

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/209 vom 9. Juni 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_209

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/209 du 9 juin 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/209 del 9 giugno 2020

Regeste

Art. 28 ff. IVG. Anspruch auf eine befristete IV-Rente. Würdigung des polydisziplinären Gutachtens und der Berichte der behandelnden Ärzte. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juni 2020, IV 2017/209).

Volltext

Entscheid vom 9. Juni 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger Geschäftsnr. IV 2017/209 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Linda Keller, Grand & Nisple Rechtsanwälte, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Befristung) Sachverhalt A. A.a. A.____ meldete sich erstmals im Oktober 2007 wegen eines Rückenleidens bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Gestützt auf ein rheumatologisches Gutachten (vom 28. August 2008, IV-act. 42), laut dem in der aktuellen Tätigkeit als Hilfsmetzgerin eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine solche von 100 % bestand, wies die IV-Stelle das Rentengesuch mit Verfügung vom 20. November 2008 ab (IV-act. 47). A.b. Im Januar 2012 meldete sich die Versicherte wegen Schmerzen am ganzen Körper, Depressionen, Schlaflosigkeit, Unruhe, Angstzuständen und wegen eines Unfalls erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 53). A.c. Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.____, teilte der RAD-Ärztin Dr. med. C.____ am 10./13. Januar 2012 mit (IV-act. 62), dass die Versicherte an einem Status nach einem Mammakarzinom rechts (ED Juni 2010), an multiplen Lipomen am ganzen Körper, an einem Status nach einem Abriss des Radius Processus styloideus rechts am 6. Juni 2011 bei Osteoporose, an einer Frozen Shoulder rechts (entwickelt nach Handbruch) und an einer depressiven Entwicklung im Rahmen des Mammakarzinoms/an einer Anpassungsstörung leide. Von onkologischer Seite her könne eine vollständige Remission bestätigt werden. Am 6. Juni 2011 habe sich die Versicherte beim Hantieren mit einem Kochtopf einen Handgelenksbruch zugezogen. Der Heilungsverlauf sei verzögert. A.d. RAD-Ärztin Dr. med. C.____ notierte am 25. Januar 2012, dass zurzeit kein Eingliederungspotenzial resp. keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei (IV-act. 63). Am 27. Januar 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 66). A.e. Die Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) berichteten der IV-Stelle am 19. Juli 2012 (IV-act. 77), dass die Versicherte an einem CRPS Typ I Unterarm rechts mit/bei einem Ulna-Impaktionssyndrom Handgelenk rechts und

einem Status nach Ulnaverkürzungsosteotomie rechts am 21. März 2012, an einer Radiocarpal-Arthrose am Handgelenk rechts und an einer Frozen Shoulder rechts leide. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit dem 21. März 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Wegen der Schmerzen, der Schwellung und der Bewegungseinschränkung des rechten Unterarms und Handgelenks sei bei Rechtsdominanz der Versicherten zum jetzigen Zeitpunkt auch eine adaptierte Tätigkeit nicht möglich. Es sei ein langwieriger Krankheitsverlauf zu erwarten. A.f. Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik E.____, berichtete der IV-Stelle am 13. September 2012 (Posteingang; Ausstellungsdatum unbekannt, IV-act. 82), dass die Versicherte seit 2011 an einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) leide. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Behandlungsbeginn am 14. Dezember 2011 für jegliche Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. A.g. Vom 10. Oktober bis 22. November 2012 befand sich die Versicherte in der Rehaklinik Bellikon (Austrittsbericht vom 27. November 2012, IV-act. 103-4 ff.). Die Ärzte hielten in ihrer Beurteilung fest, dass sich eine fortgeschrittene DRUG-Arthrose rechts sowie ein Neurom des N. radialis superficialis im Bereich des Handgelenks rechts entwickelt hätten. Die Schmerzen im rechten Handgelenk persistierten weiterhin. Zudem bestehe, begleitet von einer Bewegungseinschränkung, eine ausgeprägte Schwellung sowie Allodynie. Insgesamt könne von einem Mindergebrauch der rechten oberen Extremität gesprochen werden. Die Budapester Kriterien für ein CRPS seien aktuell knapp nicht erfüllt. Die Ärzte empfahlen ein operatives Vorgehen. Der ängstlich-depressiven Reaktion massen sie eine wichtige Rolle für den Schweregrad und die Aufrechterhaltung der Schmerzen bei. Im Verlauf des Aufenthalts habe eine leichte Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. A.h. Die Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG berichteten dem Hausarzt am 14. Dezember 2012 (IV-act. 101), dass durch den Aufenthalt in der Rehaklinik Bellikon keine Verbesserung der Schmerzen an der rechten Hand habe erzielt werden können. Die Versicherte sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. A.i. Der Hausarzt berichtete der IV-Stelle am 2. April 2013 (IV-act. 103), dass die rechte Hand immer noch weitgehend gebrauchsunfähig sei. Rein theoretisch wäre eine sehr leichte Arbeit, bei der die Versicherte die rechte Hand nicht gebrauchen müsse, denkbar. Aber für eine ungelernete Arbeiterin ohne Deutschkenntnisse mit einer therapieresistenten Depression gebe es ausserhalb einer geschützten Werkstatt keine solche Beschäftigung. A.j. Die Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG berichteten der IV-Stelle am 8. Mai 2013 (IV-act. 105), dass am 5. April 2013 eine Osteosynthesematerialentfernung Ulna rechts und eine Testinfiltration erfolgt seien. Weitere Testinfiltrationen zur Simulation bzw. Vorbereitung einer Handgelenksdenervation nach Wilhelm und/oder DRUG-Arthrolyse seien geplant. Die Versicherte könne ihre rechte Hand kaum bzw. nur für Hilfsfunktionen einsetzen. Jedoch sei ihr eine adaptierte Tätigkeit ganztags mit reduzierter Leistung zumutbar. Dr. C.____ notierte am 22. Mai 2013 (IV-act. 108), dass für adaptierte Tätigkeiten wieder eine Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Der Verlauf bleibe jedoch abzuwarten. A.k. Vom 21. Oktober 2013 bis 29. November 2013 fand eine Rehabilitationsbehandlung in der Klinik E.____ statt (Bericht vom 2. Januar 2013 [richtig 2014, UV-act. 21-11 ff.). Dr. D.____ hielt fest, dass die Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (F32.11) leide. Der psychische Zustand habe sich im Verlauf der Rehabilitation zunehmend gebessert. Im Zeitpunkt des Austritts habe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden. A.l. Med. pract. F.____ hielt im Bericht über die ärztliche

Abschlussuntersuchung der Suva St. Gallen vom 15. Januar 2014 fest (UV-act. 24-13 ff.), dass subjektiv eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit des Handgelenks und ein belastungsabhängig progredientes Beschwerdebild mit Schwellneigung bestehe. Objektiv sei die Beweglichkeit des Handgelenks in allen Ebenen deutlich eingeschränkt. Aktuell bestünden keine Zeichen eines CRPS. An weitergehenden Behandlungen/Therapien sei lediglich die von den Handchirurgen vorgeschlagene Arthrodeese zumindest teilweise erfolgversprechend. Die Versicherte lehne einen operativen Eingriff zurzeit jedoch ab. Leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten, bei denen die rechte Hand nur noch als Hilfs hand diene, seien ihr zweimal drei Stunden pro Tag, gegebenenfalls mit einer längeren Pause, zumutbar. Rotationsbewegungen sowie Schläge und Vibrationen auf die rechte obere Extremität müssten vermieden werden. A.m. RAD-Ärztin Dr. C.____ führte am 18. Februar 2014 aus (IV-act. 115), dass der Gesundheitszustand aus versicherungsmedizinischer Sicht stabil sei. In der angestammten Tätigkeit als Metzgereihilfin bestehe seit dem 29. Juli 2010 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten stellte die RAD-Ärztin auf die Beurteilung der Suva-Ärztin med. pract. F.____ ab. A.n. Mit Vorbescheid vom 6. März 2014 (IV-act. 119) stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 26 % die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Zur Begründung hielt sie fest, dass der Versicherten eine adaptierte Tätigkeit während zweimal drei Stunden mit gegebenenfalls längeren Pausen zumutbar sei. Dagegen liess die Versicherte am 24. April 2014 durch ihren Rechtsvertreter einwenden (IV-act. 123-1 f.), dass die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt worden sei. Dr. D.____ hatte dem Rechtsvertreter am 22. April 2014 angegeben (IV-act. 123-3), dass die depressive Symptomatik seit Dezember 2011 einen fluktuierenden Verlauf mit kürzeren, wochenlangen Remissionsphasen und einer vorwiegend depressiven Symptomatik im mittelgradigen Ausmass genommen habe. Vom 14. Dezember 2011 bis Ende 2013 habe eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden. Seit Januar 2014 habe sich der psychische Zustand erheblich verschlechtert, sodass gegenwärtig von einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen ausgegangen werden könne, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu 100 % einschränke. A.o. Im Verlaufsbericht vom 4. September 2014 gab Dr. D.____ an, dass die Versicherte weiterhin für jegliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig sei (IV-act. 125). Bei einem guten Verlauf könne in zwei bis drei Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden. Am 10. Oktober 2014 erklärte Dr. D.____, dass der Gesundheitszustand stationär sei (IV-act. 126). Er schätzte die Arbeitsfähigkeit neu auf vier Stunden pro Tag (ohne Leistungsverminderung). RAD-Ärztin Dr. C.____ notierte (nach Rücksprache mit der RAD-Psychiaterin Dr. G.____) am 25. November 2014 (IV-act. 127), dass die Angaben von Dr. D.____ inkonsistent und widersprüchlich seien: Trotz der exakt gleichen Befundbeschreibung in den Verlaufsberichten habe er unterschiedliche Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgegeben. Ausserdem sei die Befundbeschreibung unvollständig und reiche nicht aus, um eine mittelgradige depressive Störung gemäss ICD-10 zu diagnostizieren. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit dem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik E.____ vom Oktober/November 2013 nicht relevant verändert. A.p. Am 27. November 2014 informierte die IV-Stelle den Rechtsvertreter der Versicherten darüber, dass sie am bisherigen Entscheid festhalte (IV-act. 128). Dagegen wendete der Rechtsvertreter am 11. Dezember 2014 ein (IV-act. 129), dass die Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Am 2. April 2015 reichte der Rechtsvertreter zwei neu medizinische Berichte ein (IV-act. 136). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und

Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG hatte am 26. Januar 2015 über eine Indikation zur arthroskopischen Teilmeniscektomie wegen eines positiven Meniskuszeichens für die mediale Seite berichtet (IV-act. 137). Die Klinik für Psychosomatik des KSSG hatte am 4. Februar 2015 berichtet (IV-act. 138), dass die Versicherte an einer somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (F45.41) und an einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung (F33.2) leide. Im Bericht vom 28. April 2015 hatte dieselbe Klinik festgehalten (IV-act. 143), dass aufgrund der depressiven Symptomatik und der Konzentrationsprobleme eine deutlich verminderte bis ganz aufgehobene Leistungsfähigkeit bestehe. Sie empfahl eine stationäre psychiatrische Behandlung einschliesslich einer Temesta-Entwöhnung. A.q. Die Klinik für Neurologie des KSSG berichtete dem Hausarzt am 3. Juni 2015 (IV-act. 152), dass sich bei der mit Ausnahme der schmerzbedingten Veränderungen unauffälligen neurologischen Untersuchung bei zusätzlich einer unauffälligen zerebralen Bildgebung mittels MRI keine Hinweise für eine intrakranielle organische Pathologie ergeben hätten und somit keine sekundäre Kopfschmerzursache vorliege. Es handle sich am ehesten um chronische Kopfschmerzen im Rahmen des chronifizierten generalisierten Schmerzsyndroms. Differentialdiagnostisch müsse an einen Analgetika-induzierten Kopfschmerz gedacht werden. Einen am 23. November 2015 begonnenen Aufenthalt in der psychiatrischen Tagesklinik H.____ brach die Versicherte am 18. Dezember 2015 ab, weil sie das Angebot als nicht nützlich empfand (Austrittsbericht vom 18. Dezember 2015, IV-act. 165-2 ff.). A.r. RAD-Arzt Dr. med. I.____ schlug am 23. März 2016 die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens mit den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie vor (IV-act. 169). A.s. Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete dem Hausarzt am 23. Mai 2016 (IV-act. 177-89) über die ersten sieben Behandlungssitzungen. Als Diagnosen nannte sie eine mittelschwere bis schwere depressive Störung mit wahnhaften Symptomen, Verfolgungs- und Schuldwahn zeitweise (F33.3), eine gemischte Angststörung (F41.3) und eine Temesta-Abhängigkeit seit 2012 (F13.2). Aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes seien die Optimierung der Medikation und eine mitarbeitfokussierte Psychotherapie nur begrenzt möglich. A.t. Im Juni und Juli 2016 wurde die Versicherte durch die Medas Neurologie Toggenburg AG allgemein-internistisch, orthopädisch und psychiatrisch abgeklärt (Gutachten vom 22. August 2016, IV-act. 177). Die angekündigte Untersuchung in der Disziplin Neurologie fand – ohne Angabe von Gründen – nicht statt. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten: Chronisches Panvertebralsyndrom seit 2008 Mammakarzinom Erstbehandlung 2010, seither ohne Rezidiv Osteopenie im Rahmen der anhaltenden adjuvanten Behandlung des Mammakarzinoms distale Handgelenksarthrosen rechts (Unfall vom 6. Juni 2011). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter unter anderem eine Dysthymie (F34.1), andere gemischte Angststörungen (F41.3) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) an (vollständige Liste: Siehe IV-act. 177-79). Der allgemein-internistische Gutachter hielt fest, dass der Versicherten infolge der Situation nach der Behandlung des Mammakarzinoms, welche auch zu einer Osteopenie geführt habe, die bisherige Tätigkeit in der Fleischverarbeitung wie auch andere mittelschwere und schwere Tätigkeiten nicht mehr vollumfänglich zumutbar seien. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus allgemein-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der orthopädische Gutachter Dr. med. K.____ erklärte, dass wegen des lumbovertebralen Schmerzsyndroms und des Zervikalsyndroms seit 2008 eine verminderte

Belastbarkeit für das Tragen und Heben bestehe. Aktuell habe die Versicherte glaubhaft Schmerzen in der HWS, der BWS und der LWS angegeben. In der Untersuchung habe sich gegenüber einer alters- und geschlechtsentsprechenden Vergleichsperson eine leichte bis mässiggradige Gebrauchsminderung der rechten Hand und des rechten Armes gezeigt. Aus rein orthopädischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Hilfsmetzgerin seit dem 15. Januar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Zumutbar seien leichte manuelle Tätigkeiten, wobei die rechte Hand nicht speziell belastet werden dürfe (negatives Fähigkeitsprofil: Siehe S. 38 f. des Gutachtens; positives Fähigkeitsprofil: Siehe S. 40 f. des Gutachtens). Vom 6. Juni 2011 bis 14. Januar 2014 habe aus rein orthopädischer Sicht für jegliche Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (Hand). Die von der Suva-Ärztin attestierte zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit könne aus orthopädischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Der Suva-Einschätzung fehle eine Feststellung zu den Pausen und der tatsächlichen Handbelastung, wenn die rechte Hand nur als Hilfsband eingesetzt werde. Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. L. ___ notierte, dass bei der Versicherten zum einen "Krebsängste" nach der Diagnose eines Mammakarzinoms ab Mitte 2010 im Sinne einer gemischten Angststörung bestünden. Ausgangspunkt dieser Störung könne eine ängstlich-depressive Anpassungsstörung gewesen sein. Zwischenzeitlich könne eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen vorgelegen haben. Insgesamt spreche der psychopathologische Befund für eine Dysthymie, die nie schwer genug gewesen sei, um die für die Versicherte wesentlichen Aktivitäten zu unterbinden. Die Therapieadhärenz sowohl in der Psychotherapie als auch hinsichtlich der Medikamenteneinnahme sei nicht ausreichend. Es bestehe ein verfestigtes Krankheitsverständnis, das per se nicht von Krankheitswert sei. Dieses Krankheitsverständnis umfasse auch passive Versorgungswünsche. Das Erleben sei auf den Schmerz und dessen Vermeidung eingengt. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Befundlich lägen keine Fakten vor, die die von Dr. D. ___ ab dem 14. November 2012 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % begründen könnten. Auch sei die psychiatrische Therapie nicht dicht genug gewesen, um eine derart schwere Störung annehmen zu können. Ebenso könnten die Diagnose einer ab Januar 2014 bestehenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und die Aussage, dass sich die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei einem guten Verlauf innert zwei bis drei Wochen auf 50 % verbessern könne, nicht nachvollzogen werden. Der angegebene Schweregrad der Depression entspreche nicht der aktuell gezeigten Vitalität und Modulationsfähigkeit der Versicherten. Ausserdem liessen die Aussagen von Dr. D. ___, wonach berufliche Massnahmen angezeigt seien und die Versicherte keine Hilfe bei den Alltagsaktivitäten brauche, erhebliche Zweifel an dem von Dr. D. ___ angegebenen Schweregrad der depressiven Störung aufkommen. In polydisziplinärer Hinsicht hielten die Gutachter fest, dass die Versicherte vom 6. Juni 2011 bis 14. Januar 2014 für jegliche Tätigkeit voll arbeitsunfähig gewesen sei. Seit dem 15. Januar 2014 bestehe für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % und für adaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. RAD-Arzt Dr. I. ___ notierte am 10. Oktober 2016 sinngemäss, dass für die Rentenprüfung auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 178). Zur fehlenden neurologischen Untersuchung äusserte er sich nicht. A.u. Mit einem zweiten Vorbescheid vom 22. November 2016 (IV-act. 182) kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, dass ab dem 1. Juli 2012 (sechs Monate nach der Anmeldung) bis 30. April 2014 (befristet) ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Für die Zeit vom 7. Juni 2011 bis 13. Januar 2014 erachtete die IV-Stelle die Versicherte als für

sämtliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig. Der IV-Grad betrug für diese Zeitperiode somit 100 %. Für die Zeit ab dem 14. Januar 2014 ging die IV-Stelle wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten aus. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'644.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'414.-- betrug der IV-Grad ab diesem Zeitpunkt 11 %. Für die Ermittlung des Valideneinkommens verwies die IV-Stelle im Berechnungsblatt "Einkommensvergleich" auf die Suva-Verfügung vom 4. Februar 2014 (IV-act. 180). Die Suva hatte das Valideneinkommen anhand der Durchschnittslöhne der Branche Detailhandel in der Grossregion Ostschweiz im Jahr 2010 ermittelt (LSE 2010, Tabelle A1) und der Nominallohnentwicklung bis 2014 angepasst (UV-act. 26). Die IV-Stelle errechnete das Invalideneinkommen anhand des durchschnittlichen Einkommens einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2014 (Fr. 53'793.--; LSE 2014, Schweiz, privater Sektor, Niv. 1). Aufgrund der qualitativen und quantitativen "Handeinschränkungen" berücksichtigte sie einen "Leidensabzug" von 10 %. Dagegen liess die Versicherte einwenden (IV-act. 188, 192, 194), dass sie rückwirkend ab dem 1. Juli 2012 Anspruch auf eine (unbefristete) ganze IV-Rente habe. Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien insbesondere psychisch bedingt. Am 21. März 2017 (IV-act. 198) reichte die Rechtsvertreterin der Versicherten eine von Dr. J. ___ abgegebene "Gegendarstellung" zum psychiatrischen Teilgutachten der Medas vom 15. März 2017 ein (act. G 1.1.4). Dr. J. ___ hatte kritisiert, dass die aktuelle psychiatrische Behandlung im psychiatrischen Teilgutachten nicht erwähnt werde. Sie gehe davon aus, dass der Gutachter keine Kenntnis ihres Berichts vom 23. Mai 2016 gehabt habe. Zwar könne sie die vom Gutachter gestellten Diagnosen bestätigen. Es sei jedoch nicht vorstellbar, dass keine der gestellten psychiatrischen Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Einschätzung der Gutachter, wonach die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, könne sie nicht teilen, da die Versicherte aufgrund ihres Alters und der gesamten Berufs- und Lebenssituation nicht vermittelbar sei; eine derartige Tätigkeit sei nur rein "versicherungsmedizinisch-theoretisch" möglich. A.v. RAD-Arzt Dr. med. I. ___ notierte am 6. April 2017 (IV-act. 199), dass der Bericht von Dr. J. ___ kleine "Unschärfen" enthalte: Entgegen ihrer Behauptung sei ihr Bericht vom 23. Mai 2016 im Gutachten erwähnt worden. Der Gutachter habe die Versicherte auch zu den ambulanten Kontakten bei Dr. J. ___ befragt. Dr. J. ___ sei in ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu einem anderen Ergebnis als der Gutachter gekommen, ohne auf differente Befunde oder konkrete funktionelle Einschränkungen zu verweisen. Auch habe sie die Diskrepanz zwischen der im Gutachten von der Versicherten angegebenen Medikation und dem für alle Substanzen "negativen" Medikamentenspiegel nicht kommentiert. Der RAD-Arzt kam zum Schluss, dass sich die medizinische Sachlage nicht geändert habe. A.w. Mit Verfügung vom 25. April 2017 (IV-act. 195, 201) sprach die IV-Stelle der Versicherten wie angekündigt vom 1. Juli 2012 bis 30. April 2014 eine (befristete) ganze Rente zu. Zum Einwand hielt sie fest, dass gemäss den Medas-Gutachtern ab Januar 2014 von einer rentenausschliessenden Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ausgegangen werden könne. B. B.a. Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 31. Mai 2017 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der Verfügung, soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. März 2014 verneint werde; der Beschwerdeführerin sei auch ab dem 1. März 2014 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auszurichten. Eventualiter sei ein neues psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben. Die Rechtsvertreterin stellte ausserdem ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung. Zur Begründung der Beschwerde machte sie geltend, die

Medas-Gutachter seien fälschlicherweise davon ausgegangen, dass keine psychiatrische Behandlung stattfinde. Die aktuelle psychiatrische Behandlung zeige, dass es sich bei den Ausführungen der Gutachter, die Beschwerdeführerin sei nicht bereit, ihre Ressourcen zu mobilisieren, um eine wahrheitswidrige Unterstellung handle. Dr. J. ___ habe aufgezeigt, dass die psychischen Einschränkungen so stark seien, dass ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Des Weiteren sei angesichts des Alters der Beschwerdeführerin, der schlechten Deutschkenntnisse, der fehlenden Ausbildung und der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ein Maximalabzug von 25 % gerechtfertigt. Das Schmerzzentrum des KSSG hatte in einem Bericht vom 22. Februar 2017 angegeben (act. G 1.1.3), dass die Schmerzkontrolle nicht zufriedenstellend sei. Darüber hinaus zeige die Beschwerdeführerin weiterhin eine deutliche psychische Belastung bei einer bekannten Depression. Am 18. Mai 2017 hatten die Ärzte derselben Klinik festgehalten (act. G 4), dass sich die Beschwerdeführerin weiterhin deutlich depressiv und schwer zugänglich präsentiert habe. Unter diesen Umständen sei keine adäquate multimodale, schmerztherapeutische Behandlung möglich. Es bestehe eine Indikation für eine stationäre Behandlung. B.b. Die IV-Stelle beantragte am 8. September 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 10). Zur Begründung führte sie an, dass nicht jedem diagnostizierten Leiden Krankheitswert zukomme. Die Beschwerdeführerin habe keine Gründe vorgebracht, die ernsthafte Zweifel am Beweiswert des Gutachtens erwecken könnten. Weder der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit Juni 2010 nicht mehr erwerbstätig gewesen sei, noch die mangelhaften Sprachkenntnisse rechtfertigten einen Abzug vom Tabellenlohn. B.c. Das Gericht bewilligte am 12. September 2017 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht (act. G 11). B.d. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin machte in ihrer Replik vom 11. Oktober 2017 ergänzend geltend (act. G 13), dass dem "Gutachten" von Dr. J. ___ zumindest der gleich hohe Stellenwert zukommen müsse wie dem Medas-Gutachten, da es sich bei Dr. J. ___ um eine zertifizierte Gutachterin SIM handle. Die Gutachter hätten sich nicht mit den Befunden von Dr. J. ___ auseinandergesetzt. Gemäss ICD-10 habe die Diagnose einer "anderen gemischten Angststörung" Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wenn die Diagnosekriterien mehrerer Angststörungen erfüllt seien. Des Weiteren könne eine Dysthymie durchaus einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben, zumal auch noch andere psychiatrische Diagnosen gestellt worden seien. Aus den Berichten des Schmerzzentrums des KSSG und von Dr. J. ___ gehe hervor, dass die psychischen Einschränkungen trotz regelmässiger Therapie so stark seien, dass sie sich auf den Alltag der Beschwerdeführerin auswirkten und somit einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Schliesslich habe die Beschwerdeführerin entgegen der Angabe der Gutachter die Psychotherapien nicht wegen fehlender Motivation, sondern wegen fehlender Vertrauensverhältnisse zu den behandelnden Therapeuten abgebrochen. B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 15). B.f. Am 16. Januar 2020 bat das Gericht die Beschwerdegegnerin darum, Stellung dazu zu nehmen, weshalb sie das Weglassen der in Auftrag gegebenen neurologischen Begutachtung akzeptiert habe (act. G 17). Die Beschwerdegegnerin verwies in ihrer Eingabe vom 9. März 2020 (act. G 22) auf eine beiliegende Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. I. ___ vom 18. März 2020 (act. G 22.1). Dieser hatte festgehalten, dass die Auswahl der Gutachtendisziplinen der durchführenden Gutachterstelle obliege. Der Vorschlag des RAD, die Disziplin Neurologie in die Begutachtung miteinzubeziehen, habe mehr formale als inhaltliche Gründe gehabt, da hinsichtlich der letztlich unspezifischen

Kopfschmerzproblematik bereits einmal ein Neurologe involviert gewesen sei. Bei den Kopfschmerzen handle es sich um einen funktionell nicht relevanten Nebenaspekt, der in der Beschwerdeschilderung und in den Befunden, aber auch im Dossier keinen prominenten somatischen Stellenwert gehabt habe. Ausserdem sei die Schmerzproblematik im psychiatrischen Teilgutachten thematisiert worden. Schliesslich falle die Beurteilung eines als leichtgradig beschriebenen CRPS durchaus gleichrangig in die Expertise eines Orthopäden. Zusammengefasst sei der Verzicht auf eine neurologische Begutachtung weder formal noch inhaltlich zu beanstanden. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (act. G 24). Erwägungen Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerde rechtzeitig erhoben worden ist. Gemäss Art. 60 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) ist die Beschwerde innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung der Verfügung einzureichen. Die angefochtene Verfügung datiert vom 25. April 2017, die Beschwerde ist am 31. Mai 2017 erhoben worden. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat angegeben, dass ihr die Verfügung am 1. Mai 2017 zugestellt worden sei. Die Frist hat also am 2. Mai 2017 zu laufen begonnen. Der 30. Tag der Frist ist folglich auf den Mittwoch, 31. Mai 2017 gefallen. Die Rechtsvertreterin hat an diesem letzten Tag der Frist Beschwerde erhoben. Die Beschwerde ist demnach rechtzeitig erfolgt, weshalb auf sie einzutreten ist. Die Beschwerdeführerin hatte sich erstmals im Oktober 2007 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Ein Rentenanspruch war damals verneint worden. Bei der Anmeldung vom Januar 2012 hat es sich somit um eine Neu- bzw. Wiederanmeldung gehandelt. Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die erste Anmeldung war wegen eines Rückenleidens erfolgt. Bei der zweiten Anmeldung haben ein Ganzkörperschmerzsyndrom, Depressionen, Ängste (infolge einer Brustkrebsdiagnose im Juni 2010) und die Folgen eines Handbruchs rechts im Juni 2011 im Vordergrund gestanden. Da es sich im Vergleich zur ersten Anmeldung um andere/neue gesundheitliche Beeinträchtigungen gehandelt hat, ist die Beschwerdegegnerin zu Recht (voraussetzungslos) auf die Neuanmeldung eingetreten. Mit der angefochtenen Verfügung vom 25. April 2017 hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin lediglich eine befristete (ganze) Rente für den Zeitraum 1. Juli 2012 bis 30. April 2014 zugesprochen. Nach der Auffassung des Bundesgerichts muss bei einer erneuten Anmeldung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Abweisung eines Rentenbegehrens geprüft werden, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2015, 9C_9/2015). Diese Praxis ist jedoch gesetzwidrig, da mit Art. 29 Abs. 1 ATSG eine abschliessende gesetzliche Regelung der Wirkung von Neuanmeldungen besteht, sodass keine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vorliegt, die durch eine analoge Anwendung des Art. 17 ATSG auf die Neuanmeldung auszufüllen wäre (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016, IV 2014/188 E. 1.3 ff.). Die Neuanmeldung unterscheidet sich also nicht von einer erstmaligen Anmeldung. Demnach ist im vorliegenden Fall gemäss der ständigen Praxis der Abteilung II des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen nur zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin bleibend oder während einer längeren Zeit in einem rentenbegründenden Ausmass invalid (gewesen) ist. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern

können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten erfolgt die Bemessung der Invalidität nach Art. 28a Abs. 2 IVG, bei zum Teil erwerbstätigen Versicherten nach Art. 28a Abs. 3 IVG. Die Beschwerdeführerin hat ab dem 1. Januar 2000 zu 100 % als Hilfsarbeiterin in einer Metzgerei gearbeitet (IV-act. 21-7 ff.). Per 14. Februar 2008 hat sie das Arbeitspensum auf 50 % reduziert (IV-act. 21-6). Die Reduktion des Arbeitspensums ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nur aus gesundheitlichen Gründen erfolgt (vgl. IV-act. 23). Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin daher zu Recht als Vollerwerbstätige qualifiziert und den Invaliditätsgrad anhand eines reinen Einkommensvergleichs ermittelt. Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere die Berichte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG vom 19. Juli 2012, 14. Dezember 2012 und 8. Mai 2013, der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 27. November 2012, der Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 3. Juni 2015, der kreisärztliche Abschlussbericht vom 15. Januar 2014, die Berichte von Dr. D.____ vom 13. September 2012, 2. Januar 2014, 22. April 2014 und 4. September 2014, die Berichte von Dr. J.____ vom 23. Mai 2016 und 15. März 2017 und das Medas-Gutachten vom 22. August 2016 im Recht. Zunächst ist die Frage zu klären, ob das Fehlen einer neurologischen Begutachtung ein Mangel ist, der den Beweiswert des polydisziplinären Medas-Gutachtens unter das notwendige Mass (überwiegende Wahrscheinlichkeit) reduziert. RAD-Arzt Dr. I.____ hat hierzu festgehalten, dass die Auswahl der Gutachtendisziplinen der durchführenden Gutachterstelle obliege und dass der Wunsch der IV-Stelle (bzw. des RAD) nach bestimmten Disziplinen formal gesehen lediglich einen Vorschlag darstelle. Gemäss der Auffassung des Bundesgerichts sind die beauftragten medizinischen Sachverständigen letztverantwortlich für die Qualität ("fachliche Güte") und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung. Mit dieser Gutachterpflicht nicht vereinbar wäre es, wenn den Sachverständigen eine Disziplinenwahl aufgezwungen würde, die sie – auch nach pflichtgemässer Würdigung der für den Auftrag ausschlaggebenden Überlegungen – für (versicherungs-) medizinisch nicht vertretbar hielten (vgl. BGE 139 V 349 E. 3.3; vgl. auch Rz. 2077.7 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung, KSVI, welche aber erst per 1. Januar 2018 und

damit erst nach Beendigung des dem Beschwerdeverfahren zugrunde liegenden
Verwaltungsverfahrens Eingang ins Kreisschreiben gefunden hat). Hieraus lässt sich
schliessen, dass es sich bei den von der Beschwerdegegnerin bzw. dem RAD angegebenen
Gutachtensdisziplinen tatsächlich lediglich um Vorschläge bzw. Empfehlungen zuhanden
der Gutachterstelle gehandelt hat. Die Neurologie Toggenburg AG ist also nicht verpflichtet
gewesen, eine neurologische Begutachtung durchzuführen. Der Umstand, dass die
Gutachterstelle auf eine neurologische Begutachtung verzichtet hat, bedeutet somit nicht,
dass dem Medas-Gutachten vom 22. August 2016 die Beweiskraft per se abgesprochen
werden müsste. Nach der Ansicht von RAD-Arzt Dr. I. ___ ist eine neurologische
Begutachtung nicht notwendig gewesen. Er hat erklärt, dass sein Vorschlag, die Disziplin
Neurologie in die Begutachtung miteinzubeziehen, mehr formale als inhaltliche Gründe
gehabt habe, da nach der Aktenlage hinsichtlich der letztlich unspezifischen
Kopfschmerzproblematik bereits einmal ein Neurologe involviert gewesen sei. Des
Weiteren falle die Beurteilung eines als leichtgradig beschriebenen CRPS durchaus
gleichrangig in die Expertise des Orthopäden. Der entsprechende klinische
Untersuchungsbefund im orthopädischen Teilgutachten der Neurologie Toggenburg AG
gehe über den bei einer allgemeinen neurologischen Untersuchung zu erwartenden
Detaillierungsgrad hinaus, weshalb kein Mangel in der faktischen Befundung innerhalb des
Gutachtens zu erkennen sei. Die Ausführungen von Dr. I. ___ überzeugen. Insbesondere ist
in antizipierender Beweiswürdigung davon auszugehen, dass eine neurologische
Begutachtung keine weiteren Erkenntnisse bezüglich der Kopfschmerzproblematik
gebracht hätte, da diese bereits im Juni 2015 umfassend durch die Klinik für Neurologie des
KSSG abgeklärt worden war. Schliesslich bleibt noch darauf hinzuweisen, dass die
Medas-Gutachter die Beschwerdegegnerin darüber informiert respektive im Gutachten
darauf hingewiesen hätten, wenn sie eine neurologische Begutachtung für die Beurteilung
der Arbeitsfähigkeit als notwendig erachtet hätten. Dies haben sie jedoch nicht getan.
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Fehlen einer neurologischen Begutachtung im
vorliegenden Fall keinen Mangel darstellt. Es ist keine neurologische Begutachtung
notwendig gewesen, um den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend zu ermitteln.
Somit bleibt zu prüfen, ob das Medas-Gutachten inhaltlich überzeugt. In somatischer
Hinsicht sind die Gutachter zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin infolge
des Handgelenksbruchs rechts vom 6. Juni 2011 bis 14. Januar 2014 für jegliche Tätigkeiten
vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Nach der konservativen Behandlung des am 6. Juni
2011 erlittenen Handgelenksbruchs hatten sich ein Ulnaimpaktionssyndrom und eine
Radiocarpalarthrose an der rechten Hand entwickelt (Bericht des KSSG vom 19. März
2012, IV-act. 96-17 f.). Am 21. März 2012 war eine Ulnaverkürzungsosteotomie rechts
erfolgt (Bericht des KSSG vom 26. März 2012, IV-act. 96-13 f.). Wegen weiterhin
bestehender starker Schmerzen hatten die Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und
Wiederherstellungschirurgie des KSSG im Mai/Juni 2012 die Diagnose eines komplexen
regionalen Schmerzsyndroms (CRPS Typ I) gestellt (IV-act. 96-7 ff.). Während des
Aufenthalts in der Rehaklinik Bellikon vom 10. Oktober bis 22. November 2012 hatten die
dortigen Ärzte die Kriterien für die Diagnose eines CRPS als aktuell knapp nicht erfüllt
angesehen. Da sich zwischenzeitlich aber eine fortgeschrittene DRUG-Arthrose rechts
sowie ein Neurom des N. radialis superficialis im Bereich des Handgelenks rechts
entwickelt hatten, hatten die Ärzte ein operatives Vorgehen empfohlen. Am 5. April 2013
waren eine Osteosynthesematerialentfernung Ulna rechts und eine Testinfiltration erfolgt.
Am 14. Juni 2013 hatte dann die Handgelenksdenervation stattgefunden (siehe z.B. Bericht

vom 26. Januar 2015, IV-act. 142-15 f.). Am 20. August 2013 (UV-act. 19-25 f.) hatten die Chirurgen über eine Schmerzreduktion berichtet und die weitere Steigerung des Handeinsatzes, die Reduktion des NSAR-Konsums und die Weiterführung der Ergotherapie empfohlen. Die Chirurgen hatten die Beschwerdeführerin anlässlich einer Nachkontrolle vom 13. November 2013 wegen des weiterhin sehr ausgeprägten Schmerzempfindens nochmals über die operativen Möglichkeiten (RSL-Fusion und DRUG-Arthrodesse) aufgeklärt (Bericht vom 14. November 2013, UV-act. 21-21 f.). Die Beschwerdeführerin hatte im damaligen Zeitpunkt keine weiteren Behandlungen gewünscht. Am 15. Januar 2014 hatte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung der Suva stattgefunden. Im entsprechenden Bericht vom 16. Januar 2014 hatte die Kreisärztin festgehalten, dass weitergehende Behandlungen/Therapien nicht überwiegend wahrscheinlich zu einer namhaften Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes führen würden. Lediglich die von den Handchirurgen vorgeschlagene Arthrodesse sei zumindest teilweise erfolgversprechend. Die Beschwerdeführerin lehne einen (weiteren) operativen Eingriff zurzeit jedoch ab. Am 18. Februar 2014 hatte RAD-Ärztin Dr. C. ___ den Gesundheitszustand aus versicherungsmedizinischer Sicht erstmals als stabil bezeichnet. Zwar hat der Hausarzt im Bericht vom 2. April 2013 eine sehr leichte Arbeit, bei der die Beschwerdeführerin die rechte Hand nicht gebrauchen müsse, (zumindest aus somatischer Sicht) als denkbar erachtet. Und auch die Chirurgen haben der Beschwerdeführerin im Bericht vom 8. Mai 2013 für adaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit (mit reduzierter Leistung) bescheinigt. Diese Beurteilungen überzeugen jedoch nicht, denn zum Zeitpunkt der Berichterstattung war die am 14. Juni 2013 stattfindende Handgelenksdenervation schon geplant gewesen; bereits am 5. April 2013 war nämlich eine Testinfiltration erfolgt. RAD-Ärztin Dr. C. ___ hatte daher am 22. Mai 2013 zu Recht notiert, dass aufgrund der geplanten medizinischen Massnahmen weiterhin keine Arbeitsfähigkeit bestehe und der Verlauf abzuwarten sei. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bezüglich der Handgelenksproblematik erst im Januar 2014 ein stabiler Gesundheitszustand erreicht worden ist. Die Medas-Gutachter sind daher zu Recht für die Zeit ab dem Unfallereignis (6. Juni 2011) bis Mitte Januar 2014 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten ausgegangen. Demnach bleibt zu prüfen, ob aus somatischer Sicht ab dem 14./15. Januar 2014 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Die Medas-Gutachter haben der Beschwerdeführerin wegen eines chronischen Panvertebralsyndroms, einer Osteopenie und einer distalen Handgelenksarthrose rechts für die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Metzgerei ab dem 14. Januar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 30 % attestiert. Die Beschwerdeführerin hat in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in der Metzgerei offenbar bei (praktisch) allen Arbeitsschritten mitgeholfen, so beispielsweise beim Verkauf der Fleischwaren, aber auch bei der Fleischverarbeitung (vgl. IV-act. 177-65). Die Tätigkeit hat deshalb auch das Heben oder Tragen von Lasten von 10-25 kg umfasst, d.h. es hat sich teilweise um eine mittelschwere Tätigkeit gehandelt (siehe Arbeitgeberbericht vom 7. Juli 2008, IV-act. 39). Angesichts des Arbeitsprofils überzeugt die Einschätzung der Gutachter, dass der Beschwerdeführerin die meisten Arbeiten bzw. Arbeitsschritte als Hilfsarbeiterin in einer Metzgerei aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen (Rücken, Hand rechts, Osteopenie) nicht mehr zumutbar sind. Zwar hat RAD-Arzt Dr. I. ___ bezweifelt, dass mit Blick auf das von den Gutachtern beschriebene negative Leistungsprofil überhaupt noch eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe (IV-act. 178). Er hat aber zu Recht bemerkt, dass für die Beurteilung des Rentenanspruchs im vorliegenden Fall ohnehin die Arbeitsfähigkeit in

einer adaptierten Tätigkeit ausschlaggebend sei. Demnach steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Metzgerei ab Mitte Januar 2014 weiterhin zumindest zu 70 % eingeschränkt gewesen ist. Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit sind die Medas-Gutachter zum Schluss gekommen, dass für leichte manuelle Tätigkeiten, bei denen die Beschwerdeführerin die rechte Hand nicht speziell belasten müsse und welche die weiteren Adaptionskriterien erfüllten (siehe IV-act. 177-38 f.), seit dem 15. Januar 2014 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese Beurteilung steht in Widerspruch zu derjenigen der Suva-Kreisärztin med. pract. F. ____, welche die Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten in ihrem Abschlussbericht vom 16. Januar 2014 auf zweimal drei Stunden, gegebenenfalls mit einer längeren Pause, geschätzt hat. Der orthopädische Medas-Gutachter hat die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Suva-Ärztin als nicht nachvollziehbar bezeichnet, weil eine Feststellung zu den Pausen und der tatsächlichen Handbelastung, wenn die rechte Hand nur als Hilfsband eingesetzt werde, fehle. Tatsächlich hat die Suva-Ärztin nicht begründet, weshalb die Beschwerdeführerin eine optimal adaptierte Tätigkeit, in welcher sie die rechte Hand nur als Hilfsband hätte einsetzen müssen, lediglich noch sechs Stunden pro Tag, allenfalls zusätzlich mit einer längeren Pause, hätte ausüben können. Demgegenüber hat sich der orthopädische Medas-Gutachter eingehend mit den Funktionseinschränkungen insbesondere der rechten Hand und dem positiven und negativen Leistungsprofil auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 177-38 ff./42 f.). Aus diesem Grund ist auf die gutachterliche Beurteilung abzustellen, laut der die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht ab Mitte Januar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für adaptierte Tätigkeiten wieder voll arbeitsfähig gewesen ist. Der psychiatrische Gutachter hat den von ihm gestellten Diagnosen einer Dysthymie, anderer gemischter Angststörungen und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Daher ist er aus psychiatrischer Sicht – auch retrospektiv – von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Demgegenüber hat Dr. D. ____ der Beschwerdeführerin ab dem 14. November 2012 (Behandlungsbeginn) wegen einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bescheinigt. Dr. D. ____ hat als Grund für die Einschränkung der Leistungsfähigkeit eine Affektlabilität bzw. eine reduzierte Belastbarkeit genannt. Der psychiatrische Gutachter hat überzeugend erklärt, dass diese Befunde nicht ausreichen, um eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % zu begründen. Ausserdem sei die psychiatrische Therapie nicht dicht genug gewesen, um eine derart schwere Störung annehmen zu können. Tatsächlich hatte die damalige kognitive Verhaltenstherapie nur ca. alle drei Wochen stattgefunden (IV-act. 82-2). Laut Dr. D. ____ hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab Januar 2014 erheblich verschlechtert. Wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode mit somatischen Symptomen, hat er der Beschwerdeführerin ab Januar 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Im Verlaufsbericht vom 4. September 2014 ist er weiterhin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Er hat jedoch angemerkt, dass bei einem guten Verlauf in zwei bis drei Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden könne. Obwohl Dr. D. ____ der Beschwerdegegnerin am 10. Oktober 2014 mitgeteilt hat, dass der Gesundheitszustand gleich geblieben sei, hat er die Arbeitsfähigkeit neu auf vier Stunden pro Tag festgelegt. RAD-Ärztin Dr. C. ____ am 25. November 2014 hat die Angaben von Dr. D. ____ in den Verlaufsberichten vom 4. September und 2. Oktober 2014 zu Recht als inkonsistent und widersprüchlich bezeichnet: Trotz exakt gleicher

Befundbeschreibung hat Dr. D.____ unterschiedliche Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgegeben. Auch die Kritik der RAD-Ärztin, dass die Befundbeschreibung unvollständig sei und nicht ausreiche, um die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung gemäss ICD-10 nachzuvollziehen, überzeugt. Darüber hinaus hat auch der psychiatrische Medas-Gutachter erhebliche Zweifel am Schweregrad der depressiven Störung geäussert, namentlich weil Dr. D.____ im Bericht vom 4. September 2014 angegeben hatte, dass berufliche Massnahmen angezeigt seien und dass die Beschwerdeführerin keine Hilfe bei den Alltagsaktivitäten benötige. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. D.____ kann somit nicht abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin befindet sich seit dem 22. Januar 2016 bei der Psychiaterin Dr. J.____ in ambulanter Behandlung. Entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat der psychiatrische Gutachter Kenntnis des Berichts von Dr. J.____ vom 23. Mai 2016 und damit auch von der aktuell laufenden psychotherapeutischen Behandlung gehabt. Eine Zusammenfassung des Berichts vom 23. Mai 2016 ist dem Aktenauszug des psychiatrischen Teilgutachtens zu entnehmen (IV-act. 177-60). Der Bericht ist ausserdem im Anhang des Gutachtens als Kopie beigelegt (IV-act. 177-89). Zwar hat sich der psychiatrische Gutachter nicht explizit zum Bericht von Dr. J.____ vom 23. Mai 2016 geäussert. Dieser Bericht ist allerdings auch nicht aussagekräftig, denn es hat sich um einen Kurzbericht gehandelt, der weder Befunde zu den gestellten Diagnosen noch eine Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten hat. Der psychiatrische Gutachter hat sich aber – und das ist entscheidend – mit den von Dr. J.____ gestellten Diagnosen einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung, einer gemischten Angststörung und einer Temesta-Abhängigkeit auseinandergesetzt. Auch zum angegebenen Verfolgungswahn hat er sich geäussert (IV-act. 177-70). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat argumentiert, die Aussage der Gutachter, die Beschwerdeführerin sei nicht bereit, ihre Ressourcen zu mobilisieren, sei angesichts der aktuellen psychiatrischen Behandlung wahrheitswidrig. Die Gutachter haben festgehalten, dass die Beschwerdeführerin keine Bereitschaft gezeigt habe, ihre Ressourcen im Sinne einer Wiedereingliederung zu mobilisieren, obwohl sie das nachweisbar bzw. aus der Sicht ihrer Therapeuten gekonnt hätte (IV-act. 177-80). Dass eine versicherte Person motiviert ist, eine Psychotherapie zu absolvieren, lässt noch nicht den Schluss zu, dass sie auch gewillt sei, sich beruflich einzugliedern. Vom Therapiewillen kann also nicht auf einen Eingliederungswillen geschlossen werden. Tatsächlich geht aus den Akten nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin motiviert wäre, wieder in das Berufsleben einzusteigen. Vielmehr besteht gemäss dem psychiatrischen Gutachter ein verfestigtes Krankheitsverständnis, welches auch passive Versorgungswünsche umfasst (IV-act. 177-77). Die Aussage der Gutachter, dass die Beschwerdeführerin keine Bereitschaft gezeigt habe, ihre Ressourcen im Sinne einer Wiedereingliederung zu mobilisieren, ist somit durchaus plausibel. Die Rechtsvertreterin hat ausserdem geltend gemacht, dass die Beschwerdeführerin entgegen den Angaben der Gutachter die Psychotherapien nicht wegen fehlender Motivation, sondern wegen eines jeweils fehlenden Vertrauensverhältnisses zu den Therapeuten abgebrochen habe. Der psychiatrische Gutachter hat festgehalten, dass die Beschwerdeführerin die verordneten und von ihr als eingenommen angegebenen Psychopharmaka gemäss den Serumspiegelmessungen wahrscheinlich gar nicht einnehme. Psychiatrische Therapien würden nur gering befolgt und nach der ärztlichen Anordnung bald wieder in für die Behandler frustrierender Art abgebrochen. Das Krankheitsverständnis sei ganz körperlich orientiert (IV-act. 177-81). Der Austrittsbericht der psychiatrischen Tagesklinik H.____ vom 18. Dezember 2015

(IV-act. 165-2 ff). bestätigt die Sichtweise des Gutachters: Die Beschwerdeführerin hatte diese Therapie vorzeitig abgebrochen, da sie das tagesklinische Angebot als für sie nicht nützlich erlebt hatte; insbesondere hatten ihr ein Massage- und Physiotherapieangebot gefehlt. Bei einem somatisch orientierten Krankheitsverständnis erscheint es aus der Sicht eines medizinischen Laien aber auch nachvollziehbar, dass es für die Beschwerdeführerin schwierig sein muss, ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Psychotherapeuten aufzubauen. Demnach stehen die Aussagen des psychiatrischen Gutachters, wonach die Beschwerdeführerin die Psychotherapien wegen fehlender Motivation, und die Aussage der Beschwerdeführerin, sie habe die bisherigen Psychotherapien wegen eines jeweils fehlenden Vertrauensverhältnisses zu den Therapeuten abgebrochen, nicht in einem Widerspruch zueinander. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat weiter geltend gemacht, dass dem Bericht von Dr. J.____ vom 15. März 2017 zumindest der gleich hohe Stellenwert zukommen müsse wie dem Medas-Gutachten, da es sich bei Dr. J.____ um eine zertifizierte Gutachterin SIM handle. Die Berichte von behandelnden Ärzten weisen insoweit eine generelle Schwäche auf, als diese aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung und im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenskonflikt im Zweifel regelmässig eher zugunsten der Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2015, 8C_616/2014 E. 5.3.3.3 mit Hinweisen). Trotzdem ist immer zu prüfen, ob eine abweichende Beurteilung durch einen behandelnden Arzt die gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu ziehen vermag. Ob der behandelnde Arzt über ein Zertifikat als Gutachter verfügt oder nicht, ist dabei jedoch nicht relevant. Entscheidend ist vielmehr, ob der Bericht des behandelnden Arztes inhaltlich überzeugt. Allein die Tatsache, dass Dr. J.____ über ein Zertifikat als Gutachterin verfügt, erhöht somit die Beweiskraft ihrer Berichte nicht. Die Rechtsvertreterin hat schliesslich noch angeführt, dass gemäss ICD-10 die Diagnose einer anderen gemischten Angststörung Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, wenn die Diagnosekriterien mehrerer Angststörungen erfüllt seien. ICD-10 ist eine internationale statische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (siehe www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/, besucht am 16. Mai 2020). Entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin sagt die ICD-10 natürlich nichts darüber aus, ob und gegebenenfalls welchen Einfluss eine medizinische Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit hat. Auch diese Argumentation der Rechtsvertreterin ist somit nicht stichhaltig. Dr. J.____ hat in ihrem Bericht vom 15. März 2017 festgehalten, dass sie mit den vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen einverstanden sei. Sie hat jedoch erklärt, dass nicht vorstellbar sei, dass keine dieser Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Dem Bericht vom 15. März 2017 ist zu entnehmen, dass Dr. J.____ von einem falschen Arbeitsunfähigkeitsbegriff ausgegangen ist. Dr. J.____ hat nämlich festgehalten, dass eine körperlich leichte Tätigkeit nur rein medizinisch-theoretisch denkbar sei, da die Beschwerdeführerin über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfüge und keine abgeschlossene Lehre habe. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihres Alters und der gesamten Berufs- und Lebenssituation nicht vermittelbar. Dr. J.____ hat verkannt, dass bei der Bemessung der Invalidität gerade die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit relevant ist. Entscheidend ist, welche Arbeitsleistung einer versicherten Person objektiv betrachtet aus medizinischer Sicht noch zumutbar ist. Das Alter, die Ausbildung, die Sprachkenntnisse und die Lebenssituation sind also bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt zu lassen; die (fehlende) Ausbildung und die Sprachkenntnisse sind nur insoweit relevant, als die Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf eine für die versicherte Person in

Frage kommende (bzw. insbesondere ihrer Ausbildung entsprechende) Tätigkeit zu ermitteln ist. Die Beurteilung von Dr. J.____ stimmt also eigentlich mit jener des psychiatrischen Medas-Gutachters überein: Dr. J.____ dürfte also mit den vom Gutachter angegebenen Diagnosen einverstanden gewesen sein und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für adaptierte Tätigkeiten rein medizinisch-theoretisch für möglich erachtet haben. Die Klinik für Psychosomatik des KSSG hat in ihren Berichten vom 4. Februar 2015 und 28. April 2015 als Diagnose unter anderem eine mittelschwere bis schwere depressive Störung angegeben und von einer deutlich verminderten bis ganz aufgehobenen Leistungsfähigkeit aufgrund der depressiven Symptomatik und der Konzentrationsprobleme gesprochen. Gemäss dem von den Ärzten der Klinik für Psychosomatik angegebenen psychopathologischen Status sind die kognitiven Einschränkungen jedoch mild gewesen. Die Beschwerdeführerin habe im Affekterleben schwer depressiv, dysthym, weinerlich, jammerig und klagsam mit massiven Insuffizienzgefühlen gewirkt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt und durchgehend depressiv gewesen. Die Beschwerdeführerin habe Suidzidgedanken bejaht. Dieser psychopathologische Befund zeigt, dass die Diagnose der Ärzte der Klinik für Psychosomatik wesentlich auf den Angaben der Beschwerdeführerin beruht. Die subjektiven Angaben sind jedoch, gerade in Fällen wie dem vorliegenden – die Gutachter haben von einem leidenszentrierten, demonstrativ behinderungsbetonten, extrem appellativ erlebten Auftritt anlässlich der Untersuchung gesprochen (IV-act. 177-80) – kritisch und anhand der objektiven Befunde zu hinterfragen. Vor diesem Hintergrund überzeugt weder die von den Ärzten der Klinik für Psychosomatik angegebene Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung noch die darauf basierende Arbeitsfähigkeitsschätzung. Im Mittelpunkt der Berichte des Schmerzzentrums M.____ vom 22. Februar 2017 und vom 18. Mai 2017 haben die Schmerzen gestanden. Zwar ist in den Berichten auch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung resp. einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode, zu entnehmen. Sie haben aber weder einen psychopathologischen Befund, welcher diese Diagnosen untermauern würde, noch einen Hinweis darauf, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand in den letzten Wochen/Monaten verschlechtert hätte, enthalten. Die Berichte des Schmerzzentrums enthalten somit keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Der psychiatrische Gutachter hat überzeugend festgehalten, dass der psychopathologische Befund einer morosen mit über das Mass der Verdeutlichung der körperlichen Beschwerden hinausgehenden Misstimmung behafteten Beschwerdeführerin zusammen mit den aus den Dokumenten belegten Anhaltspunkten einer Verbitterung gegenüber Behandlern und auch in geringerem Umfang gegenüber dem Ehemann, und dem insgesamt chronischen Verlauf für eine Dysthymie spreche, die nie schwer genug gewesen sei, um für die Beschwerdeführerin wesentliche Aktivitäten zu unterbinden (IV-act. 177-75). Auch ist nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter der Angststörung im Sinne einer "Tumorangst" keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen hat. Der psychiatrische Gutachter hat sich zudem mit den gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu prüfenden Standardindikatoren befasst (vgl. BGE 141 V 281; IV-act. 177-72 ff.). Seine Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht weder in der Vergangenheit noch im Gutachtenszeitpunkt in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen ist, überzeugt insbesondere vor dem Hintergrund, dass gemäss dem psychiatrischen Gutachter die Schmerzen und die depressiven Verstimmungen die Beschwerdeführerin bei anderen (als beruflichen) Aktivitäten nicht behindern, dass die

Therapieadhärenz sowohl in der Psychotherapie als auch hinsichtlich der Medikamenteneinnahme bisher nicht ausreichend gewesen ist und dass keine ausreichende Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung besteht (IV-act. 177-77). Demnach ist auf die Beurteilung des psychiatrischen Medas-Gutachters abzustellen, wonach aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Zeitraum vom 6. Juni 2011 bis 14. Januar 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für jegliche Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Seit dem 15. Januar 2014 ist die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig. Somit bleibt noch der Einkommensvergleich vorzunehmen. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeiten hat der IV-Grad im Zeitraum 6. Juni 2011 bis 14. Januar 2014 bei einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- 100 % betragen. Ab Mitte Januar 2014 ist die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Die Beschwerdeführerin hat in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin in einer Metzgerei ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen erzielt: Im Jahr 2007 hatte es Fr. 42'000.-- betragen (12 x Fr. 3'500.--; IV-act. 21-7). Zum Vergleich: Das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin hatte im selben Jahr, aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, Fr. 51'047.-- betragen (Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015). Das Valideneinkommen ist anhand der (hypothetischen) Verhältnisse auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt festzulegen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin freiwillig zu einem unterdurchschnittlichen Lohn gearbeitet hat, sondern dass sie aufgrund der Wirtschaftslage bzw. der Situation auf dem realen Arbeitsmarkt keine besser bezahlte Arbeitsstelle gefunden hat. Hätte der damalige Arbeitsmarkt ihr eine durchschnittlich entlohnte Hilfsarbeiterinnenstelle geboten, hätte die Beschwerdeführerin diese Stelle angenommen. Dem Valideneinkommen ist daher nicht das zuletzt erzielte, unterdurchschnittliche Erwerbseinkommen als Hilfsarbeiterin in einer Metzgerei zugrunde zu legen, sondern der Lohn, den die Beschwerdeführerin bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage hätte erzielen können, nämlich der durchschnittliche Lohn einer Hilfsarbeiterin (d.h. der Zentralwert der Löhne aller Hilfsarbeiterinnen). Die Invalidenkarriere entspricht somit der Validenkarriere, weshalb sich eine ziffernmässige Festlegung der Vergleichseinkommen erübrigt und der IV-Grad anhand einer Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen berechnet werden kann (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a). Ob im vorliegenden Fall ein Tabellenlohnabzug zu gewähren ist, kann offen gelassen werden, denn selbst bei einem maximalen Tabellenlohnabzug von 25 % würde – für die Zeit ab Mitte Januar 2014 – ein IV-Grad von weit unter 40 % resultieren. Die Beschwerdeführerin hat sich im Januar 2012 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Aufgrund der sechsmonatigen Wartezeit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG hat sie somit ab dem 1. Juli 2012 Anspruch auf eine ganze IV-Rente; das Wartejahr ist in diesem Zeitpunkt erfüllt gewesen (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Ab Mitte Januar 2014 ist die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig gewesen. Die Rente ist somit per 30. April 2014 aufzuheben. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 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. Die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- ist der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. 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 pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen IV-Fall wird praxismässig eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zugesprochen. Der vorliegende Fall ist leicht überdurchschnittlich aufwändig gewesen: Das Aktendossier ist umfangreich und der medizinische Sachverhalt ist komplex gewesen. Deshalb wäre im vorliegenden Fall die Zusprache einer Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'000.-- gerechtfertigt. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit entschädigt der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP, sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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