



**Fall-Nr.:** IV 2015/3  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 11.04.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.04.2017**

**Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 ATSG. Massgeblichkeit eines noch unter der alten Rechtsprechung zu den so genannt unklaren Beschwerdebildern eingeholten Gutachtens. Invalidisierende Wirkung einer dissoziativen Störung gemischt (Konversionsstörung) und entsprechende Berücksichtigung der gemäss psychiatrischem Gutachten darauf entfallenden Arbeitsunfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. April 2017, IV 2015/3). Beim Bundesgericht angefochten.**

Entscheid Versicherungsgericht, 11.04.2017

#### **Entscheid vom 11. April 2017**

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Joachim Huber,  
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtschreiberin Beatrix  
Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/3

Parteien

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29,  
8887 Mels,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ wurde am 6. Oktober 2009 über die Krankentaggeldversicherung wegen der Folgen eines Bandscheibenvorfalles bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 1 bis 4).

A.b Die Versicherte war vom 12. Juni bis 9. Juli 2008 in der Klinik Valens stationär behandelt worden, wo ein regredientes sensomotorisches, lumboradikuläres Syndrom L5 links, ein mediolinkslateraler Diskusprolaps mit Verdacht auf Kompromittierung des linken Rezessus lateralis und der linksseitigen L5-Wurzel (MRI 2/2008), eine muskuläre Dysbalance, vegetative Symptome aufgrund therapierefraktärer Schmerzsituation sowie eine Hypermobilität diagnostiziert worden waren. Die beklagten Probleme waren aufgrund der guten Leistungsbereitschaft sowie der ungünstig hohen statischen bzw. repetitiven Arbeitsanteile (häufiges Stehen an Ort und Rotation im Stehen bei Stanzarbeiten) als nachvollziehbar und plausibel erachtet worden. Angestammt sei die Versicherte zu 50% und adaptiert zu 100% arbeitsfähig (Austrittsbericht vom 24. Juli 2008, Fremdakten act. G 4.2).

A.c Dr.med. B.\_\_\_\_, Praktischer Arzt FMH, führte gegenüber RAD-Arzt Dr.med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation



FMH, am 23. Oktober 2009 aus, bei der Versicherten bestehe ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei Status nach Diskushernienoperation am 23.03.2009, Diskusdegeneration L4/5 und L5/S1 mit Spondylarthrose und postoperativer Narbe L4/5 links, die linke L5 Wurzel in ihrem Abgangsbereich umschliessend (MRI vom 03/2009). Aktuell sei keine Tätigkeit ausübbar (IV-act. 14). Gestützt auf die RAD-Beurteilung vom 23. Oktober 2009 (IV-act. 9) ging die IV-Stelle im Triageprotokoll vom 23. November 2009 von einer adaptiert 100 %igen und in der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in einer Metallbaufirma von einer einstweilen 50 %igen, innert drei Monaten auf 100 % steigerbaren Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 15). Gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen schilderte die Versicherte am 15. Dezember 2009, dass es ihr ganz schlecht gehe; sie sei am Vortag noch zur Arbeit gegangen und habe, statt sich krank zu melden, Ferien eingegeben bis zum 18. Dezember 2009. Sie wolle die Arbeitsstelle nicht verlieren und setze alles daran, diese zu erhalten (IV-act. 22). Im Ergebnis-Protokoll nach Assessmentgespräch vom 8. Februar 2010 wurde vermerkt, der Arbeitgeber könne die Versicherte mit reduziertem Pensum nicht weiterbeschäftigen. Eine Kündigung sei absehbar (IV-act. 21). Die Eingliederungsverantwortliche hielt im Verlaufsprotokoll per 28. Juli 2010 fest, gemäss telefonischer Auskunft von Dr. B.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2010 bestehe absolut keine Chance mehr, dass die Versicherte wieder arbeitsfähig werde. Sie habe täglich starke Schmerzen, die Therapien seien ausgeschöpft; nur noch starke Schmerzmittel könnten eingesetzt werden. Die Versicherte habe sich gegen seinen Rat gequält und sei weiterhin zur Arbeit gegangen. Der Verlauf sei fatal und schlecht (IV-act. 31). In einem vom RAV vermittelten Einsatzprogramm bei der Stiftung D.\_\_\_\_ vom 4. Oktober bis 30. November 2010 wies die Versicherte 17 Fehltag wegen Schmerzen auf. Die Leistung liege klar unter 50 %. Die Betreuenden hielten fest, die Schmerzen seien so dominierend, dass keine berufliche Perspektive entwickelt werden könne (Schlussbericht vom 22. Dezember 2010, IV-act. 38). Ein weiteres Einsatzprogramm bei der E.\_\_\_\_ in F.\_\_\_\_ musste am 11. März 2011 wegen eines Schmerzurückfalls abgebrochen werden (Verlaufsprotokoll Eingliederungsverantwortliche vom 30. März 2011, IV-act. 40; Arztzeugnis Dr. B.\_\_\_\_ vom 11. März 2011, IV-act. 52-3).

A.d Die Eingliederungsverantwortliche schloss die Arbeitsvermittlung am 1. April 2011 ab (Schlussbericht berufliche Eingliederung, IV-act. 41), und die IV-Stelle teilte der Versicherten am 21. April 2011 mit, es bestehe kein Anspruch auf berufliche



## St.Galler Gerichte

Massnahmen, da diese aufgrund des Gesundheitszustandes nicht möglich seien (IV-act. 46).

A.e Dr. B.\_\_\_\_ erwähnte im Arztbericht vom 12. Juli 2011 zusätzlich eine Depression. Die Versicherte leide unter starken bewegungsabhängigen Schmerzen. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit 23. Februar 2010 eine 50 bis 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Eventuell betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % für Tätigkeiten ohne schwere Hebearbeiten und Arbeiten in Zwangshaltung (IV-act. 54-1 ff.). Die Ärzte der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) führten im Arztbericht vom 14. September 2011 aus, da die Versicherte auch eine neuropathische Komponente des Radikulärsyndroms L5 aufweise, sei schmerzbedingt eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und damit der Leistungsfähigkeit denkbar. Dies könne nur durch entsprechende neuropsychologische Tests evaluiert werden. Bezüglich der körperlichen Leistungsfähigkeit werde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) empfohlen (IV-act. 59).

A.f RAD-Arzt Dr.med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, Praktischer Arzt, postulierte am 19. März 2012, es dürfe in der angestammten und einer adaptierten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen (IV-act. 62), und stellte am 18. April 2012 fest, es lägen keine neuen medizinischen Erkenntnisse vor (IV-act. 65).

A.g Die IV-Stelle erliess am 21. Juni 2012 einen Vorbescheid auf Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 68).

A.h Auf Initiative von Dr. B.\_\_\_\_ erfolgte am 12. Juli 2012 eine Abklärung in der Klinik Valens. Dort wurden eine mittel- bis schwergradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie ein chronisches lumboradikuläres Syndrom L5 links und ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom linksbetont (ICD-10: M54.5; Status nach Nukleotomie L4/5 bei sequestrierter Diskushernie L4/5 03/09, bildgebend aktuell Narbengewebe im Spinalkanal mit Kontakt zur linken Nervenwurzel L5 [MRI 6/2012], Wirbelsäulenfehlhaltung, muskuläre Dysbalance, Hyperlaxizität) diagnostiziert. Die somatischen Befunde erklärten die aktuell vorliegenden Einschränkungen in den Alltagstätigkeiten nur teilweise. Es liege zusätzlich eine ausgeprägte psychiatrische Problematik vor, die aktuell im Vordergrund



## St.Galler Gerichte

stehe. Die geplante Aufnahme in die psychiatrische Tagesklinik sei sehr zu unterstützen. Bis zur Besserung des depressiven Zustandsbilds bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 69-5 ff.).

A.i Die Versicherte erhob am 21. August 2012 gegen den Vorbescheid vom 21. Juni 2012 Einwand; eine Arbeitsfähigkeit von 100 % sei nicht ausgewiesen, vielmehr sei von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (IV-act. 69-1 ff.).

A.j Dr.med. H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, stellte gemäss Arztbericht vom 31. Oktober 2012 die Diagnosen einer chronischen Lumboischialgie links, aktuell ohne Hinweise auf lumbale Radikulopathie, bei Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, sowie eines Status nach Bandscheibenoperation LWK 4/5 2009. Auf neurologischem Fachgebiet sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden (IV-act. 73-2 ff.).

A.k Im Verlaufsbericht vom 21. Januar 2013 hielten die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums I.\_\_\_\_ fest, die Versicherte werde seit 3. Juni 2012 ambulant behandelt. Der Gesundheitszustand sei stationär. Eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik habe die Versicherte abgelehnt, da ein Mindestpensum von 60 % verlangt werde und sich die Schmerzen während der Ergotherapie spätestens nach bereits einer Stunde verstärken würden. Die Prognose sei bei Depression und Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung eher ungünstig (IV-act. 83).

A.l PD Dr.med. J.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, hatte gemäss Arztbericht vom 18. Januar 2013 eine Fusion des Segments L4/5 für indiziert erachtet (IV-act. 88-3 ff.) und führte die Operation am 2. April 2013 aus (Re-Dekompression L4/5 links mit Neurolyse L5; Diskektomie L4/5 und PLIF-Stabilisierung mit T-PAL Cage; Dorsale Instrumentation L4/5 und Expedium-Implantat; dorsale bzw. dorsolaterale Spondylodese L4/5 mit Dekompressionseigenknochen; Operationsbericht, IV-act. 100-7 f.).

A.m Das Psychiatrie-Zentrum I.\_\_\_\_ hielt im Arztbericht vom 18. Juli 2013 die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.10) sowie einer andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom



(ICD-10: F62.80) fest. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Versicherte leide an einer depressiven Störung und chronischem Schmerzsyndrom mit geringer Konzentrationsfähigkeit, Belastbarkeit und Stresstoleranz sowie chronischer Ermüdbarkeit. Prognostisch sei von einer anhaltenden Erkrankung und somit dauernden Arbeitsunfähigkeit auszugehen (IV-act. 99-1 ff.).

A.n Anlässlich eines Rehabilitationsaufenthaltes vom 19. September bis 9. Oktober 2013 in der Klinik Valens wurden die Diagnosen eines chronischen weichteilrheumatischen Beschwerdebildes sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), gestellt. Die Versicherte habe anfänglich eine sehr verminderte körperliche Belastbarkeit und Dekonditionierung gezeigt. Trotzdem sei sie sehr motiviert gewesen und habe sich aktiv am Therapieprogramm beteiligt. Eine signifikante Schmerzlinderung sei nicht erreicht worden, die Versicherte sei aber mit dem erzielten Ergebnis (geringere Einschränkung im Alltag) zufrieden und habe psychisch und körperlich in gebessertem Zustand entlassen werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis Ende Oktober (anschliessend vom nachbehandelnden Psychiater weiter zu beurteilen). Mittelfristig erscheine eine 50 %ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselnd belastende Tätigkeit wieder erreichbar (Austrittsbericht vom 29. Oktober 2013, IV-act. 103-1 ff.).

A.o Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch das Zentrum für medizinische Begutachtung (ZMB) Basel begutachtet (Untersuchungen 2.-6. Juni 2014; Dr.med. K.\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr.med. L.\_\_\_, Neurologie; Dr.med. M.\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr.med. N.\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie; Dr.med. O.\_\_\_, Rheumatologie). Interdisziplinär stellten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen: ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung und leichter radikulärer Sensibilitätsstörung L5 im linken Bein, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, sowie eine dissoziative Störung gemischt (= Konversionsstörung), differenzialdiagnostisch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Aufgrund der Befunde im Bewegungsapparat sowie des neurologischen Befundes müsse der Versicherten eine hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in allen körperlich belastenden, insbesondere rückenbelastenden



## St.Galler Gerichte

Tätigkeiten, Tätigkeiten, die in Zwangshaltung oder mit regelmässiger Rotationsbewegung ausgeübt werden müssen und die verbunden seien mit regelmässigem Heben und Halten von Lasten über 5 kg, zugestanden werden. Hingegen sei die Versicherte aus somatischer Sicht in der Lage, eine leichte, rückenadaptierte Tätigkeit auszuüben, bei der sie ihre Körperhaltung ändern könne und die nicht mit einer Zwangshaltung verbunden sei. Wegen der Schmerzproblematik bestehe eine Einschränkung auch in adaptierter Tätigkeit, die mit 30 % gewichtet werde. Die psychischen Komponenten wiesen medizinisch einen Krankheitswert auf, der mit 20 % zu gewichten sei. Die Einschränkungen seien additiv zu beurteilen, womit die Versicherte auch in adaptierten Tätigkeiten medizinisch als zu 50 % arbeitsunfähig zu beurteilen sei (Gutachten vom 15. Juli 2014; IV-act. 120).

A.p Mit Vorbescheid vom 10. Oktober 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 125; Arbeitsfähigkeit 70 %, Invaliditätsgrad 32 %). Hiergegen erhob die Versicherte am 7. November 2014 Einwand. Der Vorbescheid gehe davon aus, dass eine rechtlich relevante psychisch bedingte Arbeitsfähigkeit nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht vorliege. Dies treffe nicht zu. Beim Einkommensvergleich erscheine ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15 % gerechtfertigt (IV-act. 126).

A.q Mit Verfügung vom 9. Dezember 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um Rente ab. Es könne keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere angenommen werden. Psychiatrische und somatische Arbeitsunfähigkeiten seien somit nicht zu addieren. Bei Teilpensen werde Frauen kein Tabellenlohnabzug gewährt (IV-act. 127).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 9. Dezember 2014 lässt A.\_\_\_\_ am 8. Januar 2015, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. R. Braun, Beschwerde erheben. Die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihr eine Invalidenrente zuzusprechen. Die angefochtene Verfügung stütze sich in somatischer Hinsicht auf das ZMB-Gutachten vom 15. Juli 2014. Die lumbalen Schmerzen hätten gemäss Gutachten eindeutig erklärt werden können. Die angefochtene Verfügung gehe



davon aus, dass eine rechtlich relevante psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nach höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht vorliege. Dies treffe nicht zu. Weder im somatischen noch im psychischen Bereich liege ein unklares Beschwerdebild vor. Die psychischen Beschwerden würden mit den somatischen Einschränkungen zumindest teilweise zusammenhängen. Die Invalidität könne deshalb für die beiden Bereiche nicht getrennt bemessen werden. Abgesehen davon seien bei zuverlässig diagnostizierten psychiatrischen Befunden die fachärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitsschadens und der Arbeitsunfähigkeit massgebend. Das Invalideneinkommen sei auf ein Pensum von 50 % zu korrigieren. Weiter sei ein Abzug von 15 % gerechtfertigt. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 50 %, auf jeden Fall seit der stationären Behandlung in der Klinik Valens vom Juni/Juli 2008 (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. März 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das ZMB-Gutachten erfülle die von der Rechtsprechung aufgestellten Voraussetzungen eines beweiskräftigen Gutachtens. Aufgrund der im Gutachten erwähnten pathologischen Befunde erscheine es plausibel, dass die Beschwerdegegnerin auch in behinderungsangepasster Tätigkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 30 % eingeschränkt sei. Beim vorliegenden Krankheitsbild beurteile sich die Frage, inwieweit die Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht als invalidisierend im rechtlichen Sinne anzuerkennen sei, nach der mit BGE 130 V 352 begründeten Rechtsprechung. Aufgrund des ausgewiesenen Zusammenhangs zwischen den schmerzbedingten Beschwerden und der im Begutachtungszeitpunkt leichtgradig ausgeprägten Depression gelte diese invalidenversicherungsrechtlich nicht als erhebliche psychische Komorbidität. Bei gesamthafter Betrachtung lägen die nach der Rechtsprechung erforderlichen Kriterien nicht in genügender Weise vor, um das syndromale psychische Leiden als invalidisierend anzusehen. Ein Tabellenlohnabzug sei nicht anzuerkennen. Es resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 36 % (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 24. März 2015 macht die Beschwerdeführerin geltend, es treffe nicht zu, dass es an einem somatischen Korrelat für ein syndromales Leiden fehle. Ein Leidensabzug sei gerechtfertigt, weil der Beschwerdeführerin gemäss Gutachten maximal leichte, wechselbelastende und rükkendadaptierte Tätigkeiten ohne jegliche Zwangshaltungen oder repetitive Rotationsbelastungen möglich seien. Zudem bedürfe



sie gehäufter Pausen. Die verbleibende Leistungsfähigkeit könne damit nicht "am Stück" verwertet werden. Der Arbeitsplatz müsse trotz reduziertem Rendement den ganzen Tag zur Verfügung gehalten werden (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8).

### Erwägungen

1.

Umstritten und zu beurteilen ist, ob der Beschwerdeführerin ein Rentenanspruch zusteht.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).



1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; Urteil vom 1. Dezember 2015, 8C\_586/2015, E. 2). 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; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 9. Dezember 2014 bildet das ZMB-Gutachten vom 15. Juli 2014 (IV-act. 120). Es ist zunächst zu prüfen, ob darauf abgestellt werden kann. Die rheumatologische Gutachterin, der orthopädische und der neurologische Gutachter beschrieben im Befund hauptsächlich starke Druckdolenzen und heftigste Schmerzen lumbal links auch bei der Untersuchung der Hüfte sowie eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule. Die rheumatologische Gutachterin hielt für sehr wahrscheinlich, dass ein Teil der Beschwerden durch die Veränderungen in dem Segment unter der Stabilisation zustande komme; zudem werde dieses Segment infolge der Stabilisation des Segmentes L4/5 auch noch deutlich mehr belastet, was wiederum zu vermehrten Schmerzen führen könne. Neben diesen klaren radiologischen Befunden müsse jedoch festgestellt werden, dass die gesamte Präsentation der Versicherten auch für eine



zusätzliche nichtorganische Schmerzkomponente spreche (IV-act. 120-30). Der neurologische Gutachter führte aus, bei der aktuellen Untersuchung finde sich hauptsächlich ein ausgedehntes Schmerzsymptom im Bereich von Kreuz und Gesäss linksseitig. An Befunden, die auf eine radikuläre Ausfallsymptomatik hinweise, gebe es einzig eine dem Dermatome L5 zuzuordnende Gefühlsstörung links. Eindeutige motorische Ausfälle seien nicht vorhanden. Die extreme Druckempfindlichkeit paravertebral links auch im Gesäss links lasse sich nur schlecht erklären. Es seien deshalb auch zusätzlich nichtsomatisch bedingte Schmerzen anzunehmen (IV-act. 120-43). Der orthopädische Gutachter stellte (im Gegensatz zur rheumatologischen Gutachterin) einen extrem erhöhten paralumbalen Muskeltonus mit erhöhter Spastizität und muskulärer Dysbalance bzw. einen muskulären Hartspann fest (IV-act. 120-27, 36, 38, 41). Er vermutete, dass eine Überlastung der L5/S1-Etage zustande gekommen sei, als Folge der darüber liegenden Spondylodese von L4 auf L5 mit Aktivierung einer präsakralen Spondylarthrose und einer lumbosakralen Nearthrose links, wie bildgebend habe dargestellt werden können. Damit nahm er offensichtlich Bezug auf eine erst nach der Schlussbesprechung durchgeführte CT am 24. Juni 2014. Diese ergab arthrotische Veränderungen und eine Nearthrosebildung, womit die geklagten lumbalen Schmerzen (mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität) eindeutig erklärt werden könnten (IV-act. 120-39, 59). Gesamthaft schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht für eine leichte, rückenadaptierte Tätigkeit auf 70% (IV-act. 120-56).

2.2 Der psychiatrische Gutachter legte dar, psychiatrischerseits lasse sich eine psychosomatische Krankheit beziehungsweise Überlagerung der somatisch nur teilweise erklärbaren Phänomene konstatieren. Diese könne man einerseits als anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren, andererseits wegen der starken pseudoneurologischen Phänomene im linken Bein mit starkem Brennen und mit Parästhesien differenzialdiagnostisch auch als eine Konversionsstörung festhalten. Er habe letztere Diagnose vorgezogen, weil auch eine deutlich histrionisch strukturierte Persönlichkeit vorliege, was zu einer Konversionsstörung passe. In der Vorgeschichte liessen sich wenig Auffälligkeiten finden. Ein wesentliches und offensichtlich auslösendes Moment bei der Entwicklung der psychosomatischen Krankheit spiele die Totgeburt eines Kindes im sechsten Schwangerschaftsmonat 20\_\_\_. Die Beschwerdeführerin sei diesem Thema gegenüber sehr zurückhaltend, was für eine Abwehr des belastenden Ereignisses und eine wahrscheinliche Transformation



desselben in psychosomatische Beschwerden spreche. Es werde auch deutlich, dass die Beschwerdeführerin sich von den Ärzten nicht adäquat behandelt gefühlt habe. Daraufhin habe sie 2012 impulsiv einen ernsthaften Suidzidversuch mit Tabletten und Alkohol unternommen. Aktuell finde sich eine als leichtgradig einzustufende, vorwiegend apathisch-depressive Symptomatik, wobei in der Vergangenheit immer wieder schwere depressive Episoden festgehalten seien. Unabhängig vom psychosomatischen Leiden lasse sich eine rezidivierende depressive Störung feststellen, wobei psychodynamisch selbstverständlich argumentiert werden könnte, dass die psychosomatische Symptomatik Ausdruck einer dahinter stehenden Depression sei (IV-act. 120-49 f.). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht partiell eingeschränkt (IV-act. 120/50), und zwar zu 20%, die zur somatisch beurteilten Arbeitsunfähigkeit hinzu zu rechnen sei (IV-act. 120-56 f.).

2.3 Das Gutachten erhebt und würdigt Anamnese und Befunde umfassend und ist hinsichtlich Diagnostik und Schätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Offensichtlich ergab sich im Rahmen der Konsenskonferenz die Notwendigkeit weiterer bildgebender Abklärungen (Röntgenaufnahme in Schrägstellung der LWS mit nicht ausreichender Klarheit und nachfolgender CT-Aufnahme mit eindeutigen Ergebnissen (vgl. IV-act. 120-37 und 59). Gerade dieses Vorgehen zeigt auf, dass die Gutachter insbesondere den somatischen Beschwerden sorgfältig nachgingen und Unklarheiten, wie sie die rheumatologische Gutachterin bzw. der neurologische Gutachter in ihren Einzeldisziplinen äusserten (vgl. IV-act. 120-30 und 43), beseitigen konnten, was namentlich die lumbalen Beschwerden betraf. Das umfassende Gutachten erscheint insgesamt nachvollziehbar und schlüssig. Es kann darauf abgestellt werden, was auch die Parteien nicht bestreiten.

2.4 Umstritten ist die Berücksichtigung des psychiatrisch bedingten Anteils der Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Die diagnostizierte dissoziative Störung gemischt (Konversionsstörung, ICD-10: F44.7) gehört zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2013, 8C\_311/2013, E. 4; BGE 139 V 346 E. 2, mit Verweis). Das Bundesgericht hat die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, in BGE 141 V 281 aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 294 f.).



E. 3.5 f.). 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 einerseits den funktionellen Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (zit. Urteil E. 4.3.1), beinhaltend die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten, die Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, Persönlichkeitsentwicklung und -struktur; zit. Urteil E. 4.1.3, 4.3.2) und den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie andererseits die Konsistenz (zit. Urteil E. 4.1.3, 4.4). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se. Mit Blick auf die beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens ist jedoch in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3).

2.5 Der psychiatrische Gutachter führte aus, es seien keine Hinweise auf das Vorliegen einer organisch bedingten kognitiven Leistungseinbusse oder Persönlichkeitsstörung vorhanden; die formalen Gedankengänge seien in sich kohärent und logisch. Das inhaltliche Denken werde geprägt von Ängsten von einer weiteren Zunahme des Rückenleidens. Sonstige inhaltliche Denkstörungen, Ich- oder Wahrnehmungsstörungen beständen nicht (IV-act. 120-48). Es liege eine Abhängigkeit von Tramal vor (IV-act. 120-49). Bezüglich der Foerster-Kriterien könne angemerkt werden, dass eine körperliche Begleiterkrankung und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unverändert progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission bestehe. Psychiatrisch finde sich eine rezidivierende depressive Störung mit unterschiedlich ausgeprägten Episoden, die unabhängig vom psychosomatischen Leiden bestehe (IV-act. 120-50, 51). Deren Auslöser sei die Fehlgeburt im Jahr 20\_\_ gewesen, die offensichtlich nie aufgearbeitet worden sei (IV-act. 52, 55). Von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Therapie könne insofern nicht gesprochen werden, als die somatischen Resultate per se als befriedigend zu beurteilen seien und auf der Ebene von psychosomatischen Leiden somatische Therapieansätze a priori zum Scheitern verurteilt seien oder allenfalls einen kurzen Zwischenerfolg zeigen könnten (IV-act.



120-51). Sozial lebe die Beschwerdeführerin eher zurückgezogen; sie ertrage Mitleid anderer Personen nicht. Sie verfüge über gute Kontakte zu Familienmitgliedern, die ihre Leiden akzeptieren könnten (IV-act. 120-48, 50 f.). Über einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung im Sinne eines primären Krankheitsgewinnes könne nichts gesagt werden, da die Beschwerdeführerin auf psychischer Ebene keine Probleme sehe und lange auch eine psychiatrische Behandlung abgelehnt habe, trotz oder vielleicht auch gerade wegen der Totgeburt 20\_\_\_. Zur Persönlichkeit legte der Gutachter dar, es könne von einer Dominanz von apathisch-gehemmt depressiven Symptomen, begleitet von einer gewissen Steuerbarkeit und Labilität des Affektes mit deutlich histrionischen Komponenten gesprochen werden (IV-act. 120-47). Die histrionische Charakterstruktur weise charakteristische Zeichen einer gewissen affektiven Labilität und Suggestibilität, auch einer gewissen Akzentuierung und Dramatisierungstendenz ihrer körperlichen Beschwerden auf. Dass die Beschwerdeführerin darüber hinaus inkonsistente Verhaltensweisen gezeigt hätte, wird im Gutachten nicht festgehalten (vgl. IV-act. 120-54 ff.).

2.6 Das Gutachten würdigt die Vorakten und die Angaben der Beschwerdeführerin umfassend. Die Aufteilung der Beschwerden in eine somatische (Arthrose, Nearthrose) und in eine psychiatrische Komponente (dissoziative Störung gemischt und revidierende depressive Störung) erscheint schlüssig begründet. Die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % - zusätzlich zur somatisch bedingten von 30 % (IV-act. 120-56 f.) - berücksichtigt die massgeblichen Indikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits. Es ist nicht ersichtlich, dass hier wesentliche Punkte unbeachtet geblieben wären, so dass auf die medizinische (psychiatrische) Beurteilung abzustellen ist. Die Beurteilung im Rahmen der Rechtsanwendung kann daher nicht dazu führen, dass diese nochmals anders gewürdigt werden (vgl. BGE 141 V 307, E. 5.2.3). Plausibel erscheint auch der von den Gutachtern angenommene Verlauf, wonach die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit seit 20\_\_ und die somatisch bedingte seit 2009 (erster operativer Eingriff am Rücken) besteht (IV-act. 120-57). Sodann hält die rheumatologische Gutachterin fest, nach beiden operativen Eingriffen habe eine sechsmonatige 100 %ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden (IV-act. 120-31), was



nachvollziehbar erscheint, auch wenn dies in der Zusammenfassung nicht mehr vermerkt wurde. Es ist demnach von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit vom 23. März 2009 (vgl. Bericht Neurochirurgie KSSG vom 8. September 2009, IV-act. 11-1 f.) bis 30. September 2009, von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. Oktober 2009 bis zum 31. März 2013, von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit vom 1. April 2013 (zweite Operation am 2. April 2013, IV-act. 100-7 f.) bis 30. September 2013 und einer seitherigen Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen.

3.

3.1 Bei Anmeldung am 6. Oktober 2009 (IV-act. 4) beginnt ein allfälliger Rentenanspruch vorliegend mit Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b am 22. März 2010 frühestens am 1. April 2010 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Das Jahr 2010 ist demnach massgebend für den Einkommensvergleich (BGE 129 V 222).

3.2 Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin P.\_\_\_\_ AG (vormals Q.\_\_\_\_ AG, IV-act. 13-2) arbeitete die Beschwerdeführerin seit 19. Januar 1993 in diesem Betrieb als Produktionsmitarbeiterin und hätte ab 1. Januar 2009 ein Jahreseinkommen von Fr. 53'690.-- erzielt (Angaben der Arbeitgeberin vom 18. November 2009, IV-act. 17-2 f.). Dies entspricht in etwa den Lohnbezügen, wie sie im Auszug aus dem individuellen Konto (IK) der Jahre 2003 bis 2006 wiedergegeben sind (IV-act. 13-2); das tiefere Einkommen im Jahr 2007 ist auf die Krankheitsabsenzen zurückzuführen (vgl. IV-act. 17-14). Über eine berufliche Ausbildung verfügt die Beschwerdeführerin nach eigenen Angaben nicht (IV-act. 1-5). Die Eingliederungsverantwortliche hielt im Schlussbericht vom 1. April 2011 fest, die Beschwerdeführerin habe ihren Arbeitsplatz aufgrund der Schmerzen verloren (IV-act. 41). Es ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall weiterhin am bisherigen Arbeitsplatz tätig geblieben wäre. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ist für das Jahr 2010 von einem Valideneinkommen von Fr. 54'258.-- auszugehen (Nominallohnindex Frauen 2009: 2552, 2010: 2579; Informationsstelle AHV/IV, Invalidenversicherung Ausgabe 2015, Anhang 2).

3.3 Der Bemessung des Invalideneinkommens ist das Durchschnittseinkommen Anforderungsniveau 4 Frauen des Jahres 2010 von Fr. 52'728.-- (Lohnstrukturerhebung



[LSE] 2010, Informationsstelle AHV/IV, Invalidenversicherung Ausgabe 2015, Anhang 2) zugrunde zu legen. Entsprechend der Arbeitsfähigkeit von 50 % ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 26'364.--. Ohne Tabellenlohnabzug ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'258.-- ein Invaliditätsgrad von 51,4 %. Die Beschwerdeführerin macht einen Tabellenlohnabzug von 15 % geltend. In Anbetracht des im Wesentlichen auf rückschonende Tätigkeiten und eine Gewichtslimite von 5 kg beschränkten Zumutbarkeitsprofils (IV-act. 120-56, 62) sowie der Tatsache, dass die schmerzbedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der geschätzten Arbeitsfähigkeit von 50 % mitberücksichtigt ist (IV-act. 120-31, IV-act. 120-56 f.), ist ein höherer Abzug jedenfalls nicht gerechtfertigt. Ob ein Tabellenlohnabzug von 10 % oder 15 % zu gewähren ist, kann indes offen bleiben, denn selbst unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 15 % resultiert ein Invaliditätsgrad von 58,7 % und damit kein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

3.4 Die Beschwerdeführerin hat nach dem Gesagten ab 1. April 2010 Anspruch auf eine halbe Rente. Die vom 1. April bis 30. September 2013 bestehende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der zweiten Operation (E. 2.6) ist vom 1. Juli 2013 bis 31. Dezember 2014 rentenwirksam (Art. 88a Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Somit hat die Beschwerdeführerin vom 1. April 2010 bis 30. Juni 2013 Anspruch auf eine halbe, vom 1. Juli 2013 bis 31. Dezember 2013 auf eine ganze und ab 1. Januar 2014 wiederum auf eine halbe Rente.

4.

4.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 9. Dezember 2014 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2010 eine halbe Rente, ab 1. Juli 2013 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2014 wiederum eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 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



## St.Galler Gerichte

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

4.3 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 9. Dezember 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. April 2010 eine halbe Rente, ab 1. Juli 2013 eine ganze Rente und ab 1. Januar 2014 wiederum 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.