einschätzung bestehen sollen. Das Gutachten ist umfassend und berücksichtigt sowohl die geklagten Beschwerden als auch die medizinischen Vorakten. Es setzt sich mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinander und leuchtet in den Schlussfolgerungen ein. Insbesondere das psychiatrische Teilgutachten beinhaltet hinsichtlich aller gestellten Diagnosen - jene mit sowie auch jene ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - eine umfassende Begründung. Gestützt auf die Aktenlage erscheinen die Ausführungen nachvollziehbar.

2.4 Gesamthaft betrachtet erweist sich das polydisziplinäre Gutachten in medizinischer Hinsicht als beweistauglich. Auch der RAD-Arzt hält das Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht für beweistauglich. Insgesamt fehlen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die gutachterliche Einschätzung nicht ausschliesslich Folgen der diagnostizierten Gesundheitsstörung berücksichtigen würde. Mithin ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin gesamtmedizinisch betrachtet in angestammter sowie adaptierter Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig ist (IV-act. 80-22).

3.

3.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

3.2 Die Beschwerdeführerin hat sich am 7. März 2011 zum Bezug von Leistungen angemeldet. Sie hat somit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. September 2011 einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu prüfen bleibt, wann die Beschwerdeführerin das sogenannte Wartejahr erfüllt hat (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG), denn erst damit entsteht der Rentenanspruch. Bezüglich des rückliegenden Zeitverlaufs geht das Gutachten davon aus, dass die attestierten Arbeitsunfähigkeiten seit 15. Juli 2010 von 50-100%



plausibel erscheinen. Die im Gutachten festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 100% gelte ab Zeitpunkt der Begutachtung (28./29. Mai 2013, IV-act. 80-22). Gemäss Arbeitgeberin war zudem die Beschwerdeführerin schon vor der Geburt ihrer Tochter am 15. Juli 2010 zu 100% arbeitsunfähig (seit 16. Mai 2010; vgl. IV-act. 13-3). Das Wartejahr war somit am 1. September 2011 jedenfalls erfüllt.

3.3 Gemäss Akten wurden in der Zeit zwischen dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns am 1. September 2011 bis zur Begutachtung im Mai 2013 wechselnde Arbeitsunfähigkeiten bescheinigt. Nun sind vorübergehende Verbesserungen bzw. Verschlechterungen von weniger als drei Monaten auch bei einer rückwirkenden Betrachtungsweise nicht weiter zu berücksichtigen (vgl. Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Im für die Berechnung massgeblichen Zeitraum vom 1. September 2011 bis 31. Oktober 2011 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Trotz der kurzen Dauer erscheint die Invaliditätsberechnung für diesen Zeitraum auf dieser Grundlage angemessen, da die Arbeitsunfähigkeit von 100% bereits seit Mai 2010 bestanden hatte. Vom 1. November 2011 bis 14. Februar 2012 bestand dann eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (nur für den aktuellen Arbeitsversuch, ansonsten 70% arbeitsunfähig) und vom 15. Februar 2012 bis 30. Oktober 2012 (weiterhin) eine 70%ige (IV-act. 60, 61-2). Es ist somit ab November 2011 durchgehend von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 59 E. 3.1). Das Valideneinkommen ist so konkret wie möglich - in der Regel gestützt auf den vor Eintritt der Invalidität tatsächlich allenfalls während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst - zu bestimmen. Hat eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen bezogen,



ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügen wollte. Praxisgemäss wird diese sogenannte Parallelisierung der Vergleichseinkommen entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Lohnes oder durch Abstellen auf statistische Werte oder aber auf Seiten des trotz Invalidität realisierbaren Verdienstes durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes vorgenommen. Ergibt sich, dass das Einkommen vor Invalidität mehr als 5% unter üblicherweise für die gleiche Tätigkeit entrichteten Gehältern lag, hat im Rahmen des darauf durchzuführenden Einkommensvergleichs die Parallelisierung der Vergleichseinkommen zu erfolgen (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2010, 8C_683/2009 E. 3.1 und E. 4.1).

4.2 Die Beschwerdeführerin war bei der F.____ AG zu 70% bei einem monatlichen Bruttolohn im Jahr 2010 von Fr. 2'896.20 (exkl. 13. Monatslohn) beschäftigt (IV-act. 13-14). Gemäss IK-Auszug betrug der Jahreslohn in den Jahren 2006 Fr. 44'728.--, 2007 Fr. 42'403.--, 2008 Fr. 42'437.-- und 2009 Fr. 40'757.-- (IV-act. 10-3 f.). Zudem war die Beschwerdeführerin ab dem 1. August 2008 bis 31. Januar 2012 zu 20 bis 30% bei R.____ angestellt (IV-act. 104-6). Gemäss IK-Auszug betrug der Jahreslohn für diese Beschäftigung im Jahr 2008 Fr. 3'071.-- (August bis Dezember) und im Jahr 2009 Fr. 7'533.-- (IV-act. 10-2 und 10-4). Da die F.____ AG ihren Betrieb 2010/2011 eingestellt hat, rechtfertigt es sich, für das Valideneinkommen auf den Gesamttabellenwert gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2010 TA1 Anforderungsniveau 4 für Frauen abzustellen. Da die beiden Vergleichseinkommen somit auf derselben Grundlage zu berechnen sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2011, 9C_882/2010, E. 7.1). Nachdem die Beschwerdeführerin durchgehend mindestens 70% arbeitsunfähig war, besteht damit unabhängig von einem allfälligen Tabellenlohnabzug ab 1. September 2011 ein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente.

5.



St.Galler Gerichte

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen. Die Verfügung vom 22. Mai 2014 ist aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2011 eine ganze 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

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 Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 22. Mai 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2011 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.



Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der bezahlte Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.