



**Fall-Nr.:** IV 2013/179  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.05.2020  
**Entscheiddatum:** 21.07.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.07.2015**

**Art. 28 IVG. Das Gutachten ist nicht überzeugend. Rückweisung zur weiteren Abklärung, da der Sachverhalt sich auch in weiteren Punkten als unzureichend abgeklärt erweist (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 21. Juli 2015, IV 2013/179).**

Entscheid Versicherungsgericht, 21.07.2015

#### **Entscheid vom 21. Juli 2015**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Evelyn Heiniger

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und

Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

**Rente**

**Sachverhalt**



A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals im Februar 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, seit Geburt an einer Skoliose zu leiden. Weiter bestünden eine Stenose und eine Osteoporose, ausserdem sei der Ischiasnerv eingeklemmt (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 12. Februar 2009 wurde ihr Leistungsbegehren abgewiesen (IV-act. 38).

A.b Am 27. August 2010 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der IV an. Neu gab sie an, aufgrund der starken Medikation gegen die Rückenschmerzen sei sie nicht mehr in der Lage, ihre Tätigkeit wie bisher auszuüben. Sie leide an Müdigkeit und Konzentrationsschwäche (IV-act. 47). Am 5. August 2010 berichtete der Oberarzt der Klinik für orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen, die Versicherte zeige im MRI eine foraminale Stenose von L5 beidseits. Im radiologischen Bild zeige sich eine massive Thorakoskoliose sowie eine fortgeschrittene Spondylose mit Spondylolisthese Grad III. Der Versicherten sei die operative Sanierung empfohlen worden, wobei sie einer operativen Intervention aber skeptisch gegenüber stehe und die konservative Therapie ausnützen wolle (IV-act. 48). Im Arbeitgeberbericht vom 13. November 2010 wurde festgehalten, dass die Versicherte aufgrund ihrer starken Medikation nicht mehr in der Lage sei, ihre Tätigkeit wie bisher auszuführen. Nachdem sie vom 21. Januar bis 22. Februar 2009 zu 100% und vom 23. März 2009 bis 21. Oktober 2010 zu 50% arbeitsunfähig gewesen sei, sei sie aktuell in einem Pensum von 50% tätig, habe aber ihre volle Einsatzfähigkeit bei weitem nicht erreicht. Da die Versicherte eine langjährige Mitarbeiterin sei, sei man bereit, sie im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes weiter zu beschäftigen (IV-act. 59-4 f.).

A.c Am 19. Dezember 2010 berichtete Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Zudem leide sie an ausgeprägter Erschöpfung und Antriebslosigkeit. Am Arbeitsplatz sei sie aufgrund ihrer mangelnden Konzentration, Vergesslichkeit, Schläfrigkeit und Unzuverlässigkeit aufgefallen. Aufgrund dessen sei sie vor drei Monaten von den Aufgaben als Pflegefachfrau entbunden und als Betreuerin weiterbeschäftigt worden. Diese



Kränkung habe die depressive Symptomatik verstärkt. Die Versicherte nehme die Medikamente Concerta, Ritalin, Quilonorm und Cymbalta ein. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50% bei einem Pensum von 100% (IV-act. 64). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 25. November 2010, die Versicherte nehme auch Transtec, Targin und Wellbutrin. Eine Tätigkeit im Rahmen von 4-5 Stunden am Tag erachte er als zumutbar (IV-act. 63-2).

A.d Am 26. Januar 2011 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei (IV-act. 66). Dazu wurde die Versicherte am 13. April 2011 internistisch/rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet. Das Gutachten wurde am 7. Juli 2011 erstattet (IV-act. 72). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

"1. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bds. rechtsbetont bei/mit:

- Wirbelsäulenfehlform mit schwerer Rotationsskoliose der BWS
- i. progredienter Grössenverlust, DD bei Dg3
- Fehlstatik und muskulären Dysbalancen
- Lumbosakraler Segmentdegeneration und Spondylolisthese L5
- Anamnestisch V.a. beginnende Claudicatio spinalis

2. Cervicovertebralsyndrom

- Degenerative Veränderungen der HWS
- Muskuläre Dysbalance bei Fehlstatik in Folge Skoliose

3. V.a. manifeste Osteoporose

- Grössenverlust 7cm seit 2009
- Akzentuierung von Skoliose und Kyphose im Verlauf?

4. Symmetrische Polyarthritits der MCP- und PIP-Gelenke, einschliesslich Fussbefall?



- Morgensteifigkeit > 60 Minuten" (IV-act. 72-25).

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Hepatitis C und ein Nikotinabusus von mind. 30 py. Die Versicherte nehme die folgenden Medikamente ein: Ecofenac, Transtec, Targin, Pantozol, Novaril und Fokaline (IV-act. 72-22). Aus rheumatologischer Sicht bestehe das arbeitsmedizinische Problem in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für schweres Heben und Tragen von Lasten sowie für Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen, längerdauernd rein stehend, in vornüber geneigten Körperhaltungen, mit repetitiv rumpforientierten Stereotypen sowie im Überkopfbereich. Zumutbar seien körperlich leicht belastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit idealerweise der Möglichkeit zur freien Wahl der zuträglichen Körperhaltung und der Möglichkeit zur Arbeit im eigenen Rhythmus (IV-act. 72-26).

Aus psychiatrischer Sicht lägen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor:

"1. Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (Lumbovertebralsyndrom) (ICD-10: F54)

2. Dysthymia (ICD-10: F34.1)

3. Anamnestisch: ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0) mit ständigem Gebrauch psychotroper Substanzen (Stimulantien)"

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt aus psychiatrischer Sicht fest, bei der aktuellen Untersuchung seien kaum objektivierbare Hinweise auf das Vorliegen depressiver Symptome vorhanden gewesen. Es sei eine nervöse, agitierte und angespannte Versicherte eruierbar gewesen, bei dysthymem Grundaspekt, jedoch keine depressive Symptomatik im engeren Sinn. Dies könne jedoch auch ein Erfolg der antidepressiven Therapie sein, wobei die Versicherte nun auf ein trizyklisches Medikament eingestellt worden sei. Die Verstärkung der Depression durch die Arbeitsniederlegung spreche dafür, dass die Versicherte von der Beschäftigung profitiert habe. Jede ausserhäusliche Tätigkeit wäre aus psychiatrischer Sicht heilsam. Die Versicherte sehe Chancen für eine positive Lebensgestaltung



## St.Galler Gerichte

subjektiv nur noch in einer Berentung. Aus psychiatrischer Sicht habe sich jedoch kein Grund finden können, warum die Willensanstrengung zur Reintegration in das Berufsleben von der Versicherten nicht auch weiterhin gefordert werden könne (IV-act. 72-28). Zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten hielten die Gutachter fest, aufgrund der bislang im Vordergrund stehenden chronischen Rückensymptomatik mit derzeit möglicher Claudicatio spinalis sei die Versicherte in der zuvor ausgeübten körperlich leicht belastenden Tätigkeiten zu 50% arbeitsfähig im Sinne von halbtätigen Einsätzen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit auf 70% zu schätzen, wobei sich die Einschränkungen aus dem multifaktoriellen Symptomkomplex "Müdigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten" ergebe (IV-act. 72-28). Medizinisch theoretisch seien der Versicherten an die Beschwerden ideal angepasste Tätigkeiten in einem rentenausschliessenden Pensum, zumindest in einem 70%igen Pensum zuzumuten (IV-act. 72-30).

A.e Am 27. September 2011 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien, da sie sich nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 78).

A.f Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Versicherte am 19. Oktober 2011 an, sie würde heute ohne die gesundheitliche Beeinträchtigung einer 60%igen Erwerbstätigkeit nachgehen. Sie habe aus gesundheitlichen Gründen die Kündigung erhalten und sei nicht arbeitsfähig (IV-act. 80-10). Am 28. Februar 2012 fand eine Abklärung im Haushalt der Versicherten statt (IV-act. 89). Die Abklärungsperson beschrieb die Versicherte als körperliches Wrack, untergewichtig und ausgemergelt. Infolge Osteoporose sei sie um 9 cm geschrumpft. Im Gespräch vor Ort sei auf eine weitere gesundheitliche Verschlechterung seit der Begutachtung im April 2011 hingewiesen worden. Es habe ein weiterer innerer Zerfall nach dem definitiven Verlust der Arbeitsstelle und der dadurch praktisch einzigen Sozialkontakte stattgefunden (IV-act. 89-12). Insgesamt wurde die Versicherte als im Haushalt zu 41% eingeschränkt eingeschätzt.

A.g Am 14. Juli 2012 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die durchgeführten Tests hätten gezeigt, dass bei der Versicherten ohne Einnahme von Methylphenidat eine deutlich eingeschränkte



## St.Galler Gerichte

Konzentrationsfähigkeit sowie eine verlangsamte sensomotorische Grundgeschwindigkeit bestünden (IV-act. 92-2). Die Versicherte leide an Antriebsmangel, emotionaler Überreagibilität, Aufmerksamkeitsstörung, verminderter Belastbarkeit und sei beim Lasten Heben und längeren Stehen eingeschränkt. Mit diesen Symptomen und Einschränkungen sei eine Tätigkeit in der Pflege nicht verantwortbar (IV-act. 92-4). Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie ein ADHS im Erwachsenenalter und schätzte die Versicherte als Psychiatriepflegerin als zu 100% arbeitsunfähig ein. Seit der Kündigung ihrer Stelle sei die Versicherte mit Duloxetine, Moclobemid, Dibenzepin, Reboxetin, Fluoxetine, Atomoxetin, Dexmethylphenidat [vers. galenische Formen], Dexamphetamin, MAOI Selegilin und Venlafaxin behandelt worden.

A.h RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 22. August 2012 Stellung. Er führte aus, der Ansicht von Dr. F.\_\_\_\_ könne nicht gefolgt werden, da die Behandlung mit Ritalin als Schmerzbehandlungsindikation von den Herstellerrichtlinien nicht vorgesehen sei. Zudem sei auch die Dosierung von 400 mg Methylphenidat täglich sehr hoch. Aus der Aufzählung der bereits zum Einsatz gekommenen Medikamente zeige sich eine schwer nachvollziehbare Polypragmasie. Es müsse eine iatrogene Ritalinabhängigkeit zugunsten der Aufgabe eines andersartigen Substanzgebrauchs bei Hepatitis C vermutet werden. Die von Dr. F.\_\_\_\_ durchgeführten Tests wiesen eklatante Mängel auf. Die detaillierte Schilderung des Verhaltens der Versicherten im Arbeitgeberfragebogen dokumentiere eine hochgradige Medikamentenüberdosierung. Aus medizinischer Sicht sei seit der Begutachtung keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. An der im Gutachten ausgewiesenen Arbeitsfähigkeit von 50% könne aus fachpsychiatrischer Sicht festgehalten werden (IV-act. 93-4)

A.i Mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2012 kündigte die IV-Stelle an, sie werde das Leistungsbegehren der Versicherten bei einem IV-Grad von 34% abweisen (Einschränkung im Erwerb 17.4%, im Haushalt 16.4%) (IV-act. 100).

A.j Am 29. Januar 2013 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter die Ausrichtung einer Rente beantragen (IV-act. 105). Der Rechtsvertreter führte an, die Versicherte habe ihre Tätigkeit aufgrund ihres Rückenleidens nur mit der Einnahme von



Ritalin bewerkstelligen können. Sie habe dieses Medikament als Energiequelle benutzt, damit sie einigermassen habe funktionieren können. In Rücksprache mit Dr. F.\_\_\_\_ nehme sie dieses aber seit ca. November 2012 nicht mehr ein. Allein aus psychiatrischer Sicht gehe Dr. F.\_\_\_\_ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. In einer angepassten Tätigkeit gehe er von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von vielleicht 30% aus (vgl. IV-act. 105-18). Das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_, der aus rheumatologischer Sicht von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei, sei aufgrund der aktuellen medizinischen Situation überholt. Dies zeige auch der Arbeitgeberbericht, in dem festgehalten worden sei, dass die Versicherte ihre volle (frühere) Arbeitsfähigkeit bei weitem nicht erreiche. Weiter sei festzuhalten, dass die Versicherte als Pflegefachfrau in einem 100%-Pensum Fr. 74'841.-- verdienen würde. Das von ihr zuletzt erzielte Einkommen sei ein Soziallohn gewesen und könne nicht für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogen werden. Die Einschränkungen im Haushalt seien zu tief eingeschätzt worden. Unter Ziff. 7.4 "Einkauf und weitere Besorgungen" sei der Einschränkungsgrad mit 50% zu tief berücksichtigt worden. Aufgrund des schweren Rückenleidens mit Lähmungserscheinungen sowie wegen der schweren Konzentrationsstörungen müsse mindestens ein Einschränkungsgrad von 80% berücksichtigt werden. Es könne nicht sein, dass bei der Rubrik "Wäsche und Kleiderpflege" trotz der geltend gemachten Einschränkung von 50% gar keine Einschränkung akzeptiert worden sei. Insbesondere könne dem berufstätigen Ehemann nicht zugemutet werden, die ganze Wäsche- und Kleiderpflege vorzunehmen, nachdem bereits seine Mitarbeit in der Wohnungspflege und Ernährung aufgrund der Schadenminderungspflicht zu einer Reduktion des IV-Grades geführt habe. Da die Berechnung des Einschränkungsgrades einen gewissen Unsicherheitsfaktor aufweise und da selbst die Abklärungsperson die Versicherte als körperliches Wrack bezeichnet habe, sei im Haushalt ein Einschränkungsgrad von 50% angebracht. Daraus resultiere ein IV-Grad von 20% im Haushalt und 60% in der Erwerbstätigkeit, insgesamt ein IV-Grad von 80%. Weiter seien alle Gutachten mindestens zwischen 2 und 3 Jahre alt und somit nicht mehr relevant. Daher sei ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen, das in orthopädischer/rheumatologischer und psychiatrischer Sicht die Beeinträchtigungen der Versicherten beurteile.

A.k Einem Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen vom 15. November 2012 ist zu



## St.Galler Gerichte

entnehmen, dass die Versicherte nach einer Infiltration am 6. Juli 2012 ca. zwei Monate lang beschwerdefrei gewesen sei. Daher sei eine erneute therapeutische Wurzelinfiltration L5 beidseits geplant (IV-act. 105-14).

A.l Am 26. Januar 2013 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, die Versicherte leide seit Jahren unter Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins rechte Bein, die zu Einschränkungen beim Gehen und Treppensteigen führten. Die Ursache dieser Beschwerden sei eine Spondylolisthesis auf der Höhe L5/S1, welche zu einer Nervenkompression führe. Die Versicherte vertrage keine starkwirksamen Opiate und müsse daher täglich die Höchstdosis Voltaren einnehmen. Bei Exazerbationen werde im Kantonsspital eine Infiltration durchgeführt, die jeweils eine deutliche Schmerzlinderung, aber leider nur für wenige Wochen, bringe. Infiltrationen könnten nur 3-4 Mal im Jahr durchgeführt werden. Durch das Rückenleiden sei die Versicherte in ihrem täglichen Leben eingeschränkt (IV-act. 106).

A.m Am 30. Januar 2013 berichtete Dr. F.\_\_\_\_, dass mit verschiedenen antidepressiven Medikamenten keine starke Verbesserung der depressiven Symptome habe erreicht werden können. Die Versicherte zeige eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit sowie eine Verminderung ihres Antriebs. Die deutliche Verminderung der Energie führe zu einer erhöhten Ermüdbarkeit und einer Aktivitätseinschränkung. Sowohl die Konzentration als auch die Aufmerksamkeit sowie das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen seien vermindert. Sie klage über Gefühle von Wertlosigkeit und erlebe Zukunftsperspektiven negativ und pessimistisch. Sie habe häufig Suizidgedanken, leide an Schlafstörungen und vermindertem Appetit. Im Sinne des somatischen Syndroms zeige sie Interessenverlust und Verlust der Freude an angenehmen Aktivitäten. Ihre Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung emotional zu reagieren, sei mangelhaft, sie zeige ein deutliches Morgentief sowie einen Gewichtsverlust. Weiter bestehe der objektive Befund einer psychomotorischen Agitiertheit (IV-act. 107-3).

A.n Am 6. März 2013 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens gemäss Vorbescheid. Zur Begründung führte sie an, am Validen- und Invalideneinkommen werde festgehalten, da dieses vom Arbeitgeber so bestätigt worden sei. Dem Ehemann sei die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht



aufgelegt worden, die gemäss der Verwaltungspraxis anzurechnen sei. Damit resultiere eine Einschränkung von 41%. In medizinischer Hinsicht seien keine neuen Tatsachen bekannt geworden und es seien auch keine ergänzenden medizinischen Abklärungen angezeigt. Bei einer Einschränkung im Erwerb von 17.4% und 16.4% im Haushalt resultierte ein Invaliditätsgrad von 34% (IV-act. 110).

B.

B.a Dagegen richtete sich die Beschwerde vom 22. April 2013, worin die Beschwerdeführerin beantragen liess, es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen; eventualiter sei ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen (act. G 1). Zur Begründung führte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an, die Beschwerdeführerin sei gelernte Pflegefachfrau/Krankenpflegerin. Die Beschwerdeführerin habe die anspruchsvolle Tätigkeit als Pflegefachfrau schon seit längerer Zeit nicht mehr ausüben können. Daher sei sie nur noch als Hilfspflegerin tätig gewesen. Im Fragebogen für Arbeitgebende sei festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin zwar in einem Beschäftigungsgrad von 50% gearbeitet, sie aber ihre volle (gemeint frühere) Arbeitsfähigkeit bei weitem nicht erreiche habe. Weiter sei festgehalten worden, dass sie aufgrund der starken Medikation nicht im Stand gewesen sei, die Tätigkeiten wie bisher auszuführen. Zudem finde sich folgende Aussage im Arbeitgeberbericht: "Da A.\_\_\_\_ eine langjährige Mitarbeiterin ist, sind wir jedoch bereit, sie im Rahmen eines geschützten Arbeitsplatzes weiter zu beschäftigen". Ferner sei dem Arbeitgeberbericht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin als Pflegefachfrau bei einem Beschäftigungsgrad von 100% Fr. 74'841.-- verdienen würde. Im sozialen Beschäftigungsprogramm des ehemaligen Arbeitgebers sei der Beschwerdeführerin ab 1. August 2010 für einen Beschäftigungsgrad von 50% ein Lohn von monatlich Fr. 2'450.-- (Fr. 31'850/Jahr) ausgerichtet worden. Dies entspreche nur 42.56% des Lohnes ohne Gesundheitsschaden. Bedenke man, dass dies ein reiner Soziallohn gewesen sei, sei dieser bei der Berechnung des IV-Grades nicht zu berücksichtigen. Weiter führte der Rechtsvertreter aus, das Rückenleiden in Verbindung mit der chronischen Hepatitis C, dem ADHS-Syndrom und der rezidivierenden depressiven Störung habe zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt. Dr. F.\_\_\_\_ gehe allein schon aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus. Der Facharzt habe von einer eventuell möglichen Arbeitsfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit



gesprochen. Aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen Finger-Bodenabstand von 0 cm erreiche, könne keine Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Dieser Umstand sei das Ergebnis eines krankheitsbedingten langjährigen Krafttrainings und sei zudem auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin infolge der Osteoporose um 9 cm geschrumpft sei. Zudem führe die Beschwerdeführerin viermal monatlich Physiotherapieeinheiten durch, wobei es infolge der stark ausgeprägten Depression aber zu einer reduzierten Anzahl von Behandlungen gekommen sei. Damit sei dargelegt, dass das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2011 aufgrund der aktuellen medizinischen Situation überholt sei. Dr. C.\_\_\_\_ habe zudem am 11. April 2013 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der gesundheitlichen Beschwerden und der ungenügenden Schmerzbehandlung zu 100% arbeitsunfähig sei, wobei die psychische Erkrankung die Arbeitsunfähigkeit in hohem Masse mitbeeinflusse. Weiter wandte der Rechtsvertreter ein, die Einschränkung im Haushalt sei mit 41% zu tief bemessen. Da selbst die Abklärungsperson die Beschwerdeführerin als körperliches Wrack bezeichnet habe, sei im Haushalt eine Einschränkung von mindestens 50% angebracht. Da die Beschwerdeführerin weder ihre ursprüngliche Tätigkeit noch eine andere Tätigkeit ausüben könne und ihr keinerlei eigenverantwortliche, selbständige Tätigkeit möglich sei, sei an eine verwertbare Leistung nicht zu denken. Als Arbeitnehmerin sei sie zu 100% eingeschränkt. Daraus ergebe sich zusammen mit der Einschränkung im Haushalt eine gesamter Einschränkungsgrad von mindestens 80%. Weiter machte der Rechtsvertreter geltend, da die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten alle zwischen 2 und 3 Jahre alt und damit nicht mehr relevant seien, sei ein neutrales interdisziplinäres Gutachten einzuholen.

B.b Am 20. Juni 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie an, die von Dr. D.\_\_\_\_ anlässlich seiner Begutachtung erhobenen Befunde hätten sehr ausgeprägte pathologische Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat aufgezeigt. Seine Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin aus internistisch-rheumatologischer Sicht auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit nur noch zu 50% arbeitsfähig sei, erscheine vor diesem Hintergrund als schlüssig. Die Annahme einer höhergradigen Einschränkung sei demgegenüber nicht nachvollziehbar, hätten doch weder eine Nervenwurzelkompression noch eine segmentale Instabilität vorgelegen. Auch eine



Osteoporose sei nicht nachweisbar gewesen. Der von der Beschwerdeführerin eingereichte Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen vom 15. November 2012 benenne keine Aspekte, die bei der Begutachtung nicht bekannt gewesen seien und die geeignet wären, Zweifel an der Beurteilung der rheumatologische Experten zu erwecken. In diesem Bericht habe keine Auseinandersetzung mit den gutachterlichen Schlussfolgerungen stattgefunden. Unter diesen Umständen könne auf diese Angaben nicht abgestellt werden. Der psychiatrische Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ habe die Diagnosen "psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10: F54), Dysthymia (ICD-10: F34.1) und anamnestisch ein ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10: F90.0) mit ständigem Gebrauch psychotroper Substanzen" gestellt. Er habe der Beschwerdeführerin eine 30%ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert. Hinsichtlich der Diagnose F54 handle es sich rechtsprechungsgemäss bei einer solchen Verhaltensauffälligkeit nicht um ein Leiden mit Krankheitswert. Da die Dysthymia nicht mit einer schwerwiegenden Psychopathologie auftrete, liege ebenfalls kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Hinsichtlich des ADHS sei dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin mit dieser Diagnose ihr Leben lang arbeitsfähig gewesen sei. Bei der Untersuchung hätten zudem keine gravierenden Konzentrationsmängel festgestellt werden können. Nach Dr. E.\_\_\_\_ sei die Ursache der von der Beschwerdeführerin beschriebenen Konzentrationsschwierigkeiten und Aufmerksamkeitsdefizite letztlich unklar. Unter diesen Umständen könne das nicht gesicherte ADHS nicht als invalidisierender Gesundheitsschaden betrachtet werden. Insgesamt würden die psychischen Beschwerden keine sozialversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit begründen. Der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ habe neben dem ADHS eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, diagnostiziert. Aus dem Bericht gehe hervor, dass diese Diagnose vorwiegend auf Testergebnissen und damit auf Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhe. Mit den erhobenen Befunden des psychiatrischen Gutachters setze sich der Bericht nicht auseinander. Im Übrigen habe sich auch der RAD dahingehend geäußert, dass nicht auf die Feststellungen von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt werden könne und sich daraus kein Bedarf nach weiteren Abklärungen ergeben würde. Da gemäss der interdisziplinären Beurteilung im Gutachten D.\_\_\_\_/E.\_\_\_\_ die aus



psychiatrischer Sicht attestierte 30%ige Einschränkung aus psychiatrischer Sicht von derjenigen aus internistisch-rheumatologischer Sicht konsumierte werde, könne die Frage nach der invalidisierenden Wirkung der psychischen Beschwerden letztlich offen bleiben. Aufgrund der überzeugenden gutachterlichen Beurteilung sei die Beschwerdeführerin als in der zuletzt ausgeübten Arbeit als Pflegefachfrau und in anderen behinderungsangepassten Tätigkeiten als zu 50% arbeitsfähig zu betrachten. Das Valideneinkommen der Versicherten betrage bei einem Pensum von 60% Fr. 44'904.--. Für das Inalideneinkommen könne auf die Tabellenlöhne der Lohnstrukturhebung abgestellt werden. Im Gesundheitswesen, Anforderungsniveau 3, habe der Durchschnittslohn im Jahr 2010 Fr. 69'384.-- (bei 40 Stunden pro Woche) betragen. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% und einer Arbeitszeit von 41.6 Stunden ergebe sich ein Einkommen von Fr. 36'080.--. Ein Abzug von diesem Tabellenlohn rechtfertige sich nicht. Daraus ergebe sich ein Teilinvaliditätsgrad von 19.6%, bei einer Quote von 60% Erwerb betrage die gewichtete Invalidität 11.8%. Der Haushaltsabklärungsbericht sei durch einen erfahrenen Mitarbeiter verfasst worden und die Mithilfe des Ehemannes im Haushalt sei zumutbar und zu berücksichtigen, zumal dieser auch angeben habe, eine wesentliche Unterstützung zu leisten. Bei einem Anteil von 40% betrage die gewichtete Invalidität im Aufgabenbereich 16.4%. Insgesamt ergebe sich ein IV-Grad von 28.2%. Dieser liege unter der anspruchsbegründenden Schwelle von 40%.

B.c In seiner Replik vom 23. August 2013 hielt der Rechtsvertreter an seinen Anträgen fest und führte an, die Berechnung des Invalideneinkommens in der Beschwerdeantwort sei widersprüchlich und verletze das rechtliche Gehör, da die Beschwerdegegnerin neu auf einen massiv höheren Lohn abgestellt habe. Obwohl im Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ mehrfach festgehalten worden sei, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen nachvollziehbar seien und das Gehen und Stehen schmerzhaft seien, werde letztlich bei der Beurteilung auf das Gehen nicht mehr Bezug genommen. Das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sei insofern widersprüchlich, als es zum Schluss gelange, der Beschwerdeführerin sei noch eine 50%ige Tätigkeit als Krankenpflegerin zumutbar. Aus dem Fragebogen für Arbeitgebende gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin an ihrem letzten Arbeitsplatz hauptsächlich habe gehen und stehen müssen (3 bis 5 ¼ Stunden/Tag). Weiter gehe daraus auch hervor, dass die Beschwerdeführerin bei einem Pensum von 50% bei weitem nicht ihre volle



Einsatzfähigkeit erreicht habe. Eine 50%ige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin keinesfalls mehr zumutbar. Die Beschwerdegegnerin habe einen Invalidenlohn ermittelt, den die Beschwerdeführerin bei einer Tätigkeit im Anforderungsniveau 3 als Pflegefachfrau erzielen könnte. Diese Annahme widerspreche der Beurteilung des letzten Arbeitgebers, der ausgeführt habe, dass die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens nur noch als Hilfspflegerin habe eingesetzt werden können. Die Beschwerdeführerin sei als Pflegefachfrau nicht mehr einsetzbar und könne höchstens noch einfache und repetitive Tätigkeiten ausführen, die keine abgeschlossene Berufsausbildung erforderten. Dabei würde sie ein jährliches Einkommen von maximal Fr. 30'888.-- erzielen können. Zudem sei entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin auch ein "Leidensabzug" angezeigt, da die gesundheitlich beeinträchtigte Beschwerdeführerin gegenüber gesunden Arbeitnehmern im Nachteil sei. Dabei seien alle persönlichen und beruflichen Umstände zu berücksichtigen. Da die Beschwerdeführerin nur noch Hilfsarbeiten ausführen könne, gelte es zu beachten, dass im tiefsten Anforderungsniveau Teilzeitarbeit, aufgerechnet auf ein Vollzeitpensum, schlechter entlohnt werde. Ebenfalls zu berücksichtigen sei, dass die Beschwerdeführerin ihr ganzes Leben im Gesundheitswesen als Pflegefachfrau tätig gewesen sei und keine andere Arbeitserfahrung habe. Aufgrund ihres Alters würde es ihr entsprechend schwer fallen, sich an einem anderen Arbeitsplatz einzuarbeiten. Diese Problematik sei einem potentiellen Arbeitgeber klar. Wenn sich trotzdem eine Stelle finden lasse, müsse mit einer derart hohen Lohneinbusse gerechnet werden, dass keine realistische Verwertbarkeit mehr vorliege. Ohnehin sei die Beschwerdeführerin aber zu 100% arbeitsunfähig. Aufgrund ihrer Invalidität sei sie in ihrem früheren Tätigkeitsbereich heruntergestuft worden auf das Niveau einer Betreuerin/Hilfspflegerin. Bereits dieser Umstand habe sie massiv psychisch belastet, was aber im Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ nicht berücksichtigt worden sei. Sie habe die Arbeiten nur noch unter Aufsicht einer weiteren Person ausführen dürfen, was eine massive Unsicherheit und erheblichen Druck ausgelöst habe. Aufgrund dieser Umstände sei die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen nicht mehr in der Lage, ihre Tätigkeit als Pflegefachfrau auszuüben. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin 5\_-jährig sei und bereits seit dem 10. März 2011 nicht mehr gearbeitet habe. Die Tätigkeit am letzten Arbeitsplatz sei eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe gewesen. Die



Konzentrationsschwierigkeiten der Beschwerdeführerin stellten für jeden Arbeitgeber ein Risiko dar. Für einen Arbeitgeber im Bereich des Gesundheitswesens sei es alleine aus diesem Grund nicht zumutbar, die Beschwerdeführerin einzustellen. Auch eine adaptierte Tätigkeit in einem anderen Bereich sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Sie sei aufgrund ihrer Krankheit bereits 8 cm geschrumpft, sie sei sehr hager und ausserdem bereits 5\_-jährig. Da sie nicht über die erforderliche Ausbildung verfüge und keine Computerkenntnisse habe, sei ihr keine Bürotätigkeit möglich. Somit sei der Beschwerdeführerin die Verwertung einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit nicht nur medizinisch und sozialpraktisch unzumutbar, sondern auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch gar nicht mehr umsetzbar. Betreffend die Arbeitsfähigkeit sei der Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu beachten (act. G 7).

B.d Dr. H.\_\_\_, bei dem sich die Beschwerdeführerin seit April 2013 in Behandlung befindet, berichtete am 20. Juni 2013, die Beschwerdeführerin habe sich stets in einer gedrückten Stimmungslage mit unterschiedlicher Intensität der Depression gezeigt. Aktuell liege eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Der chronifizierte und wechselhafte Gesundheitszustand erfordere eine sehr ausgefeilte und spezifische medikamentöse Behandlung, die durch Dr. F.\_\_\_ durchgeführt werde. Es bestehe eine Verminderung des Antriebs mit sozialem Rückzug, Freudlosigkeit, Verlust von früher getätigten Freizeitaktivitäten und Kontakten. Der Energieverlust bewirke eine schnelle Ermüdbarkeit und gegenüber früheren Zeiten massive Aktivitätseinschränkungen. Bei längeren Gesprächen falle eine deutliche Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung auf (act. G 7.1/14).

B.e Am 26. August 2013 berichtete Dr. F.\_\_\_, es liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, vor. Nachdem die Psychopharmakotherapie mit Duloxetin, Moclobemid, Dibenzepin, Reboxetin, Bupropion, Atomoxetin, Selegilin keine Verbesserung der Depression bewirkt habe, habe er erneut Fluoxetin und Methylphenidat eingesetzt. Anlässlich der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine schwere depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und eine Antriebsstörung gezeigt. Da sie an einem Polymorphismus leide (einem Gendefekt, der zu einem ultraschnellen Ritalinabbau führe) sei die sehr hohe Dosis Methylphenidat notwendig geworden. Der Plasmaspiegel von Methylphenidat liege im Normbereich,



wohingegen das Abbauprodukt in sehr hoher Dosis nachweisbar sei. Aufgrund der derzeitigen psychopathologischen Befunde sei die Beschwerdeführerin als Krankenpflegerin zu 100% arbeitsunfähig. Unter Berücksichtigung des Krankheits- und Behandlungsverlaufs sei die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit ungünstig. Es könne davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit dauerhaft sein werde (act. G 8.2).

B.f Die Beschwerdegegnerin hielt an ihren Anträgen fest und verzichtete auf eine ausführliche Duplik (act. G 10).

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]), das heisst der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach ärztlicher Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) 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 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die zuständige Behörde und später das Gericht auf von den Ärzten zur Verfügung zu stellende Unterlagen angewiesen. Aufgabe der Ärzte ist es denn auch, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung dürfen sich Verwaltung und Gericht weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen, noch sind die ärztlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer sozialversicherungsrechtlichen Tragweite zu übernehmen. Die rechtsanwendende Behörde hat sorgfältig zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus, unbeachtlich sind (BGE 130 V 356, E. 2.2.5).

2.

2.1 Aus medizinischer Sicht hat sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten D.\_\_\_/E.\_\_\_ gestützt. Dr. D.\_\_\_ hatte festgehalten, die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden seien bereits durch die ausgeprägte Wirbelsäulenfehlform plausibel. Bei allerdings gut trainierter Rumpfmuskulatur sei eine höhergradige Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit nicht zwingend nachvollziehbar. Sofern die Grössenabnahme von 7 cm real gegeben sei, könne dies Ausdruck einer fortschreitenden – und dringlich stabilisationsbedürftigen – skoliotischen Deformation sein. Diese Aussage legt nahe, dass Dr. D.\_\_\_ bezweifelt hat, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich kleiner geworden ist. Er hat dies aber offenbar nicht genauer überprüft. Aus den Angaben im Gutachten lässt sich nicht rekonstruieren, ob



der Gutachter die Grösse mit der Beschwerdeführerin besprochen hat, ob er ihre Grösse gemessen hat oder ob er einfach die Angaben der Beschwerdeführerin notiert hat. Im vorliegenden Fall wäre dies aber wichtig gewesen, da daraus einzelne Diagnosen abgeleitet worden sind (skoliotische Deformation, Osteoporose). Eine genaue Abklärung in dieser Hinsicht hätte sich umso mehr aufgedrängt, als bereits die Vorakten widersprüchliche Angaben über die Grösse der Beschwerdeführerin enthalten hatten. So ist beispielsweise dem Gutachten des Rheumatologen Dr. med. I.\_\_\_\_ (vom 15. Juni 2009, S. 3, Fremdakten Taggeldversicherung nicht nummeriert) zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei 167 cm gross. Im am 6. Juni 2009 von Dr. med. J.\_\_\_\_ erstellten psychiatrischen Teilgutachten wird die Grösse mit 159 cm angegeben (S. 3, Fremdakten Taggeldversicherung nicht nummeriert). Diese Diskrepanz scheint den Gutachtern damals nicht aufgefallen zu sein (im Gegensatz zu Gewichtsschwankungen von 2 kg, auf die Dr. J.\_\_\_\_ explizit hingewiesen hat). Dr. D.\_\_\_\_ hat die Grösse der Beschwerdeführerin mit 160 cm angegeben. Da er aber offenkundig Zweifel daran hatte, ob sich die Grösse der Beschwerdeführerin tatsächlich verändert hatte, hätte er sich ausführlicher damit auseinandersetzen müssen. Dr. D.\_\_\_\_ hat offen gelassen, ob nun eine skoliotische Deformation oder sogar eine Osteoporose vorliegt. Die Beschwerdeführerin ist zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht in rheumatologischer Behandlung gestanden. Insbesondere aufgrund der Osteoporose und aufgrund allfälliger Folgenveränderungen mit dem entsprechenden Therapiebedarf sowie zur diagnostischen Einordnung der Polyarthritits der kleinen Gelenke hat der Gutachter eine rheumatologische Betreuung und Verlaufsbeurteilung empfohlen. Auch bezüglich der Claudicatio spinalis hat er eine ergänzende diagnostische Abklärung im Rahmen der Betreuung in der Wirbelsäulensprechstunde des Kantonsspitals empfohlen. In dieser Hinsicht dürfte der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung also noch nicht abschliessend geklärt gewesen sein.

2.2 Dr. D.\_\_\_\_ hat weiter ausgeführt, für schweres Heben und Tragen sowie für Arbeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangspositionen sei das Achsenorgan vermindert belastbar. In Anbetracht der Wirbelsäulendeformation erscheint es nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin vermindert körperlich belastbar ist. Dr. D.\_\_\_\_ hat hinzugefügt, dass sich bei der Beschwerdeführerin im Rahmen einer Polyarthritits mit Befall der Hände und Füsse je nach Krankheitsaktivität eine mehr oder weniger ausgeprägte Einschränkung ergebe. Diese Einschränkung hat er aber weder beziffert



noch hat er angegeben, wie sich diese genau auswirkt. Er hat die Beschwerdeführerin in einer körperlich leicht belastenden Tätigkeit als zu 50% arbeitsfähig (im Sinne von halbtägigen Einsätzen) eingeschätzt. Er hat aber nicht dargetan, wie er zu einer Einschränkung von gerade 50% gelangt ist. Der Zusammenhang zwischen den medizinischen Diagnosen und der abschliessenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist nicht genügend ausführlich begründet. Dr. D.\_\_\_\_ hat ausgeführt, er halte die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten körperlich leicht belastenden Tätigkeit für zu 50% arbeitsfähig. Dabei ist er aber z.B. nicht darauf eingegangen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit gemäss Arbeitgeberbericht die meiste Zeit über (ca. 3-5 ¼ Stunden/Tag) gehen und stehen musste. Weiter gehörte auch das leichte bis mittelschwere Heben und Tragen dazu und die Notwendigkeit, sich bücken zu können und beweglich zu sein. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 50% steht zudem auch in einem erklärungsbedürftigen Widerspruch zur Einschätzung des Arbeitgebers, der vermerkt hat, dass die Beschwerdeführerin auch in einem 50%-Pensum bei weitem nicht die volle Einsatzfähigkeit erreicht habe (obwohl dabei auch die psychiatrische Seite des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eine wesentliche Rolle gespielt haben dürfte). Abschliessend hat Dr. D.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin als in einer ideal adaptierten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig eingeschätzt. Er hat aber nicht begründet, worin die Unterschiede zur angestammten Tätigkeiten liegen und woraus sich die verbleibende Einschränkung von 30% in einer adaptierten Tätigkeit ergeben soll. Insgesamt erweist sich die gutachterliche Beurteilung in somatischer Hinsicht als nicht überzeugend. Der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin ist daher nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

2.3 Der psychiatrische Gutachter, Dr. E.\_\_\_\_, hat festgehalten, die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie sich manchmal total blockiert, geradezu katatonisch, fühle. Sie habe dann keinen Antrieb mehr, sei komplett lustlos, habe weder Hunger noch Durst und bleibe einfach im Bett liegen. Diese Aussage hat Dr. E.\_\_\_\_ als schwer nachvollziehbar beurteilt. Sie passe nicht in das Schema einer depressiven Störung, allenfalls zu einer schweren depressiven Störung, sicher jedoch nicht in eine mittelgradige Episode. Er habe aber bei der aktuellen Untersuchung kaum objektivierbare Hinweise für das Vorliegen depressiver Symptome gefunden. Er habe eine nervöse, agitierte und angespannte Person bei dysthymen Grundaspekt, jedoch



keine depressive Symptomatik im engeren Sinn wahrgenommen. Dazu hat er aber festgehalten, dass dies auch der Erfolg der antidepressiven Therapie sein könne. Er ist sich demnach nicht sicher gewesen, ob bei der Beschwerdeführerin nicht doch eine Depression vorliegen könnte. Seine Angaben sind widersprüchlich, hat er doch im darauffolgenden Satz festgehalten, die Verstärkung der Depression durch die Arbeitsniederlegung spreche dafür, dass die Beschwerdeführerin von einer Beschäftigung profitiere. Damit ist er, entgegen seiner vorherigen Angaben, doch davon ausgegangen, dass bei der Beschwerdeführerin früher eine Depression vorgelegen hatte. Damit sind seine Schlussfolgerungen jedenfalls nicht nachvollziehbar. Insgesamt ist die psychiatrische Einschätzung sehr kurz und geht nur unzureichend auf die konkreten Beschwerdeschilderungen ein. Der psychiatrische Gutachter hat nicht dargelegt, aus welchen Gründen er die Beschwerdeführerin als nicht depressiv betrachtet hat. Aus seinen Schilderungen geht nicht hervor, woraus er die Diagnose einer Dysthymia abgeleitet hat, d.h. wieso er die einzelnen depressiven Verstimmungszustände der Beschwerdeführerin als nicht genügend schwer oder anhaltend beurteilt hat, um die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung zu rechtfertigen. Die behandelnde Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ hat demgegenüber festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bereits seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung leide, und Dr. F.\_\_\_\_ hat notiert, dass bei Beginn der Behandlung im Jahr 2011 eine schwere depressive Episode vorgelegen habe. Dr. E.\_\_\_\_ hat zudem ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin ein trizyklisches Antidepressivum zu sich nehme. Ungeachtet des allfälligen Schweregrades der depressiven Störung ist es aufgrund dieser Angaben nicht nachvollziehbar, dass der psychiatrische Experte das Vorliegen einer depressiven Störung gänzlich verneint hat. Da bei der Beschwerdeführerin der Verdacht auf einen Ritalinmissbrauch bestanden hat, wäre zu erwarten gewesen, dass der psychiatrische Sachverständige sich auch dazu äussert. Er hat nämlich auch aufgeführt, dass die Beschwerdeführerin angeblich 2 Tabletten Focalin Retard (ein Dexmethylphenidat) zu sich nehme. Zu den möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Medikation hat er aber nichts erwähnt. Die psychiatrische Begutachtung bzw. die entsprechende Arbeitsfähigkeitsschätzung weist somit nicht den erforderlichen Beweiswert auf.

2.4 Im Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2012 ist eine ganze Reihe von Psychopharmaka aufgeführt worden, welche die Beschwerdeführerin einnehme



## St.Galler Gerichte

(Duloxetin, Moclobemid, Dibenzepin, Reboxetin, Fluoxetin, Atomoxetin, Dexmethylphenidat [vers. galenische Formen], Dexamphetamin, MAOI Selegilin und Venlafaxin), wobei aus dem Bericht nicht hervorgeht, ob diese Medikamente alle zusammen eingenommen wurden oder ob im Verlaufe der Behandlung diverse Medikamente ausprobiert und dann wieder abgesetzt wurden. In seinem Bericht vom 19. Juli 2012 hat Dr. F.\_\_\_\_ von einem Behandlungsbeginn im Jahr 2011 gesprochen. Im Gutachten (vom 7. Juli 2011) sind dann aber nur die Medikamente Focalin und Noveril aufgelistet worden. Mit der Einnahme von Ritalin habe die Beschwerdeführerin bereits ein Jahr zuvor aufgehört. Diese Angaben stehen in deutlichem Widerspruch zueinander. Im Rahmen der Begutachtung ist die Beschwerdeführerin dann zwar auf Drogen, nicht aber auf die Vielzahl von Medikamenten getestet worden. Da aber im Vorfeld der Verdacht auf einen allfälligen Medikamentenmissbrauch geäussert worden war, wäre eine Bestimmung des Medikamentenspiegels notwendig gewesen. Insgesamt präsentiert sich der Sachverhalt auch in dieser Hinsicht als unzureichend abgeklärt. Einerseits ist nämlich nicht erstellt, welche Medikamente die Beschwerdeführerin tatsächlich einnimmt, und andererseits ist nicht erklärt worden, welche Wirkungen oder Nebenwirkungen die Medikamente auf die Beschwerdeführerin haben. Damit bleibt offen, ob die Beschwerdeführerin nun aufgrund ihrer Depression eingeschränkt ist oder ob sich die Einschränkungen erst durch den Gebrauch der Medikamente ergeben. Dr. E.\_\_\_\_ ist sich, was dies betrifft, offenbar nicht sicher gewesen. Er hat angegeben, es sei möglich, dass er keine Hinweise für eine Depression gefunden habe, weil das Antidepressivum helfe. Dr. E.\_\_\_\_ ist nicht auf die Einschätzung im Arbeitgeberbericht eingegangen, laut dem es der Beschwerdeführerin aufgrund der starken Medikation nicht mehr möglich sei, ihre Tätigkeit wie bisher auszuüben. Dr. F.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin aufgrund des Antriebsmangels, der emotionalen Überreagibilität, der Aufmerksamkeitsstörung, der verminderten Belastbarkeit und der depressiven Stimmung sogar als zu 100% arbeitsunfähig eingeschätzt. Falls eine Teilremission eintrete, sei in einer ideal angepassten Tätigkeit, welche die geringe Belastbarkeit, die geringe Anpassungsfähigkeit, die emotionale Überreagibilität, die hohe Erschöpfbarkeit, die zeitweilige Desorganisation und die Konzentrationsstörung berücksichtige, möglicherweise eine Arbeitsfähigkeit von 30% möglich. Daraus ist allerdings nicht ersichtlich, ob damit auch die körperlichen Beeinträchtigungen berücksichtigt worden sind. Insgesamt erweist sich damit weder die Einschätzung von



Dr. F.\_\_\_\_ noch diejenige des psychiatrischen Gutachters, der die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht als zu 70% arbeitsfähig eingeschätzt hat, als überzeugend.

2.5 Der RAD-Arzt hat in seiner Stellungnahme vom 22. August 2012 lediglich festgehalten, dass von einer iatrogenen Ritalinabhängigkeit ausgegangen werden müsse. Auf den offensichtlichen Widerspruch zwischen dem Gutachten, in dem nur wenige Medikamente erwähnt worden sind, und dem Bericht des behandelnden Arztes, der eine ganze Liste von Medikamenten genannt hat, ist der RAD-Arzt nicht eingegangen. Zudem ergibt sich aus der Stellungnahme des RAD-Arztes ein weiterer Widerspruch. So hat dieser notiert, aus fachpsychiatrischer Sicht könne an der 50%igen Arbeitsfähigkeit, wie sie im Gutachten festgelegt worden sei, festgehalten werden. Aus psychiatrischer Sicht hat der Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin aber als zu 70% arbeitsfähig eingeschätzt. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit hatte sich aus den somatischen Beschwerden ergeben.

2.6 Die Beschwerdegegnerin hätte demnach Rückfragen an die Gutachter stellen müssen, um die Abklärung zu vervollständigen. Erst damit hätte das Gutachten die erforderliche Überzeugungskraft aufgewiesen. Indem die Beschwerdegegnerin auf das nicht überzeugende Gutachten abgestellt hat, so dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nun nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, hat die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht gemäss Art. 43 ATSG verletzt. Da es nicht die Aufgabe des Gerichts sein kann, der Verwaltung deren ureigenste Aufgabe, nämlich die Abklärung des massgebenden Sachverhalts, abzunehmen, besteht keine Notwendigkeit, ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Vielmehr ist die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, zumal nicht nur in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ein zusätzlicher Abklärungsbedarf besteht, wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen.

3.

3.1 Zur Berechnung des Invaliditätsgrades hat die Beschwerdeführerin für das Valideneinkommen auf die Angaben im Arbeitgeberbericht abgestellt. Die



Validenlohnbasis von Fr. 74'841.-- in einem 100%-Pensum ist unbestritten. Bei einem 60%-Pensum resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 44'904.--.

3.2 Für das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin die Tabellenlöhne der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik herangezogen, da die Beschwerdeführerin nach der Kündigung nicht mehr als Pflegefachfrau erwerbstätig gewesen ist. Sie hat auf die Tabelle TA1 2010, Durchschnittswert Gesundheitswesen Anforderungsniveau 3 abgestellt. Daraus hat sie ein Invalideneinkommen von Fr. 36'080.-- errechnet. Da aber die Beschwerdeführerin, wie gezeigt, als Pflegefachfrau mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu 50% arbeitsfähig ist, rechtfertigt es sich nicht, auf diesen Wert abzustellen. Beim vom Arbeitgeber zuletzt ausgerichteten Lohn, der sich auf Fr. 31'850.-- belief, hat es sich um einen Soziallohn gehandelt, der für die Berechnung des IV-Grades ebenfalls nicht herangezogen werden darf. Die Beschwerdegegnerin wird dementsprechend auch zu prüfen haben, welcher Invalidenlohn für die Berechnung herangezogen werden kann.

3.3 Weiter ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin angegeben hat, die Arbeit sei ein fester Bestandteil ihres Lebens gewesen und habe ihr auch Lebensinhalt gegeben. Sie habe jahrelang für die Erhaltung der Arbeitsstelle gekämpft und dafür im privaten Bereich Abstriche gemacht. Weiter hat sie angegeben, sie habe die Arbeit sukzessive reduziert, um die Arbeitsfähigkeit trotz Schmerzen zu erhalten. Zunächst sei sie zu 100% arbeitstätig gewesen, ab 2000 bis 2008 zu 80% und danach noch zu 60%. Aus den Akten ist nicht klar ersichtlich, ob die Beschwerdeführerin das Pensum von 60% freiwillig gewählt hat oder ob sie aus gesundheitlichen Gründen dazu gezwungen war. Jedenfalls erscheint es fraglich, ob sie, wenn sie vollständig gesund wäre, tatsächlich nur in einem 60%-Pensum tätig wäre, oder ob sie nicht eher 80% oder sogar 100% erwerbstätig wäre. Soweit dies aus den Akten ersichtlich ist, wurde die Beschwerdeführerin zu dieser Frage nicht konkret befragt. Im Abklärungsbericht findet sich keine Protokollierung der Fragen und Antworten, aus der klar hervorgehen würde, was genau mit der Beschwerdeführerin besprochen worden ist. Dem Abklärungsbericht ist allerdings zu entnehmen, dass der Ehemann aktuell bereits die meisten Aufgaben im Haushalt übernimmt. Der Ehemann hat zudem angegeben, er habe schon immer einen grösseren Teil der Haushaltführung übernommen. Die Ehefrau sei nie die klassische Hausfrau gewesen. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass die



Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit ihre Erfüllung nicht in der Haushaltstätigkeit fände und nicht in einem solch hohen Ausmass im Haushalt tätig wäre. Dies deutet eher darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage gesehen hat, mehr zu arbeiten, und die restliche Zeit dafür gebraucht hat, sich zu erholen und nicht sich in einem Umfang von 40% der Haushaltstätigkeit zu widmen. Da auch die Kinder längst erwachsen sind, spricht nur wenig für die Qualifikation der Beschwerdeführerin als zu 40% im Haushalt Tätige. Der Sachverhalt ist jedenfalls in dieser Hinsicht noch nicht genügend geklärt. Die Sache muss daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden, damit sie weitere Abklärungen tätigt. Sie hat insbesondere die Beschwerdeführerin dazu zu befragen, in welchem Umfang sie erwerbstätig wäre, wenn sie vollständig gesund wäre. Dabei muss die Beschwerdeführerin ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass sie sich in eine fiktive Situation versetzen müsse, in der sie vollständig gesund sei und nie gesundheitlich beeinträchtigt gewesen sei.

3.4 Zum Abklärungsbericht Haushalt bleibt anzuführen, dass eine sehr hohe Mitwirkungspflicht des Ehemannes berücksichtigt worden ist. Anscheinend stellt sich die Situation so dar, dass der Ehemann den grössten Teil der Haushaltarbeiten erledigen muss, weil die Beschwerdeführerin krankheitsbedingt weitgehend ausfällt. Die Beschwerdegegnerin hat die berufliche Situation des Ehemannes nicht genauer abgeklärt, um zu prüfen, inwieweit ihm eine Mithilfe im Haushalt zumutbar ist, sondern sie hat für die Beurteilung einfach auf die Angaben des Ehemannes zum Ist-Zustand abgestellt und dann diesen Ist-Zustand ohne weiteres als zumutbar qualifiziert. Dies hat dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin als im Haushalt nur relativ gering eingeschränkt beurteilt worden ist, obwohl sie faktisch erheblich eingeschränkt sein dürfte. Die Tatsache, dass der Ehemann den Haushalt neben seiner Erwerbstätigkeit erledigt muss, weil ihm nichts anderes übrigbleibt, muss aber hinsichtlich der Schadenminderungspflicht davon unterschieden werden, ob ihm der effektiv geleistete Arbeitsaufwand im Haushalt auch tatsächlich zumutbar ist. Dies erscheint als fraglich, so dass der Sachverhalt auch in dieser Hinsicht weiter abgeklärt werden muss.

3.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass der massgebliche Sachverhalt insgesamt nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt



ist. Dementsprechend ist die Verfügung vom 6. März 2013 aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1 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. Bei vorliegendem Ausgang des Verfahrens ist sie von der Beschwerdegegnerin zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4.2 Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. März 2013 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.