



Fall-Nr.: IV 2014/24
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.10.2019
Entscheiddatum: 02.03.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 02.03.2016

Art. 8 ATSG: Diagnosen u.a. einer mittelgradigen Depression und einer somatoformen Schmerzstörung sowie eines lumbospondylogenen Syndroms. Abstellen auf die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die psychischen Beschwerden sind in gesamtheitlicher Betrachtung in Anbetracht ihrer Komplexität, ihres Zusammenhangs mit somatischen Beschwerden und ihrer Selbständigkeit invalidisierend (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. März 2016, IV 2014/24).

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Monika

Gehrer-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2014/24

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Gabriela Grob Hügli, c/o Procap Schweiz,
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 25. März 2009 wegen Wirbelsäulenbeschwerden (Fibromyalgie, Bandscheibenoperation, angeborene Problematik) bei der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

A.b Dr. med. B.____, Wirbelsäulenzentrum C.____, berichtete der IV-Stelle auf deren Ersuchen am 15. Juli 2009, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lägen eine Osteochondrose L4/5, L5/S1 mit Lumboischialgie sowie eine Fibromyalgie vor. Am 22. Januar 2009 sei eine ventrale interkorporelle Spondylodese L4/5, L5/S1 sowie eine dorsale Stabilisation L4/5, L5/S1 (IV-act. 16-9) durchgeführt worden. Die Arbeitsunfähigkeit in kaufmännischer Tätigkeit habe bis 20. Januar 2009 70 %, vom 21. Januar bis 20. April 2009 100 %, vom 21. April bis 15. Juni 2009 85 % und vom 16. Juni bis 31. Juli 2009 80 % betragen. Ab 1. September 2009 prognostizierte er die bisherige Tätigkeit während 5 x 3 Std./Woche zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit durch eine Gewichtslimite von 5 kg und durch die Notwendigkeit vermehrter Pausen und Arbeitsunterbrüche. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 30 %. In einer wechselbelastenden Tätigkeit bestehe während 3 Std./täglich eine 100 %ige Leistungsfähigkeit. Rein sitzende oder stehende sowie vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten seien unzumutbar (IV-act. 16-1 ff.). Ab dem 7. September 2009 attestierte Dr. B.____ eine Arbeitsfähigkeit von 3 x 3 Std./Woche bis auf weiteres (IV-act. 19).

A.c Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 27. Juli 2009 mit, es werde ihr Beratung und Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes gewährt (IV-act. 17).



St.Galler Gerichte

A.d Die innegehabte Teilzeitstelle (ca. 36 %) der Versicherten als Mitarbeiterin in der D.___ AG wurde per 30. September 2009 wegen starkem Auftragsrückgang aufgehoben (IV-act. 20-5).

A.e Dr. med. E.___, Fachärztin FMH für Neurologie, untersuchte die von Dr. B.___ zugewiesene Versicherte am 10. November 2009. Sie stellte fest, die angegebenen Dysästhesien beider Hände und Missempfindungen bei stereotypen Hand- und Armpositionen seien zusammen mit den klinischen Befunden vereinbar mit einer intermittierenden Irritation des N. medianus im Carpalkanal beidseits. Ein Carpaltunnelsyndrom sei elektrodiagnostisch nicht nachweisbar. Seit mehreren Jahren klagt die Versicherte über Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie fluktuierende handschuh- und sockenförmige, rechts betonte Sensibilitätsstörungen der Extremitäten. Deren Ätiologie sei nach wie vor unklar. Eine funktionelle Überlagerung im Rahmen des Fibromyalgie-Syndroms sei möglich (IV-act. 26-5 f.).

A.f Die Eingliederungsverantwortliche schloss den Fall am 1./2. Dezember 2009 ab, da sich die Versicherte nicht arbeitsfähig fühlte (IV-act. 28; IV-act. 29). Die IV-Stelle verfügte am 22. Februar 2010 den Abschluss der Arbeitsvermittlung (IV-act. 37).

A.g Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (ABI), am 4. Mai 2010 polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, orthopädisch einschliesslich neurologischem Status) begutachtet (Gutachten vom 28. Juni 2010). Die Gutachter diagnostizierten im Wesentlichen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.80) und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Aufgrund der objektiven Befunde sei die Versicherte aus orthopädischer Sicht als Sekretärin wie auch für eine andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ab Mai 2010 zu 80 % arbeitsfähig mit einem ganztägigen Pensum und vermehrten Pausen. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 44-23 ff.).



St.Galler Gerichte

A.h Der regionale ärztliche Dienst (RAD) nahm am 2. Juli 2010 Stellung, auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. Es sei umfassend, kohärent, nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei (IV-act. 45).

A.i Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt und anlässlich der Abklärung vor Ort gab die Versicherte an, ohne die schon im Frühjahr 2002 vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen wäre sie vollzeitlich zu 100 % erwerbstätig gewesen (IV-act. 51-2).

A.j Im Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2010 bezeichnete Dr. B.____ den Gesundheitszustand als stationär; es sollte eine rheumatologische Abklärung durchgeführt werden (IV-act. 57).

A.k Mit Vorbescheid vom 14. Januar 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 65).

A.l Am 28. April 2011 erhob die Versicherte gegen den Vorbescheid Einwand (IV-act. 73-1 ff.). Sie erklärte sich mit der Beurteilung im ABI-Gutachten nicht einverstanden und reichte einen Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. April 2011 ein, wonach aktuell ein mittelgradig depressives Syndrom bestehe (IV-act. 73-6 f.).

A.m Gemäss Arztbericht vom 15. August 2011 diagnostizierte Dr. F.____ im Wesentlichen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) mit Somatisierung und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit Verdacht auf krankheitsbedingte Wesensänderung (ICD-10: F62.9). Seit der ABI-Begutachtung habe sich der Gesundheitszustand deutlich verschlechtert. Die aktuelle Symptomatik gehe nicht mehr in der anlässlich der ABI-Begutachtung diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung auf. Stattdessen bestehe aktuell eine mittelgradige depressive Episode. Die bisherige Tätigkeit als Sekretärin sei seit 28. März 2011 zu 40 % zumutbar. Eine wechselbelastende Tätigkeit ohne grosse körperliche Anstrengung mit ausreichenden Erholungspausen sei während 3.5 Std. täglich zumutbar (IV-act. 77).

A.n Im Verlaufsbericht vom 28. Februar 2012 schilderte Dr. F.____ den Gesundheitszustand als stationär. Der Versicherten sei die bisherige Tätigkeit nicht



St.Galler Gerichte

mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien zumutbar; Art und Leistungsfähigkeit müssten im Rahmen einer kompetenten Arbeits- und Belastungserprobung evaluiert werden (IV-act. 85).

A.o Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 11. Juni 2012 bidisziplinär (rheumatologisch/psychiatrisch) durch Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, sowie durch Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet (Gutachten vom 6. September 2012, IV-act. 94). Die Gutachter stellten im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:
Lumbospondylogenes Syndrom beidseits, rechtsbetont (ICD-10: M54.4), depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit krankheitsbedingter Wesensänderung (ICD-10: F62.9), Differenzialdiagnose emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus (ICD-10: F60.31), sowie eine somatoforme Schmerzstörung und Verdacht auf somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes (ICD-10: F45.4, F45.32; IV-act. 94-17 f.). Aus bidisziplinärer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit aufgrund der im psychiatrischen Fachgebiet gestellten Diagnosen bei 50 % in körperlich leicht belastenden Tätigkeiten im zuletzt ausgeübten beruflichen Umfeld, wobei aus psychiatrischer Sicht alle Tätigkeiten zumutbar seien, die keine starke Anforderung an Konzentration und Ausdauer forderten (IV-act. 94-21). Dies gelte ab Juni 2012 (IV-act. 94-24).

A.p Der RAD befand am 30. Oktober 2012, auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-act. 96). Der Rechtsdienst der IV-Stelle nahm am 8. Januar 2013 Stellung, es liege (aus verschiedenen, in den Erwägungen näher zu erörternden Gründen) keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsbeeinträchtigung vor (IV-act. 101).

A.q Mit Vorbescheid vom 21. Februar 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 104). Mit Einwand vom 8. April 2013/7. Mai 2013 beantragte die Versicherte die Aufhebung des Vorbescheids vom 21. Februar 2013, die Zusprechung einer Teilrente und ein Arbeitstraining (IV-act. 108) bzw. eine die psychiatrische Einschätzung verifizierende Abklärung (IV-act. 110). Die Angelegenheit wurde nochmals dem Rechtsdienst (vgl. Stellungnahme vom 10. Juni



St.Galler Gerichte

2013, IV-act. 119) und dem Gutachter Dr. H.____ (vgl. Stellungnahme vom 5. August 2013, IV-act. 118) vorgelegt.

A.r Mit Verfügung vom 25. November 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ab. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung seien die Voraussetzungen zum Bezug einer IV-Rente trotz Vorliegens einer medizinisch-attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht erfüllt (IV-act. 125).

B.

B.a Mit Beschwerde vom 13. Januar 2014 beantragt die Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin G. Grob Hügli, Procap Schweiz, die Verfügung vom 25. November 2013 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben, es sei ihr mit Wirkung ab 1. Juli 2011 eine Viertelsrente, ab 1. Oktober 2011 eine Dreiviertelsrente und ab 1. Juni 2012 eine halbe Rente auszurichten. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Bei der diagnostizierten Depression handle es sich um ein eigenständiges Leiden und nicht um eine Komorbidität zur (ebenfalls diagnostizierten) Schmerzstörung. Es liege somit kein pathogenetisch ätiologisch unklarer syndromaler Zustand vor, auf den die Rechtsprechung der Überwindbarkeitsvermutung anzuwenden sei (act. G1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. März 2014 die Abweisung der Beschwerde. Die Angaben der Beschwerdeführerin zeigten, dass die Depression entgegen der von Dr. H.____ vertretenen Meinung keine eigenständige Krankheit darstelle. Ob die Depression ausnahmsweise als invalidisierende Komorbidität anzusehen sei, sei eine frei überprüfbare Rechtsfrage. Von den (weiteren) massgebenden Kriterien sei keines erfüllt; insbesondere könne das lumbospondylogene Syndrom nicht als chronische körperliche Begleiterkrankung gelten, da es die anhaltende Schmerzstörung aufrechterhalte. Selbst wenn die Depression ein eigenständiges Leiden wäre, wäre sie nicht invalidisierend, da sie behandelbar und noch nicht austherapiert sei. Die Willensanstrengung könne nicht in einen zumutbaren und einen unzumutbaren Teil aufgeteilt werden. Eine durch einen Arzt angenommene teilweise Zumutbarkeit müsse im Sinne der Rechtsprechung in eine



St.Galler Gerichte

volle Zumutbarkeit umgedeutet werden. Sodann sei das vorliegende Beschwerdebild wesentlich durch invaliditätsfremde psychosoziale Umstände geprägt (act. G 4).

B.c In ihrer Replik vom 28. Mai 2014 hält die Beschwerdeführerin an ihrer Beschwerde vom 13. Januar 2014 fest. Der Gutachter spreche (bezüglich der Depression) von einem eigenständigen Leiden. Die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung rücke dabei in den Hintergrund, insbesondere weil der Gutachter explizit darauf hinweise, dass es sich nicht um eine Komorbidität zur Schmerzstörung handle. Die Rechtsprechung zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern finde demnach keine Anwendung. Es sei Sache der Gutachter bzw. Ärzte, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität gegeben sei, und den psychischen Gesundheitszustand sowie das objektiv vorhandene Leistungspotential zu beurteilen. Der Gutachter führe nicht aus, dass lediglich rein invaliditätsfremde psychosoziale Umstände die psychische Gesundheit beeinträchtigten. Sie sei zwar noch nicht austherapiert, aber seit mindestens April 2011 in psychotherapeutischer Behandlung, von der auszugehen sei, dass sie lege artis durchgeführt werde. Die Empfehlung beruflicher Massnahmen beziehe sich auf die Restarbeitsfähigkeit von 50 % (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten und zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Art. 8 ATSG definiert Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Unter Erwerbsunfähigkeit versteht das Gesetz den durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachten Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der



medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.

Aus somatischer (rheumatologischer/orthopädischer) Sicht wird der Beschwerdeführerin durch den Gutachter Dr. G.____ (Gutachten vom 6. September 2012, IV-act. 94-21), sowie durch das ABI (Gutachten vom 28. Juni 2010) in der angestammten und in weiteren leicht belastenden Tätigkeiten seit Juni 2010 übereinstimmend eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert. Diese Sichtweise ist aufgrund umfassender Untersuchungen und Befunderhebungen mit im Wesentlichen übereinstimmenden Diagnosen und Einschätzungen nachvollziehbar begründet und führt für sich alleine nicht zu einem anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad. Zu prüfen und hauptsächlich umstritten ist, ob die psychischen Einschränkungen zu invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüchen führen.

3.

3.1 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus. Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden. Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Insbesondere darf das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann zu arbeiten (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil



8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.5.1, in: SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95). Diese Grundsätze gelten auch bei Vorliegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage, bei dem sich in erster Linie die nach einem objektivierenden Massstab zu beurteilende Frage der Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit trotz Schmerzen stellt (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 8.2 S. 564). Eine depressive Störung stellt allerdings keinen solchen Zustand dar (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts vom 8. Oktober 2014, 9C_856/2013, E. 3.1 mit weiteren Verweisen).

3.2 Beim Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode oder Störung mit einer Schmerzstörung sind in erster Linie die (fach-) ärztlichen Feststellungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit massgeblich. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob es sich bei der depressiven Problematik um ein vom Schmerzgeschehen losgelöstes selbständiges Leiden von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer handelt. Dazu ist fachärztlicherseits Stellung zu nehmen wie auch zur Bedeutung psychosozialer und soziokultureller Belastungsfaktoren im Kontext (vgl. Urteil 8C_162/2013 vom 17. Juli 2013 E. 4.2). Selbst wenn im Übrigen, rechtlich betrachtet, ein unklares syndromales Beschwerdebild vorliegt, muss fachärztlich geprüft werden, ob nicht ein anderes Störungsbild gegeben ist, das anhand klinischer und/oder anderweitiger Untersuchungen zuverlässig nachgewiesen werden kann (Urteil 8C_251/2013 vom 14. Februar 2014 E. 4.2.2, in: SVR 2014 IV Nr. 112 S. 47, mit Verweis auf BGE 139 V 547 E. 9.4 S. 568; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts vom 8. Oktober 2014, 9C_856/2013, E. 3.2).

4.

4.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ diagnostizierte sowohl eine depressive Episode als auch eine somatoforme Schmerzstörung und attestierte beiden Diagnosen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 95-8); er begründete mithin seine Einschätzung der 50 %igen Arbeitsunfähigkeit mit beiden Diagnosen. Zum Psychostatus notierte er, es seien leichte Einschränkungen der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit feststellbar gewesen. Affektiv habe sich die Beschwerdeführerin dysthym verstimmt und eher resigniert gezeigt. Sie habe über



Stimmungsschwankungen und Stimmungs labilität berichtet. Vorherrschend seien Klagen über die wechselhafte gesundheitliche Situation gewesen. Allgemeine Sorgen der Existenzsicherung und vor einer ungewissen Zukunft seien vorhanden gewesen, ebenso Ängste in Bezug auf die körperliche Gesundheit (Zunahme der Schmerzen). Beklagt worden seien eine erhöhte Vergesslichkeit, erhöhte Reizbarkeit und ein sozialer Rückzug. Psychomotorisch habe eher eine Antriebsminderung bestanden, bei berichteter innerer Unruhe, Nervosität und Anspannung insbesondere bei Schmerzexazerbation. Psychovegetativ seien Einschlafstörungen mit Gedankenkreisen und Grübelzwang sowie schmerzbedingte Durchschlafstörungen berichtet worden (IV-act. 95-7 f.). In der aktuellen Untersuchung habe das Vorliegen einer depressiven Störung nachvollzogen werden können, was aufgrund der vielfältigen belastenden Krankheiten, welche die Beschwerdeführerin schon lange begleiten würden, nicht verwunderlich sei (IV-act. 95-9). Zur Diagnose der somatoformen Schmerzstörung führte er aus, es sei wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin einen Teil ihrer innerseelischen Konflikte äusserlich durch Schmerzen symbolisiere und somit eine Konversionsstörung vorliege. Diese habe sich zu den bestehenden körperlichen Schmerzen hinzu gesellt (IV-act. 95-10). In einer ergänzenden Stellungnahme vom 5. August 2013 erklärte Dr. H.____ auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin, aufgrund der erst im achtzehnten Lebensjahr entdeckten Gebärmutteratresie und der Unterleibsoperationen handle es sich bei der depressiven Erkrankung um ein eigenständiges Leiden. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Identitätsbildung der Beschwerdeführerin als Frau nicht einfach gewesen sei. Das depressive Verarbeitungsmuster sei also nicht einfach nur eine Komorbidität zur Schmerzstörung (IV-act. 118-3). Der Gutachter stimmt darin überein mit dem behandelnden Dr. F.____, der im Arztbericht vom 15. August 2011 festgehalten hatte, symptomatisch im Vordergrund stünden die Stimmungsschwankungen mit Nebeneinander von Leergefühlen und explosiver Reizbarkeit sowie eine sehr eingeschränkte Belastbarkeit mit Müdigkeit und Konzentrationsstörungen. Er hatte depressive Symptome mit mittelgradiger Ausprägung beschrieben, die für sich genommen eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit begründeten (IV-act. 77-2 f.). Seines Erachtens gehe die aktuelle Symptomatik in der zuvor vom ABI Basel gestellten Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung aus den aufgeführten Gründen nicht auf. Stattdessen bestehe nunmehr das klinische Bild einer mittelgradigen depressiven



Episode. Die aktuelle funktionelle Schmerzverstärkung durch das psychische Leiden deute er im Zusammenhang mit dieser depressiven Entwicklung. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne zusätzlich bestehen (IV-act. 77-4). In seiner Stellungnahme vom 31. August 2011 hatte der RAD angeführt, Dr. F.____ habe nachvollziehbar erläutert, dass die depressive Erkrankung keine Komorbidität, sondern ein eigenständiges Leiden sei (IV-act. 78-2). Dr. H.____ führte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. August 2013 aus, gemäss anderen Diagnosemanualen würde eine „double depression“ diagnostiziert: einerseits seien eine abgrenzbare depressive Episode (aktuell mittelgradig mit somatischem Syndrom) und andererseits eine zugrunde liegende depressive Verstimmung (Dysthymie) vorhanden (IV-act. 118-1).

4.2 Die Diagnosestellungen von Dr. H.____ beruhen auf umfassenden Untersuchungen und sind in Anbetracht des jeweiligen Status bzw. der jeweiligen Befunde nachvollziehbar; offenkundige Widersprüche sind nicht zu erkennen. Entsprechend sind die Diagnosen auch nicht umstritten. Die Beschwerdegegnerin wendet hingegen ein, die Beschwerdeführerin habe angegeben, am meisten würden ihr die ständig wechselnden Schmerzen und die „damit verbundenen“ Stimmungsschwankungen zu schaffen machen, weshalb keine selbständige Erkrankung (Depression) vorliege (act. G 4 S. 4 mit Verweis auf IV-act. 95-7). Diese Äusserung der psychiatrisch nicht sachverständigen Beschwerdeführerin ist nicht geeignet, die fachärztliche Beurteilung in Frage zu stellen. Es ist auch nicht Sache des Rechtsdienstes, Feststellungen und Einschätzungen medizinischer Experten beiseite zu schieben und eigene Einschätzungen vorzunehmen. Es ist sodann nicht ersichtlich, dass die depressiven Episoden zur Hauptsache auf invaliditätsfremden Belastungsfaktoren beruhen. Vielmehr vollzog sich gemäss Dr. F.____ der Umschlag in eine depressive Entwicklung, als die Rückenoperation 2009 nicht das erhoffte Ergebnis zeitigte (IV-act. 73-6), und Dr. H.____ erwähnt als Ursprung mit der Gebärmutteratresie ebenfalls ein gesundheitliches Problem. Dass gemäss dem Gutachter allgemeine Sorgen der Existenzsicherung und vor einer ungewissen Zukunft vorhanden sind (IV-act. 95-8), vermag daran nichts zu ändern. Es ist mithin bei der fachärztlich diagnostizierten depressiven Erkrankung von einem eigenständigen Leiden einerseits und von einer somatoformen Schmerzstörung andererseits auszugehen.



4.3 Zur Behandelbarkeit des psychischen Leidens äusserte Dr. H.____ im Wesentlichen, medizin-theoretisch seien Depressionen behandelbar. Inwieweit dies jedoch bei der Beschwerdeführerin der Fall sei, sei durch den behandelnden Arzt zu beurteilen. Da die Beschwerdeführerin zum Gutachtenszeitpunkt keine antidepressive Medikation gehabt habe, könne davon ausgegangen werden, dass der Zustand noch nicht austerapiert sei (IV-act. 118-2). Die Behandelbarkeit einer psychischen Störung sagt indes für sich allein betrachtet nichts über deren invalidisierenden Charakter aus (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2013, 9C_947/2012, E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 298 E. 4c). Das Bundesgericht hat sodann in der jüngeren Rechtsprechung klargestellt, dass die Behandelbarkeit eines psychischen Leidens sogar bei grundsätzlich guter Prognose einen - allenfalls befristeten - Rentenanspruch nicht zum Vorneherein ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2014, 8C_148/2014 E. 3.1 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2014, 8C_56/2014, E. 4.1). Würde der Behandelbarkeit wesentlicher Einfluss auf den invalidisierenden Charakter eines depressiven Leidens zugestanden, so würde dies einen rückwirkend befristeten Rentenanspruch für ein depressives Leiden, wie er etwa im Urteil des Bundesgerichts vom 3. September 2014, 9C_292/2014, E. 3.2 anerkannt wurde, ausschliessen (Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 2. Juli 2015, IV 2013/204 E. 3.3.2).

5.

5.1 Aus dem Blickwinkel der somatoformen Schmerzstörung ist zu bemerken, dass das Bundesgericht die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, in BGE 141 V 381 aufgegeben hat. An der Beurteilung der Zumutbarkeit und am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG ändere dies nichts. Es sei nach wie vor von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen (BGE 141 V 395 f., E. 3.7). Das funktionelle Leistungsvermögen sei anhand von Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 296 f. E. 4.1 und S. 298 ff., E. 4.3). Diese betreffen den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, diagnose-inhärenter Mindestschweregrad, Behandlungserfolg oder -resistenz, Teilnahme an beruflichen Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen, psychische und körperliche Begleiterkrankungen, Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten



Körperbeschwerden; zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, Persönlichkeitsentwicklung und -struktur; zit. Urteil E. 4.1.3, 4.3.2), den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (Gleichmässigkeit der Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, sozialer Rückzug, soziale Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung, Inanspruchnahme therapeutischer Optionen als Hinweis auf den tatsächlichen Leidendruck; zit. Urteil E. 4.4; vgl. zum Ganzen auch Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], IV-Rundschreiben Nr. 334 vom 7. Juli 2015, Anhang). Nach wie vor sind unklare symptomatische Beschwerden nur invalidisierend, wenn sie therapeutisch nicht (mehr) angehbar sind (zit. Urteil, E. 4.3.1.2). Die bisher einzelnen Kriterien der „psychiatrischen Komorbidität“ und der „körperlichen Begleiterkrankungen“ sind in einem Indikator zusammengefasst, wobei ersterer keine Vorrangstellung mehr zukommt (zit. Urteil, E. 4.3.1.3). Neben der auf die Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen abzielenden Persönlichkeitsdiagnostik fällt auch das Konzept der sogenannten „komplexen Ich-Funktionen“ in Betracht (zit. Urteil, E. 4.3.2). Der medizinische Gutachter hat das Leistungsvermögen einzuschätzen und dabei den einschlägigen Indikatoren zu folgen. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen in diesem Sinn, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (zit. Urteil, E. 5.2.2. und 5.2.3).

5.2 Dr. H.____ äusserte im psychiatrischen Teilgutachten vom 22. August 2012, die Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit sei anhand von drei Faktoren - Heredität und Biografie, Förster'sche Prognosekriterien, komplexe Ich-Funktionen - zu beurteilen: In der Biografie der Beschwerdeführerin seien belastende Ereignisse aufgetreten, welche sie im Umgang mit ihren körperlichen Symptomen überforderten. Einige der Försterkriterien seien erfüllt (auffällige prämorbid



Persönlichkeitsstruktur bzw. -entwicklung, chronische körperliche Begleiterkrankungen, Arbeitsplatzverlust, primär chronifizierter Krankheitsverlauf ohne längerdauernde Remissionen), was einen prognostisch ungünstigen Verlauf der somatoformen Schmerzstörung erwarten lasse. Die komplexen Ich-Funktionen der Realitätsprüfung und Urteilsbildung, der Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung, Affektsteuerung und Impulskontrolle, Selbstwertregulation und Regressionsfähigkeit, Intentionalität und Antrieb sowie die Abwehrorganisation seien bei der Beschwerdeführerin eingeschränkt. Aufgrund dieser ungünstigen Konstellation habe die Somatisierungsstörung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Gleichwohl könne bei der Beschwerdeführerin ein Wille zur Schmerzüberwindung und zur Reintegration gefordert werden. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung betrage die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht 50 % (IV-act. 95-10). In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. August 2013 hielt Dr. H.____ zur Überwindbarkeit der Schmerzen fest, als chronische körperliche Begleiterkrankung könne die im Gutachten erwähnte jahrelange Schmerzproblematik (Schmerzen seit der Kindheit, Gebärmutteratresie mit weiter bestehenden Abdominalbeschwerden) sowie ein Fibromyalgiesyndrom betrachtet werden. Ein sozialer Rückzug habe inzwischen stattgefunden. Der therapeutische Verlauf und das Behandlungsergebnis der Psychotherapie seien unklar. Zusätzlich müsse bedacht werden, dass neben der somatoformen Schmerzstörung auch eine somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes vorzuliegen scheine, welche therapeutisch ausgesprochen schwierig zu behandeln sei. Ein primärer Krankheitsgewinn, welcher sich aus der Krankheit selbst ergebe, insbesondere Erleichterungen, Schonung, vermehrte Zuwendung aufgrund der Krankenrolle, sei sicherlich vorhanden. Eine Konversionsstörung, also ein primär intrapsychischer unlösbarer Konflikt, der auf ein körperliches Geschehen projiziert werde, habe sich daraus entwickelt und begründe seines Erachtens eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 118-2 f.). Während das ABI-Gutachten vom 28. Juni 2010 der noch alleine diagnostizierten somatoformen Schmerzstörungen keine über die somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt hatte (IV-act. 44-15, 24), führte Dr. F.____ im Arztbericht vom 15. August 2011 aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe bei der Beschwerdeführerin ein komplexes psychisches Leiden, welches sich auf dem Boden vielfältiger überfordernder Belastungen bereits vor vielen Jahren entwickelt habe und den



heutigen Umgang mit den aktuellen somatischen Beschwerden massgeblich mitbestimme. Die psychische Belastbarkeit und Widerstandskraft sei durch vorangegangene Rückschläge und daraus entstandene Ängste vermindert. (...). Die Beschwerdeführerin sei hier aufgrund ihrer belastenden Persönlichkeitsentwicklung sensibler und weniger anpassungsfähig als andere Menschen. Sie sehe sich schnell bedroht und glaube, sich verteidigen zu müssen. Dies zu überwinden liege nicht im Bereich ihrer Willenskraft. Der Befund habe sich gegenüber der Situation bei der ABI-Begutachtung deutlich verschlechtert. Aus Sicht der Beschwerdeführerin bestehe das Hauptleiden nach wie vor in den unveränderten Rückenschmerzen und Gefühlsstörungen. Hinzugekommen seien jedoch nun auch subjektiv wahrnehmbare depressive Symptome mit mittelgradiger Ausprägung, die für sich genommen eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit begründeten (IV-act. 77-2 f.).

5.3 Aus den Ausführungen von Dr. H.____ und Dr. F.____ geht hervor, dass sie die invalidisierende Wirkung der psychiatrischen Beeinträchtigungen nicht nur aus den psychiatrischen Befunden selbst, sondern mit der Komplexität und Vielfältigkeit der die Überwindbarkeit der Schmerzen beeinträchtigenden Belastungen begründen, namentlich auch mit der Therapieresistenz der Schmerzen. Insbesondere stützt Dr. H.____ seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht etwa darauf, dass mit der depressiven Episode eine schwere und therapieresistente psychische Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung vorliege, sondern er prüft weitere Kriterien bzw. Indikatoren des psychischen Leidens als Ganzes. So berücksichtigt er nebst den Förster'schen Prognosekriterien die Auswirkungen der Biografie und der komplexen Ich-Funktionen auf die Überwindbarkeit der Beschwerden. Dies entspricht einer umfassenden Würdigung dieser Frage im Einzelfall, wie sie die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts fordert. Einer solchen gesamthaften Betrachtung würde im Übrigen nicht entsprechen, der Depression wegen Behandelbarkeit eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abzusprechen und eine invalidisierende Wirkung ausschliesslich der somatoformen Schmerzstörung gestützt auf eine umfassende Würdigung aller Indikatoren zu bejahen.

5.4 Zusammenfassend beruht das Gutachten des Rheumatologen und Internisten Dr. G.____ und von Dr. H.____ auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin dargelegten Symptome und ist hinsichtlich der



Diagnosestellung und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit schlüssig und nachvollziehbar. Es ist daher darauf abzustellen und von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom 11. Juni 2012 (IV-act. 94-1, 21) auszugehen.

6.

6.1 Die Beschwerdeführerin war infolge der Rückenoperation vom 20. Januar 2009 bis 20. April 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 12-1). Vom 21. April 2009 bis 15. Juni 2009 attestierte ihr Dr. B.____ eine Arbeitsfähigkeit während 2 x 3 Stunden, vom 16. Juni bis 31. Juli 2009 von 3 x 3 Stunden, vom 1. bis 31. August 2009 von 4 x 3 Stunden und ab 1. September 2009 „wie früher“ von 5 x 3 Stunden pro Woche (IV-act. 14-6 f., Bericht vom 17. Juni 2009). Aufgrund der erhöhten Schmerzmedikation wurde jedoch am 3. September 2009 bis auf weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 3 x 3 Wochenstunden bescheinigt (IV-act. 19; IV-act. 44-33), und erst ab 19. November 2009 war die Beschwerdeführerin wie ursprünglich vorgesehen für 5 x 3 Stunden pro Woche arbeitsfähig geschrieben (IV-act. 25; IV-act. 44-52). Dies entspricht - gemessen an einem Vollzeitpensum von 42 Stunden - einer Arbeitsunfähigkeit von noch rund 64 %. Gemäss ABI-Gutachten vom 28. Juni 2010 bestand ab Januar 2010 eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % (IV-act. 44-24). Damit war das Wartejahr mit durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeit von (mindestens) 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) am 19. Januar 2010 bestanden. Zu diesem Zeitpunkt war auch die sechsmonatige Frist (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) seit der Anmeldung am 25. März 2009 (IV-act. 1) abgelaufen.

6.2 Ab Mai 2010 schätzten die ABI-Gutachter die Arbeitsfähigkeit auf 80 % (IV-act. 44-22). Dr. F.____ attestierte der Beschwerdeführerin am 15. August 2011 eine „Arbeitsunfähigkeit“ von „40 %“ ab Behandlungsbeginn am 28. März 2011 (IV-act. 77-3, 4), wobei sich aus den Angaben in Ziff. 1.7 und 1.9 zum zumutbaren zeitlichen Rahmen ergibt, dass die Arbeitsfähigkeit 40 % beträgt und es sich bei den unter Ziff. 1.6 als Arbeitsunfähigkeit angegebenen 40 % um einen Verschieb handelt. Damit übereinstimmend nahm der RAD am 31. August 2011 Stellung, es sei überwiegend wahrscheinlich, dass die 40 %ige Arbeitsfähigkeit für leichte kaufmännische Arbeiten seit Beginn 2011 vorliege (IV-act. 78-2). Dr. H.____ schreibt dazu, in der Begutachtung habe das Vorliegen einer depressiven Störung



St.Galler Gerichte

nachvollzogen werden können und sei aufgrund der vielfältigen belastenden Krankheiten der Beschwerdeführerin nicht verwunderlich (IV-act. 95-9). Auch nach ihm ist somit auf Dr. F.____ abzustellen. Es ist folglich ab 1. Januar 2011 von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 % auszugehen.

6.3 Gemäss Art. 29^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung (SR 831.201; IVV) werden bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zurückliegende Wartezeiten angerechnet, wenn die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben wird und dieser in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass erreicht. Da letztlich sowohl die bis Ende April 2010 bestehende als auch die ab Januar 2011 attestierte Arbeitsunfähigkeit auf demselben Leidenskomplex beruhen, ist die genannte Bestimmung vorliegend anzuwenden mit der Folge, dass ab Januar 2011 nicht nochmals ein Wartejahr zu bestehen war (E. 6.4). Zusammenfassend war somit die Wartezeit für einen Rentenanspruch ab Januar 2010 erfüllt. Ferner erscheint vom 1. Januar bis 30. April 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (ABI-Gutachten, IV-act. 44-24), vom 1. Mai bis 31. Dezember 2010 von 20% (ABI-Gutachten), ab 1. Januar 2011 von 60 % (Dr. F.____, RAD, Dr. H.____) und ab Juni 2012 von 50 % (Gutachten Fachärzte G.____ und H.____) ausgewiesen.

7.

7.1 Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Beschwerdeführerin am 22. Juli 2010 an, dass sie seit Frühjahr 2002 unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leide, ohne die sie seit damals zu 100 % erwerbstätig wäre. Als Gründe dafür nannte sie soziale Kontakte, die Anwendung und Bestätigung des Erlernten sowie den finanziellen „Zustupf“ (IV-act. 51-2). Dies erscheint insoweit plausibel, als ab 2002 abdominale Schmerzen und ab 2005 entsprechende Abklärungen und Behandlungen aktenkundig sind (vgl. IV-act. 44-73; IV-act. 21-2 f.). Gemäss Abklärungsbericht Haushalt vom 19. Oktober 2010 führte die Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung vor Ort aus, sie würde seit dem Heimeintritt ihres Sohnes I.____ im Jahre 2006 zu 100 % im kaufmännischen Bereich arbeiten (IV-act. 56-1, 4). Mit Blick darauf, dass nicht relevant ist, ob die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden bereits ab Frühjahr 2002 oder erst ab



2006 vollzeitlich gearbeitet hätte, ist die durch die Beschwerdegegnerin vorgenommene Qualifikation als Vollerwerbstätige nicht zu beanstanden. Hinsichtlich des Einkommensvergleichs ist sowohl für die Validenkarriere als auch für das Invalideneinkommen von einer Tätigkeit im kaufmännischen Bereich und somit vom entsprechenden Tabellenlohn auszugehen. Es ist daher ein Prozentvergleich vorzunehmen; diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzuges (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2; vgl. nachfolgend E. 7.2).

7.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f.; Urteil 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Vorliegend fällt ein Tabellenlohnabzug - wenn überhaupt - von höchstens 10 % wegen des eingeschränkt möglichen Spektrums von leidensadaptierten Tätigkeiten in Betracht. Ein solch maximal möglicher Tabellenlohnabzug wirkt sich auf die Rentenhöhe nicht aus, weshalb nachfolgend der Invaliditätsgrad ohne solchen bemessen wird.

7.3 Damit ergibt sich ab Januar 2010 entsprechend der Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein Anspruch auf eine halbe Rente. Gemäss ABI-Gutachten bestand ab Mai 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von nur noch 20 %. In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV, wonach eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen ist, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird, dauert der Anspruch auf eine halbe Rente bis Ende Juli 2010. Ab 1. Januar 2011 bis Ende August 2012 (ebenfalls gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) ergibt



sich, entsprechend der Arbeitsunfähigkeit von 60 %, ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, und seit 1. September 2012 hat die Beschwerdeführerin bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % wiederum Anspruch auf eine halbe Rente.

8.

8.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 25. November 2013 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung vom 1. Januar 2010 bis 31. Juli 2010 eine halbe Rente, vom 1. Januar 2011 bis 31. August 2012 eine Dreiviertelsrente und ab 1. September 2012 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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 hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

8.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 25. November 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung vom 1. Januar 2010 bis 31. Juli 2010 eine halbe Rente, vom 1. Januar 2011 bis 31. August 2012 eine Dreiviertelsrente



und ab 1. September 2012 eine halbe 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 von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.