

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/382 vom 10. September 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_382

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/382 du 10 septembre 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/382 del 10 settembre 2012

Regeste

Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG. Arbeitsunfähigkeit einer an Multipler Sklerose erkrankten Versicherten. Würdigung medizinischer Akten und eines Gutachtens des RAD. Einkommensvergleich zur Invaliditätsbemessung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. September 2012, IV 2010/382).

Erwägungen

E. 1

Angefochten sind Verfügungen, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen sind. Grundsätzlich sind für die Zeit bis 31. Dezember 2007 die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2008 die neuen Normen der 5. IV-Revision anzuwenden (BGE 132 V 215 E. 3.1.1; vgl. auch Urteil 8C_520/2010 vom 9. Juli 2010, E. 2). Die 5. IV-Revision hat (wie auch die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene IV-Revision 6a) hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht. Neu normiert wurde demgegenüber der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der, sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]), gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens 6 Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) entsteht. Da ein allfälliger Rentenanspruch im vorliegenden Fall auf einen Zeitpunkt vor dem 1. Januar 2008 festzusetzen wäre (die zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit trat im Jahr 2006 ein und die IV-Anmeldung erfolgte im Dezember 2006), wirkt sich diese Neuerung auf den hier zu prüfenden Fall jedoch nicht aus (vgl. Urteil 8C_373/08 des Bundesgerichts vom 28. August 2008, E. 2.1 mit Hinweis).

E. 2

Strittig ist der Rentenanspruch, der primär zu prüfen ist. Die Beschwerdegegnerin hat eine Dreiviertelsrente zugesprochen, die Beschwerdeführerin verlangt eine ganze Rente. Zum Streitgegenstand gehört aber, weil der Einkommensvergleich zur Bemessung des Invaliditätsgrads nach Art. 16 ATSG erst nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen vorzunehmen ist, notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu medizinischen und/oder beruflichen Massnahmen korrekt in Anspruch genommen hat.

E. 3

3.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist

dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person u.a. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person mindestens zu 70% und auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.3 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nimmt der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist der Versicherungsträger 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). Für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Verfahren 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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). 3.4 Art. 8 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 U 281 E. 1a S. 281f.). 3.5 Die Beschwerdeführerin lässt das RAD-Gutachten bemängeln und die Ansicht äussern, die teilweise langjährig behandelnden Fachärzte seien besser in der Lage, ihre Arbeitsfähigkeit objektiv einzuschätzen. In formeller Hinsicht nennt ihr Rechtsvertreter keine Ausstandsgründe gegen die RAD-Ärzte. Solche sind denn auch nicht ersichtlich. Der Rechtsvertreter bemängelt in allgemeiner Weise, die Rolle des RAD sei nicht hinterfragt worden; dieser stehe der IV sehr nahe und vertrete deren Interessen. Diesbezüglich ist auf die konstante höchstrichterliche Praxis zu verweisen, wonach der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar ist, sofern sie den genannten, von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen genügen (vgl. m.w.H. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soweit die Beschwerdeführerin vorbringen lässt, ihre behandelnden Fachärzte könnten ihren

Gesundheitszustand aufgrund der teils langjährigen Behandlungsdauer besser einschätzen, ist dies nicht geeignet, eine Vermutung für die Richtigkeit oder höhere Überzeugungskraft jener Beurteilungen gegenüber derjenigen des RAD aufzustellen. Im Rahmen der Beweiswürdigung ist der Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits Rechnung zu tragen (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteile 9C_801/2007 vom 7. Februar 2008, E. 3.2.2; 8C_286/2007 vom 3. Januar 2008, E. 4; 9C_133/2010 vom 7. April 2010, E. 2.2). Eine durch behandelnde Ärzte erstellte abweichende Zumutbarkeitsschätzung vermag für sich allein das Ergebnis der fachärztlichen Expertise nicht umzustossen, ohne dass zusätzliche, den Beweiswert des Gutachtens beeinträchtigende Gründe hinzutreten. Zu denken ist etwa an Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers (oder auch direkt eine abweichende Beurteilung) aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (m.w.H. Urteil 8C_784/2011 vom 15. Dezember 2011, E. 3.2). Solche Aspekte benennt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin nicht konkret. Nachfolgend ist zu prüfen, wie es sich damit verhält.

E. 4

4.1 Die zentrale Diagnose in sämtlichen medizinischen Berichten ist die Multiple Sklerose. Damit in Zusammenhang steht die unbestrittenermassen erhebliche Einschränkung durch verstärkte Müdigkeit sowie Reduktion der Konzentrations- und Gedächtnisleistung.

4.1.1 In der Grunderkrankung der Multiplen Sklerose kam es im Februar 2006 zu einer (nach Frühjahr 2003 zweiten) schubartigen Verschlechterung; ein weiterer Schub im Januar 2008 ist fraglich (vgl. IV-act. 87-1; 125-21; keine Erwähnung mehr im Bericht von Dr. G.____ vom 8. Januar 2009, IV-act. 116-1). Während Dr. B.____ am 24. August 2007 (IV-act. 123-7 f.) nicht von einer Progredienz ausgegangen war und lediglich Restsymptome (vermehrte körperliche Erschöpfbarkeit, Fatigue und residuelle sensible Ausfälle) anerkannt hatte, bezeichnete Dr. G.____ die Problematik am 29. Februar 2008 (IV-act. 81-2) ohne nähere Begründung als progredient. Am 8. Januar 2009 (IV-act. 116-3) erwähnt er unter Bezugnahme auf ein MRI (wohl) vom 7. Januar 2009 neu aufgetretene zerebrale und zervikale Herde, womit er die Progredienz erklärte. Die begutachtende Neurologin Dr. J.____ hat diese Entwicklung im Rahmen ihrer Untersuchung vom 26. Februar 2009 berücksichtigt. Sie hat auch den Bericht und das MRI vom 7. Januar 2009 eingesehen und die radioneurologischen Auffälligkeiten nach wie vor als diskret beurteilt (IV-act. 125-20; 125-18). Sie wies auf eine bisher eher milde Verlaufsform der Krankheit hin, was sie u.a. mit der weitestgehenden Rückbildung der in den akuten Schubereignissen ausgeprägten neurologischen Reiz- und Ausfallerscheinungen begründete. So fand sie auch bei der von ihr durchgeführten Untersuchung nur noch diskrete pathologische Befunde hinsichtlich Motorik, Sensibilität und Vegetativum; sie nannte einen asymmetrischen Reflexstatus, verminderte Ausdauerbelastbarkeit bei schwerer körperlicher Anstrengung wie Bergsteigen und Skifahren, nach kaudal zunehmende Pallhypästhesie und leichte Urin- und Stuhlinkontinenz. Die übrigen Akten widersprechen dieser Feststellung nicht; erhebliche anhaltende pathologische Befunde im erwähnten Sinn nennen auch die behandelnden Ärzte nicht.

4.1.2 Somit erscheint die Arbeitsfähigkeit zentral durch die Fatigue-Symptomatik und die reduzierte Konzentrations- und Gedächtnisleistung beeinträchtigt. Diese Problematik schränkt die Beschwerdeführerin auch subjektiv am stärksten ein (vgl. etwa letzter Absatz auf S. 21 des RAD-Gutachtens, IV-act. 125-21). Dr. J.____ anerkennt abnorme Müdigkeit und neurokognitive

Einschränkungen grundsätzlich als schwerste Beeinträchtigung von Patienten mit Multipler Sklerose im privaten und beruflichen Alltag, weist aber darauf hin, dass das Ausmass der Beeinträchtigung in der Regel mit der Schwere des Krankheitsverlaufs (Anzahl, Frequenz und Schweregrad der Krankheitsschübe) und der Ausprägung und Verteilung zerebraler Entmarkungsherde korreliert. Die Diskrepanz zwischen den weniger stark ausgeprägten objektivierbaren klinisch-neurologischen bzw. neuroradiologischen Befunden und der starken subjektiven Beeinträchtigung konnte sie aus neurologischer Sicht nicht hinreichend erklären. In ideal adaptierter Tätigkeit (körperlich leicht bis mittelschwer mit möglichst wechselnden Körperpositionen, keine rein sitzende Bürotätigkeit mit vorwiegender Bildschirmarbeit und hohen Anforderungen an Konzentration, Möglichkeit zu frei wählbaren Pausen, keine Schicht- und Nachtdienste) hielt sie eine Arbeitsfähigkeit von 60% für realisierbar. Der behandelnde Neurologe Dr. G. ___ nennt keine Aspekte, die diese Einschätzung als zu optimistisch erscheinen lassen. Insbesondere nimmt er nicht Stellung zur erwähnten Diskrepanz zwischen dem eher leichten objektivierbaren Krankheitsbild und der subjektiv von der Beschwerdeführerin erlebten erheblichen Einschränkung. Er äussert sich auch nicht zur von Dr. J. ___ festgehaltenen weitestgehenden Rückbildung der Reiz- und Ausfallerscheinungen. Die von ihm im Bericht vom 8. Januar 2009 (IV-act.116-2) erwähnten Sensibilitätsstörungen im Bereich der Hände, Füsse und distalen Unterschenkel konnte Dr. J. ___ nicht feststellen (vgl. Ziff. 3.2 auf S. 20 des RAD-Gutachtens). Im Weiteren beeinträchtigt die von Dr. G. ___ erwähnte Stuhlinkontinenz (Antwort auf Frage 2 in IV-act. 116-3), die Dr. J. ___ als lediglich leicht bezeichnete und der sie keine wesentliche Alltagsbeeinträchtigung zubilligte, die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbarerweise höchstens qualitativ (Verfügbarkeit einer Toilette), nicht jedoch zusätzlich quantitativ. Insgesamt liefern die Akten somit keine konkreten Anhaltspunkte, die auf fehlende Zuverlässigkeit der Einschätzung von Dr. J. ___ schliessen lassen würden.

E. 4.2

4.2.1 Der begutachtende Psychiater Dr. I. ___ verneinte inhaltliche oder formale Einschränkungen (kein Zwangsgedanken, keine Denkverlangsamung, keine Verwirrtheit). Die Stimmung der Beschwerdeführerin erlebte er als unzufrieden, mit sich hadernd, gelegentlich in einen kurzen traurigen, hintergründig auch trotzig und leicht wütend wirkenden Unterton umschlagend. Der Antrieb sei allenfalls leicht reduziert, nicht jedoch gehemmt. Hirnorganische Leistungseinbussen konnte Dr. I. ___ ebenso wenig feststellen wie vorzeitige Ermüdungserscheinungen (IV-act. 125-7 f.). Im Weiteren verneinte der Gutachter das Vorliegen einer organisch gefärbten Depression und einer klar abgrenzbaren depressiven, also psychogenen Depression. Eine Persönlichkeitsstörung eruierte er nicht, wohl aber eine charakterliche Akzentuierung mit leistungsbezogenem Selbstwörterleben auf dem Hintergrund von teils zwanghaft-perfektionistischen, aber auch selbstunsicher-ängstlichen Zügen. Vor diesem Hintergrund bezeichnete er die psychische Belastbarkeit als eingeschränkt. Für geeignet hielt er lediglich noch Tätigkeiten ohne Zeitdruck, ohne besondere Führungsverantwortung, mit der Möglichkeit, das Arbeitstempo variieren und gegebenenfalls mit kurzen individuellen Pausen selbst steuern zu können, ohne Nachtdienst und in einem überschaubaren Arbeitsbereich. Beginnend bei 30% hielt der Gutachter eine Steigerung des Pensums auf 75% für zumutbar (IV-act. 125-10).

4.2.2 In Behandlung war die Beschwerdeführerin insbesondere im Jahr 2006 beim Psychologen Dr.phil. E. ___; dessen knappe Ausführungen vom 9. Februar 2007 (IV-act. 35) liefern für die vorliegend vorzunehmende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch keine tauglichen Hinweise. 4.2.3 Der Rechtsvertreter erachtet hingegen den

Bericht über die Untersuchung der Beschwerdeführerin von neuropsychologischer Seite der Klinik für Neurologie des KSSG vom 10. Juni 2008 (IV-act. 95-3 ff.) als relevant. Darin werden Selbstangaben der Beschwerdeführerin ausführlich wiedergegeben. Aus den Testergebnissen schlossen die Neuropsychologinnen auf leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörungen. Als im Vordergrund stehend nannten sie eine starke psychische Belastung der Beschwerdeführerin. Zur psychischen Situation hat sich jedoch Dr. I. ___ differenziert geäußert und begründet, weshalb er keine Diagnosen nennen konnte, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von über 25% rechtfertigen würden. Bidisziplinär wiesen die RAD-Gutachter darauf hin, dass die seitens der Neuropsychologinnen festgestellte Beeinträchtigung des kognitiven Leistungsprofils von diesen nicht eindeutig der Multiplen Sklerose oder einer depressiven Erkrankung habe zugeordnet werden können und anlässlich der eigenen Begutachtungen die seinerzeit vermutete mittelschwere depressive Episode nicht vorgelegen habe. Die seitens der Neuropsychologinnen im Juni 2008 attestierte erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70% erscheint insgesamt nicht als plausibel begründet. 4.3 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass auf die bidisziplinäre Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 60% unter idealen Bedingungen gemäss RAD-Gutachten abgestellt werden kann.

E. 5

5.1 Die Invaliditätsbemessung ist vorliegend unbestrittenermassen anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) vorzunehmen. Dazu ist das Einkommen, das die versicherte Person ohne Gesundheitsschaden hypothetisch erzielen könnte, in Beziehung zu setzen zum Einkommen, das sie nach Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und der allenfalls angezeigten beruflichen Massnahmen erzielen könnte. 5.2

Unbestrittenermassen ist vorliegend als Valideneinkommen jener Verdienst relevant, den die Beschwerdeführerin als Operationsschwester erzielen könnte. In der Klinik M. ___ erzielte sie im Jahr 2002 ein Einkommen von Fr. 91'683.-- (IV-act. 13; 32-2). Bereits im Frühjahr 2003 kam es zur Erstsymptomatik der MS-Erkrankung (vgl. S. 13 des RAD-Gutachtens, IV-act. 125-13) und schliesslich zum Wechsel in die geeignetere, geringfügig schlechter bezahlte Tätigkeit als Leiterin der Zentralsterilisation des Spitals C. ___. Entsprechend ist zur Bemessung des Valideneinkommens vom im Jahr 2002 als Operationsschwester erzielten Lohn von Fr. 91'683.-- auszugehen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2010 (Verfügungserlass; Index Frauen 2002: 2296; 2010: 2579) ergibt sich ein Betrag von gerundet Fr. 102'984.--. 5.3 In der beschriebenen optimal leidensangepassten Tätigkeit kann die Beschwerdeführerin nicht mehr auf ihr angestammtes Fachwissen zurückgreifen. Sie ist nicht mehr in der Lage, eigentliche Berufskennntnisse umzusetzen. Mit der Arbeit als Krankenschwester, die sie im Jahr 2009 aus eigenem Antrieb im Wohn- und Pflegeheim H. ___ fand und aufnahm, war sie überfordert, was die RAD-Gutachter für plausibel hielten (vgl. etwa S. 23 des Gutachtens, IV-act. 125-23). Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nur noch geeignete Hilfsarbeiten verrichten könnte. Entsprechend ist für die Bemessung des Invalideneinkommens auf das statistische Durchschnittseinkommen für Hilfsarbeiterinnen gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) im Jahr 2010 abzustellen. Dieses belief sich bei vollem Pensum auf Fr. 52'790.-- (Tabelle TA1) bzw. beim Pensum von 60% auf Fr. 31'674.--. Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 124 V 323 bzw. 134 V 327) von 10% gewährt. Berücksichtigt man einen Abzug in dieser Höhe, beläuft sich das massgebende Invalideneinkommen auf

Fr. 28'507.--. 5.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 102'984.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 28'507.-- beläuft sich der Invaliditätsgrad auf 72.3%. Da somit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht, kann offen bleiben, ob der Abzug vom Tabellenlohn von lediglich 10% den Umständen vollumfänglich Rechnung trägt, was die Beschwerdeführerin bestreiten lässt.

E. 6

Die Beschwerdegegnerin hat berufliche Eingliederungsmassnahmen im Lauf der Zeit wiederholt geprüft und auch gewährt. Trotz unbestritten guter Motivation und Eigeninitiative der Beschwerdeführerin konnte damit kein rentensenkendes Einkommen erreicht werden. Der Abschluss der beruflichen Massnahmen ist unter diesen Umständen nicht zu beanstanden. Auch von weiteren medizinischen Massnahmen ist nach Lage der Akten keine Erhöhung der relevanten Arbeitsfähigkeit zu erwarten.

E. 7

Der Zeitpunkt des Rentenbeginns wurde von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf 1. März 2007 festgelegt und ist unbestritten geblieben. Im RAD-Gutachten wurde der Eintritt der das Wartejahr auslösenden Arbeitsunfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bzw. Art. 29 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) auf Februar 2006, den Zeitpunkt des zweiten MS-Schubs, festgelegt (S. 23 des Gutachtens; IV-act. 125-23). Davon wich die IV-Stelle mit dem Hinweis ab, dem Fragebogen für Arbeitgeber sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ab 22. März 2006 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei (IV-act. 140-1). Dies trifft zu (vgl. IV-act. 31-2). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin in der IV-Anmeldung war sie erst ab 24. März 2006 krankgeschrieben (IV-act. 4-5), was mit den Angaben von Dr. B. ___ vom 22. Dezember 2006 (IV-act. 18-1) und von Dr. D. ___ vom 28. Januar 2007 (IV-act. 29-1) übereinstimmt. Entsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Beginn des Wartejahres auf März 2006 und den Rentenbeginn auf 1. März 2007 festlegte.

E. 8

8.1 Die Beschwerde ist unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 3. September 2010 gutzuheissen. Die Beschwerdeführerin hat gemäss den vorstehenden Erwägungen ab 1. März 2007 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch wegen des IV-Taggeldbezugs vom 1. August 2007 bis 31. August 2008 sistiert, was unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden ist (vgl. Art. 43 Abs. 2 IVG). Der Anspruch auf eine ganze Rente lebt per 1. September 2008 wieder auf. 8.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. 8.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). 8.4 Das Gesuch um unentgeltliche

Prozessführung für den Zeitraum bis 9. Dezember 2010 wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der Verfügungen vom 3. September 2010 gutgeheissen. Die Beschwerdeführerin hat von 1. März 2007 bis 31. Juli 2007 sowie ab 1. September 2008 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.