



**Fall-Nr.:** IV 2011/299  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.09.2013  
**Entscheiddatum:** 05.09.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 05.09.2013**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Rentenbeginn. Das orthopädisch-  
psychiatrische MEDAS-Gutachten ist beweistauglich, wonach die geklagten  
Beschwerden im Wesentlichen psychisch bedingt sind. Anerkennung einer  
Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Grund einer erheblichen psychischen  
Komorbidität im Umfang von 50 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit (E.  
2.2 - 2.4). Rentenbeginn ab Verschlechterung der Gesundheitszustands und  
damit mindestens 40 %-iger Erwerbsunfähigkeit, bei bereits vorher  
bestandenem Wartejahr (E. 2.6) (Entscheid des Versicherungsgerichts des  
Kantons St. Gallen vom 5. September 2013, IV 2011/299). Bestätigt durch  
Urteil des Bundesgerichts 8C\_756/2013.**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Marie-  
Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Entscheid vom 5. September 2013

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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



## St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 30. September 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Umschulung, Rente) an (act. G 6.1/1). Ein von der IV-Stelle St. Gallen eingeholtes Gutachten der Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI), Basel, ergab die Diagnose eines unklaren Schmerzsyndroms inguinal/gluteal beidseits (R52.9) bei Status nach Hüft-Totalprothese beidseits im Februar 2005 sowie eine leichte depressive Episode (F32.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter eine Schmerzverarbeitungsstörung (F54) sowie einen Status nach rezidivierendem Lumbovertebralsyndrom (M54.5). Die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellte im Gastgewerbe erachteten die Gutachter aus somatischer Sicht noch zu 50 % als zumutbar. Psychiatrisch sei die Leistungsfähigkeit um 20 % eingeschränkt, wobei sich dies nicht zusätzlich auf die Gesamtarbeitsfähigkeit auswirke. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt. Auf Grund der leichten depressiven Episode sei gesamtmedizinisch von einer 80 %-igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit auszugehen (act. G 6.1/56.18 f.).

A.b In der Folge wies die IV-Stelle die Leistungsgesuche (berufliche Massnahmen, Rente) mit Verfügungen je vom 10. September 2007 ab (act. G 6.1/72 f.). Mit Entscheid vom 29. Mai 2009 hob das hiesige Versicherungsgericht die Verfügungen auf und ordnete an, es seien die Berichte der Klinik Balgrist vom 22. März 2007 sowie eine Eingabe der Versicherten vom 15. August 2007 zu berücksichtigen, wonach weitere Abklärungen bzw. Behandlungen anständen. Insbesondere gehe Prof. Dr. B.\_\_\_\_ davon aus, dass die Hüftbeschwerden am ehesten auf einem extraartikulären sowie einem



intraartikulären Impingement zwischen Trochanter und Becken bzw. Prothesenhals und hinterem Pfannenrand bzw. einem Iliopsoasimpingement beruhten und damit möglicherweise eine somatische Ursache haben könnten (act. G 6.1/97).

B.

B.a Die IV-Stelle holte weitere Arztberichte beim Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, sowie beim Psychiatrischen Zentrum D.\_\_\_\_ (Dr. med. E.\_\_\_\_) ein (act. G 6.1/103 und 104). Da seit der ABI-Begutachtung weitere orthopädische und psychiatrische Diagnosen hinzugekommen seien, ordnete die IV-Stelle auf Anregung des RAD Ostschweiz eine grundsätzliche Neubeurteilung durch die Medas Ostschweiz an (act. G 6.1/106 und 107).

B.b Diese erfolgte vom 12. bis 17. August 2010. Im entsprechenden Gutachten vom 21. September 2010 diagnostizierten die Experten (mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen, persistierende Schmerzen und endgradige Bewegungseinschränkung bei Status nach beidseitiger Implantation eines künstlichen Hüftgelenks 02/05 bei kongenitaler Hüftdysplasie beidseits, radiologisch unauffällige Implantatlage ohne Hinweis auf Lockerung, ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit leichter klinischer Symptomatik und geringen radiologisch feststellbaren degenerativen Veränderungen im unteren LWS-Abschnitt mit/bei Beinlängenverkürzung links -2 cm, generalisierte Tendomyosen panvertebral und an den Extremitäten mit vegetativen Begleitbeschwerden sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen. Die angestammte Tätigkeit in einem Restaurant sei ab September 2005 (IV-Anmeldung) orthopädisch nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten ohne Belastung der unteren Extremitäten kämen durchaus in Frage. Dabei sollte es sich vorwiegend um eine sitzende Arbeit mit der Möglichkeit des Aufstehens und Umhergehens handeln. Repetitives Heben von Lasten über maximal 10 kg sollte nicht erfolgen, gelegentlich erlaubt. Hockende oder kniende Tätigkeiten sollten vermieden werden. In einer solchen Tätigkeit sei orthopädischerseits keine wesentliche Einschränkung auszumachen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit dagegen um 50 % eingeschränkt. Die psychische Verschlechterung könne spätestens seit Anfang 2009 als ausgewiesen gelten (act. G 6.1/110.15 ff.).



## St.Galler Gerichte

B.c Mit Mitteilung vom 3. Januar 2011 wies die IV-Stelle berufliche Massnahmen erneut ab (act. G 6.1/117). Mit Verfügung vom 16. August 2011 sprach sie der Versicherten sodann eine Viertelsrente ab 1. Januar 2010 zu (act. G 6.1/152 und 156).

C.

C.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 19. September 2011 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Der Beschwerdeführerin sei ab dem 1. März 2005 eine angemessene, mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Gutachten, auf das sich die Beschwerdegegnerin stütze, gebe keine Antwort auf die von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ aufgeworfene Frage der Schmerzsymptomatik, die wesentlich für den Rückweisungsentscheid des Versicherungsgerichts gewesen sei. Insgesamt bleibe unbeantwortet, ob die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden gemäss Ausführungen der Uniklinik Balgrist objektivierbar seien oder nicht. Es fehle auch eine Begründung, weshalb der (orthopädischen) Beurteilung der ABI hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten gefolgt werden könne. Zum Rentenbeginn sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss Arztberichten seit März 2004 in ihrer angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dies halte auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2010 fest. Weshalb die einjährige Wartefrist erst Anfang 2009 beginnen soll, sei nicht erklärbar. Vielmehr sei die Rentenfrage mit Beginn per März 2005 zu prüfen. Schliesslich sei bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ein Leidensabzug von 15 - 20 % vorzunehmen, womit die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (act. G 1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2011 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Zudem sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch habe. Rechtsprechungsgemäss gelte eine mittelschwere depressive Störung als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung und nicht als selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität. Eine schwere depressive Störung sei nicht ausgewiesen. Die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung müsse sich daher aus den weiteren diesbezüglich relevanten Kriterien ergeben. Diese Kriterien seien bei der Beschwerdeführerin nicht



hinreichend erfüllt, sodass von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auszugehen sei. Schliesslich sei auch kein Leidensabzug vorzunehmen, sei doch nicht anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin unausweichlich eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müsse. Die qualitativen Einschränkungen minderten die wirtschaftliche Verwertbarkeit des Restleistungsvermögens kaum (act. G 6).

C.c Mit Replik vom 29. März 2012 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Trotz erklärbarer Beschwerden lehne die Gutachterin Dr. F.\_\_\_\_ eine operative Revision ab, obwohl die behandelnden Ärzte Dres. B.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ eine solche befürworteten. Dies sei mittels Oberbegutachtung abzuklären. In psychiatrischer Hinsicht sei festzustellen, dass eine depressive Störung keinen unklaren syndromalen Zustand darstelle, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zur Anwendung gelangen würden. Die Diagnose des psychiatrischen Gutachters sei breit abgestützt. Insbesondere könne nicht aus dem angeblichen Fehlen von behaupteten charakteristischen Merkmalen darauf geschlossen werden, dass eine schwere Ausprägung der depressiven Störung nicht dargetan sei. Dr. Z.\_\_\_\_ habe sodann ausgeführt, dass die mittelschwere bis schwere depressive Episode nur zu 50 % überwindbar sei. Für den Schluss der Beschwerdegegnerin, wonach keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzuerkennen sei, existiere weder Begründung noch Rechtfertigung, bestehe doch nach Ansicht der Gutachter (auch der ABI) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Bereich aus psychischen Gründen von 20 % bis 50 % (act. G 12). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 14).

Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2012 sind die im Zug des ersten Teils der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes



über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Der zu beurteilende Sachverhalt geht zurück auf das Jahr 2005. Da sich die Definition der Invalidität und die damit zusammenhängenden Begriffe mit der genannten Revision nicht geändert haben, werden nachfolgend - soweit nicht anderweitig angegeben - die seit dem 1. Januar 2012 gültigen Bestimmungen wiedergegeben.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3b).

1.4 Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Den diesen Anforderungen



genügenden Berichten der regionalen ärztlichen Dienste der IV-Stellen (RAD; Art. 59 IVG und 47 ff. IVV) kommt ebenfalls Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Februar 2011, 9C\_8/2011, E. 4.1.2 mit Hinweisen).

2.

2.1 Das hiesige Gericht ging in seinem Urteil vom 29. Mai 2009 gestützt auf die Berichte von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. März 2007 davon aus, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen - entgegen der Auffassung der ABI - durchaus eine somatische Ursache haben könnten und ordnete deshalb an, dass die weiteren Untersuchungen und allfälligen weiteren Behandlungsergebnisse der Klinik Balgrist abzuwarten seien. Inzwischen steht nun fest, dass eine von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ an sich befürwortete Reoperation mangels Zustimmung des Kantonsarztes und offenbar auch wegen der mittlerweile erfolgten Pensionierung von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ nicht zu Stande gekommen ist (act. G 6.1/103.15 und 103.29, 87, 104.2 f.). Auch eine vom Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ veranlasste Abklärung bei PD Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, erbrachte letztlich keine Ergebnisse. Zwar ging auch Dr. G.\_\_\_\_ eher von einem psychosomatischen Geschehen aus bei in allen Körperregionen vorhandenen Schmerzen mit typischer Reaktion auf alle Fibromyalgietriggerpunkte (somatoforme Schmerzstörung mit depressiver Komponente). Einer für die valide Zuordnung der geklagten Beschwerden zu dem von Prof. Dr. B.\_\_\_\_ vermuteten Psoas-Kontaktphänomen erforderlichen LA-Infiltration in wöchentlichen Abständen, zunächst intraartikulär, dann extraartikulär die Psoaskontaktregion und zuletzt die Bursa bzw. den glutealen Ansatz, stimmte die Beschwerdeführerin jedoch nicht zu (act. G 6.1/103.6 und 105.1). Dr. C.\_\_\_\_ wies ausserdem darauf hin, dass ausser einer Physiotherapie seit Anfang Januar 2010 keine somatischen Behandlungen mehr durchgeführt würden (act. G 6.1/105.1). Somit haben sich die durch die weitere Abklärung und allfällige Operation an der Klinik Balgrist erhofften Erkenntnisse, die Grund für den Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts vom 29. Mai 2009 waren, nicht eingestellt.

2.2 Schliesslich konnte auch die erneute orthopädische Begutachtung in der Medas Ostschweiz vom 17. August 2010 keine Objektivierung der geklagten Beschwerden erbringen. So zeigte die von der Medas Ostschweiz veranlasste Röntgenaufnahme



vom 13. Juli 2010 im Beckenbereich eine normale und symmetrische Darstellung der Hüftgelenksprothesen in regelrechter Lage und ohne konventionell-radiologischen Hinweis auf Lockerung einer Prothese. Die übrigen ossären Strukturen im Beckenskelett waren normal und symmetrisch dargestellt. In der klinischen Untersuchung fiel ein Leistendruckschmerz beidseits auf. Die Hüftgelenksbeweglichkeit war aber entsprechend der postoperativen Situation relativ gut. Es bestand eine beidseitige Beugefähigkeit der Hüftgelenke von gut 100°, eine Innenrotationsfähigkeit an beiden Hüftgelenken von gut 10°, Aussenrotation 30°. Schonungszeichen liessen sich an den unteren Extremitäten nicht erkennen (act. G 6.1/110.38 f.). Implizit konnte damit die Gutachterin Dr. F.\_\_\_\_ die von den Dres. H.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ vermuteten somatischen Ursachen für die Schmerzen nicht bestätigen. Ein somatisches Korrelat für die geklagten Hüftschmerzen bleibt damit unbewiesen, zumal die Beschwerdeführerin diesbezüglich offenbar keine weitere Behandlung in Anspruch nimmt. Nach nunmehr zweimaliger Begutachtung sind von einer nochmaligen Abklärung keine weiteren Erkenntnisse mehr zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. Bei diesem Ergebnis ist auch plausibel, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ bezüglich einer adaptierten Tätigkeit nicht massgeblich von jener der ABI abweicht (vorwiegend sitzend, die unteren Extremitäten nicht belastend, mit der Möglichkeit, aufzustehen und umherzugehen, kein repetitives Heben von Lasten über 10 kg, gelegentlich erlaubt, keine hockenden oder knienden Tätigkeiten [act. G 6.1/110.42]). Von nicht objektivierbaren Schmerzen an der Hüfte geht sodann auch der psychiatrische Gutachter aus. So führte er in seinem Konsilium vom 19. Juli 2010 im Wesentlichen aus, dass heute gegenüber dem operativ sanierten orthopädischen Grundleiden nun die psychiatrische Komponente im Vordergrund stehe. Weiter geht der Gutachter davon aus, angesichts der narzisstischen Komponente mit fixierter Krankheitsüberzeugung unter Projektion von Selbstwertproblemen und Konflikten auf den "schlecht reparierten Körper", auf "abweisende Ärzte" oder auf "böse Gutachter" sei verständlich, dass die Versicherte auf medikamentöse Hilfe oder andere direktive Empfehlungen nicht positiv reagieren könne (act. G 6.1/110.30).

2.3 Die Beschwerdegegnerin macht im vorliegenden Verfahren erstmals geltend, die von Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Konsilium vom 19. Juli 2010 diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (F45.41) sowie die mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen



(F32.11/32.2) seien nicht invalidisierend, finde doch auf diese Diagnosen die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage Anwendung (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2). Auf Grund der Angaben im Gutachten sei eine schwere Ausprägung der depressiven Störung nicht dargetan, gehe doch weder aus dem dargelegten psychopathologischen Befund noch aus der Beurteilung hervor, dass bei der Beschwerdeführerin die für eine schwere depressive Episode typischen Merkmale feststellbar waren. Es würden keine Merkmale wie ein Suizidrisiko oder die Aufgabe der häuslichen Aktivitäten erwähnt. Es sei deshalb davon auszugehen, dass im Begutachtungszeitpunkt nur eine mittelgradige depressive Episode bzw. eine mittelschwere depressive Störung vorgelegen habe, was auch mit der vom behandelnden Psychiater des Psychiazentrums D.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) im Einklang stehe. Auch seien die weiteren Kriterien, welche die willentliche Überwindung der Schmerzen als unzumutbar erscheinen liessen, nicht hinreichend erfüllt.

2.4 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin wurde der Beschwerdeführerin eine mittelschwere bis schwere depressive Episode attestiert. Der Gutachter wandte dazu unter anderem die Hamilton- und die MADRS-Skala an, welche zu den Fremdbeurteilungsskalen zählen. Bei der Hamilton-Skala erreichte die Beschwerdeführerin einen Wert im unteren Bereich einer schweren depressiven Störung, bei der MADRS-Skala lag sie im oberen Bereich einer mässig schweren depressiven Störung (act. G 6.1/110.29). Dass letztlich auch bei einer Fremdbeurteilungsskala auf die Angaben der zu testenden Person abgestellt werden muss, liegt in der Natur der Sache. Im Übrigen hat der psychiatrische Gutachter seine Diagnose nicht allein auf Grund von Testverfahren zu stellen, sondern auf Grund seines gesamten bei der Untersuchung gewonnenen Eindrucks sowie auf Grund seiner Erfahrung und seines medizinischen Fachwissens. Es geht somit nicht an, eine auf einer eingehenden fachärztlichen Untersuchung beruhende Diagnose mittels theoretischer Überlegungen "kleinzurechnen". Vielmehr bedarf es dazu einer entsprechenden fachärztlichen Beurteilung. Dass der behandelnde Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Psychiazentrum D.\_\_\_\_ im Dezember 2009 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) diagnostiziert hat, vermag daran nichts zu ändern, beschreibt doch auch er im Wesentlichen die gleichen Befunde (depressiv, traurig,



innere Unruhe [act. G 6.1/104.3 und 110.28]). Der Gutachter hat sich sodann mit den sogenannten Foerster-Kriterien auseinander gesetzt. Dabei geht er davon aus, dass mit der mittelschweren bis schweren depressiven Störung seit Anfang 2009 eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität und Dauer vorliege (act. G 6.1/110.30). Mithin ist von einer relevanten psychischen Komorbidität auszugehen. Deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit schätzte der Gutachter auf 50 %, was angesichts der aufgeführten Beeinträchtigungen (Konzentrationsstörungen, Müdigkeit und rasche Ermüdbarkeit, verminderte Schmerztoleranz) plausibel erscheint. Zusammenfassend ist somit auf das MEDAS-Gutachten abzustellen, das in der Konsensbeurteilung von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit ausgeht (act. G 6.1/110.17).

2.5 Die Beschwerdegegnerin nahm mit Berechnung vom 11. Mai 2011 einen Einkommensvergleich vor. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen von Fr. 32'192.-- aus (Fr. 2'600.-- x 12, zuzüglich Nominallohnentwicklung bis 2008). Für die Bemessung des Invalideneinkommens stellte sie auf den Tabellenlohn von Fr. 51'368.-- ab (LSE 2008, TA1, Privater Sektor, Niveau 4 [in: IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Anhang 2]). Dabei ging sie davon aus, das Valideneinkommen betrage 59.57 % des Durchschnittseinkommens und sei bis auf 54.57 % oder Fr. 33'801.-- zu parallelisieren. Unter Berücksichtigung des Arbeitsfähigkeitsgrades von 50 % ergebe sich ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 16'901.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 47.5 % (act. G 6.1/134). Dies kann der Einfachheit halber so belassen werden, obwohl korrekterweise - entgegen der Berechnung der Beschwerdegegnerin - nicht das Valideneinkommen sondern das Durchschnittseinkommen (Tabellenlohn) mit 100 % zu veranschlagen wäre. Das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin wäre damit um 37.33 % unterdurchschnittlich, wovon gemäss Bundesgericht bis auf 32.33 % parallelisiert würde. Das Invalideneinkommen betrüge damit Fr. 34'760.-- bzw. - unter Berücksichtigung des Arbeitsfähigkeitsgrades - Fr. 17'380.-- und der Invaliditätsgrad 46 %, was (in diesem Fall) am Resultat freilich nichts ändert. Bei dem eher grosszügig bemessenen Arbeitsunfähigkeitsgrad besteht für einen zusätzlichen Abzug (Leidensabzug) kein Anlass. Die Beschwerdeführerin hat damit Anspruch auf eine Viertelsrente.



2.6 Bleibt noch der Beginn der Rente festzulegen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin begann die Arbeitsunfähigkeit nicht erst mit der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands Anfang Januar 2009 zu laufen. Vielmehr ist die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit seit mindestens September 2005 nicht mehr arbeitsfähig (act. G 6.1/110.17). Die ABI-Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin sogar seit Mitte 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (act. G 6.1/56.19). Mithin war das Wartejahr anlässlich der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands per Januar 2009 längst abgelaufen, sodass der Rentenanspruch per 1. Januar 2009 entstand (vgl. zum Begriff Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 IVG auch BGE 130 V 99 E. 3.2). Eine analoge Anwendung von Art. 29<sup>bis</sup> IVV (vgl. Entscheid 9C\_677/2012 vom 3. Juli 2013, wonach Art. 29<sup>bis</sup> IVV ohne nähere Begründung analog anwendbar sei, wenn noch gar kein Rentenanspruch entstanden sei) ist vorliegend schon deshalb nicht angezeigt, weil nie eine zwischenzeitliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Serviceangestellte eingetreten war, womit sich die Frage, ob bei erneuter Verschlechterung des Gesundheitszustands ein neues Wartejahr zu bestehen sei, von vornherein nicht stellt.

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 16. August 2011 aufzuheben. Die Beschwerdeführerin hat sodann Anspruch auf eine Viertelsrente, beginnend am 1. Januar 2009. Die Sache ist zur Rentenberechnung und -ausrichtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Beschwerdeführerin obsiegt nur teilweise (in Bezug auf den Rentenbeginn, nicht jedoch in Bezug auf die Rentenhöhe), weshalb die Gebühr den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen ist. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der



Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 300.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 300.-- zurückzuerstatten.

3.3 Da die Beschwerdeführerin nur teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteienschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Bei vollständigem Obsiegen wäre eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Wegen des nur teilweisen Obsiegens erscheint eine Parteienschädigung von Fr. 1'750.-- als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin somit eine Parteienschädigung von Fr. 1'750.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. August 2011 aufgehoben und der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente, beginnend am 1. Januar 2009, zugesprochen. Die Sache wird sodann zur Rentenberechnung und -ausrichtung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlen die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin je im Betrag von Fr. 300.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 300.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 1'750.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.