



**Fall-Nr.:** IV 2014/294  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.11.2019  
**Entscheiddatum:** 11.01.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.01.2017**

**Art. 28 IVG. Anspruch auf Rente. Gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten und unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10% besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Januar 2017, IV 2014/294). Entscheid vom 11. Januar 2017**

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Monika

Gehrer-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2014/294

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz,  
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 11. August 2011 wegen einer Depression bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Im Rahmen der telefonischen Besprechung zwischen Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Dr. med. C.\_\_\_\_, Tagesklinik Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_, vom 13. September 2011 gab die behandelnde Ärztin als Diagnosen eine Angststörung auf dem realen Hintergrund von traumatisierenden Belastungen mit Bedrohungs- und Gewalterfahrungen im Jugend- und Adoleszentenalter, eine histrionische Persönlichkeit sowie eine ausgeprägte Somatisierungstendenz an. Die jetzige Symptomatik sei anlässlich der Kündigung des Arbeitsplatzes (wegen betrieblicher Umstrukturierungen) exacerbierter. Die Versicherte sei erstmals vor zehn Jahren wegen eines Nervenzusammenbruchs in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen (IV-act. 11).

A.b Am 28. Dezember 2011 wurde die Versicherte im Auftrag der Krankentaggeldversicherung durch Prof. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, Klinik G.\_\_\_\_, untersucht. Im Gutachten vom 25. Januar 2012 diagnostizierten die Fachärzte eine mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung (IC-10: F33.1) sowie eine Panikstörung bei Agoraphobie (ICD-10: F40.01). Die Gutachter befanden, dass für die angestammte sowie jedwede vergleichbare Tätigkeit innerhalb der kommenden vier Monate eine schrittweise Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten und anzustreben sei. Sie empfahlen eine schrittweise Wiedereingliederung in 25%-Schritten ab 1. Februar 2012, so dass ab 1. Mai 2012 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erwartet werden könne (IV-Fremdakten).



## St.Galler Gerichte

A.c Im Verlaufsbericht des Psychiatrie-Zentrums D.\_\_\_\_ (Eingang IV-Stelle: 18. Mai 2012) schätzten die behandelnden Ärzte, dass ab Juli 2012 mit einer Teilarbeitsfähigkeit leidensadaptiert gerechnet werden könne (IV-act. 30). In Zusammenarbeit mit dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) wurde eine sozialberufliche Rehabilitation vom 1. Oktober 2012 bis 1. Februar 2013 in H.\_\_\_\_ vereinbart (IV-act. 31, 37, 42). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 29. Oktober 2012 zudem mit, sie erhalte Arbeitsvermittlung zugesprochen (IV-act. 42).

A.d Im Rahmen des dreimonatigen Aufbautrainings arbeitete die Versicherte während vier Stunden pro Tag, wobei sie eine Leistungsfähigkeit von 80% gezeigt habe. Sobald der Leistungsdruck erhöht worden sei, habe die Versicherte stark mit körperlichen Symptomen reagiert, was sich in gehäuften Fehlzeiten (Krankheitstagen) niedergeschlagen habe (IV-act. 46-5f.). Gestützt auf ein Abschlussgespräch u.a. mit der Versicherten teilte die IV-Stelle der Versicherten am 29. Mai 2013 mit, dass das Leistungsbegehren um weitere berufliche Massnahmen abgewiesen werde. Trotz Bemühungen sei es nicht gelungen, sie in den Arbeitsmarkt zu integrieren (IV-act. 48-2, 56).

A.e Mit Arztbericht vom 16. Juni 2013 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Psychiatrie-Zentrums D.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F33.0, eine Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlung (Horten), ICD-10 F42.1, sowie eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung, ICD-10 Z73.1. Sie befanden, dass die Versicherte insgesamt zu 50% arbeitsfähig sein dürfte. Ab wann von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit von 100% ausgegangen werde könne, sei verlaufsabhängig und bleibe abzuwarten (IV-act. 57-7). In der Folge empfahl RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ am 16. Juli 2013 eine bidisziplinäre Begutachtung (IV-act. 58).

A.f Diese erfolgte am 16. August 2013 durch die Medizinische Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG). Psychiatrisch wurde die Versicherte durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und orthopädisch durch Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, Zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, abgeklärt (IV-act. 62). Mit Stellungnahme vom 30. September 2013 befand RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ das psychiatrische Gutachten als inhaltlich mangelhaft und mit erheblichen



## St.Galler Gerichte

Inkonsistenzen versehen, so dass eine Nachbegutachtung erforderlich sei (IV-act. 68, 63).

A.g Am 13. November 2013 wurde die Versicherte daher erneut psychiatrisch von Dr. I.\_\_\_\_ untersucht. Im Gutachten vom 22. November 2013 schätzte er die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf Grund einer rezidivierenden depressiven Störung mit überwiegend mittelgradigen Episoden (ICD-10 F33.1, seit etwa 02/2011), gegenwärtig mittelgradiger bis schwer depressiver Episode (ICD-10 F33.2, seit etwa 9/2013) und anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, bestehend seit etwa 2/2011) in leidensadaptierten Tätigkeiten seit 02/2011 auf 50% (IV-act. 67-26). RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ befand das Gutachten als nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden könne (IV-act. 70).

A.h Demgegenüber hielt der Rechtsdienst der IV-Stelle mit Stellungnahme vom 23. Januar 2014 dafür, dass zwar aktuell eine mittelgradige bis schwere depressive Episode vorliege, im Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums D.\_\_\_\_ vom 16. Juni 2013 aber noch eine leichte depressive Episode vorgelegen habe. Insofern könne die erhobene mittelgradige bis schwere depressive Episode nicht als invalidisierend gelten, zumal die Komorbidität noch nicht erheblich lange dauere. Des Weiteren sei die psychische Problematik Ausfluss von psychosozialen Belastungsfaktoren (Kündigung der Wohnung und der Arbeit), was ebenfalls als invaliditätsfremd zu taxieren sei (IV-act. 71).

A.i Mit Vorbescheid vom 31. Januar 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten eine Ablehnung des Rentengesuchs gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 0% in Aussicht (IV-act. 75). Dagegen erhob die Versicherte am 25. April 2014 Einwand (IV-act. 81).

A.j Mit Verfügung vom 1. Mai 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch der Versicherten im Sinne des Vorbescheids ab (IV-act. 82).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die für die Versicherte erhobene Beschwerde von Advokat lic. iur. M. Boltshauser, procap Schweiz, vom 2. Juni 2014 mit dem Begehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer



mindestens halben Invalidenrente; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung macht der Rechtsvertreter geltend, eine mittelgradige depressive Störung sei weder ein syndromales Leiden noch sei sie von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung erfasst. Insbesondere sei die depressive Episode vorliegend auch schwergradig, so dass die von der Beschwerdegegnerin zitierte Rechtsprechung erst recht nicht anwendbar sei. Auf Grund der auch von der Beschwerdegegnerin und ihrem RAD deklarierten Vollständigkeit des Nachgutachtens und unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Praxis sei die Komorbiditätsvoraussetzung gar nicht zu prüfen und auf Grund der 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2011 eine mindestens halbe Rente ab Februar 2012 auszurichten (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2014 beantragt die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Dies begründet sie damit, dass die mittelgradige bis schwere Depression, sofern sie dann effektiv vorliege, nicht von erheblicher Dauer sei, weshalb diese Depression nicht als invalidisierend zu taxieren sei. Schliesslich betrage die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin adaptiert 50%, wobei die Willensanstrengung vorliegend durch den Arzt aufgeteilt werde in einen Bereich, in dem sie als zumutbar gelte und in einen weiteren Bereich, in welchem sie als unzumutbar betrachtet werde. Da eine Willensanstrengung jedoch nicht aufgeteilt werden könne, müsse sie im Sinne der Rechtsprechung in eine gänzliche Zumutbarkeit umgedeutet werden (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 10. September 2014 hält die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren fest (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

### Erwägungen

1.

1.1 Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

1.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über



den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. 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 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% 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. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht



erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_, deren Feststellungen auch die Beschwerdeführerin nicht in Frage stellt.

2.2 Im orthopädisch-psychiatrischen MGSG-Gutachten vom 4. September 2013 hielten die Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin seit fünf Jahren unter therapieresistenten Nackenschmerzen leide, insbesondere beim Bücken sowie Heben und Tragen von Lasten, welche unter der immer noch durchgeführten Physiotherapie nachgelassen hätten. Häufig würden Analgetika gebraucht. Die Nackenschmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule könnten im Wesentlichen auf die im MRI sichtbare deutliche Osteochondrose C5/6 mit foraminale Diskushernie und foraminal beidseitiger Enge mit mässiger Kompression der Nervenwurzel C6 foraminal links mehr als rechts zurückgeführt werden. Dabei sei jedoch das Ausmass der demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde durch diesen Befund nicht ganz erklärt. Nachdem nur die Nervenwurzel C6 rechts und links komprimiert sei, könne die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität des gesamten linken Arms nicht nachvollzogen werden. Seit über 10 Jahren würden sich therapieresistente lumbale Schmerzen manifestieren, die ab und zu in den Aussenknöchel links ausstrahlten und das Laufen auf eine Stunde limitierten. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen Befunde der LWS könnten grösstenteils mit der im MRI dokumentierten mässigen Spondylarthrose und der medio rechtsseitigen Diskushernie mit mässiger Kompression der Nervenwurzel L5 rechts recessal und möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 links recessal vereinbart werden. Wiederum könne allerdings das Ausmass der pathologischen Untersuchungsbefunde durch den MRI-Befund nicht vollumfänglich plausibilisiert werden (IV-act. 62-30f.). Als orthopädische Diagnosen hielt der Gutachter ein cervicovertebrales Syndrom bei deutlicher Osteochondrose C5/6 mit foraminale Diskushernie und foraminal beidseitiger Enge mit mässiger Kompression der Nervenwurzel C6 foraminal links mehr als rechts sowie eine



Lumboischialgie links bei mässiger Spondylarthrose und medio rechtsseitiger Diskushernie mit mässiger Kompression der Nervenwurzel L5 rechts recessal und möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 links recessal fest (IV-act. 62-7). Körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die vorwiegend sitzend oder stehend ausgeübt werden müssten und die mit häufigen inklinierten und reklinierten sowie rotierten Körperhaltungen verbunden seien, könnten der Beschwerdeführerin nicht mehr zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit als Sekretärin, also in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit häufig inklinierter Körperhaltung, betrage dementsprechend seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums 70% (Arbeitsunfähigkeit 30%). Adaptierte, d.h. körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen werden müssten, seien bei voller Stundenpräsenz aus orthopädischer Sicht seit jeher zu 100% zumutbar (IV-act. 62-8f.).

2.3 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 22. November 2013 (Nachbegutachtung) diagnostizierte Dr. I. \_\_\_ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10 F33.1), bestehend seit etwa 02/2011, gegenwärtig mittelgradige bis schwer depressive Episode (ICD-10 F33.2), bestehend seit etwa 09/2013 sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10 F44.4), bestehend seit etwa 02/2011. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, ängstlichen, selbstunsicheren Zügen (ICD-10 Z73.1) und eine Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (Sammeltrieb; ICD-10 F42.1), bestehend seit etwa 2003 (IV-act. 67-20). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich bei der Beschwerdeführerin seit etwa 02/2011 eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden erheben, wobei in den letzten drei bis vier Monaten eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit mittelgradiger bis schwer depressiver Episode zu erheben sei. Diese sei gekennzeichnet durch eine ausgeprägt niedergeschlagene Stimmungslage mit Affektstörungen, mit teils vermindertem affektivem Mitschwingen, wechselnd mit ausgeprägter Affektlabilität, weinerlichem Verhalten und Verzweiflung, wobei inzwischen keine Stimmungsaufhellungen mehr zu



erheben seien. Hinzu kämen eine psychomotorische Unruhe, Anspannungszustände, Antriebsminderung sowie negativistisch eingeeengtes Denken vor allem auf ihre körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen einhergehend mit Suizidgedanken, fehlenden Zukunftsperspektiven, Unvermögen zu planen, zu organisieren und mit rascher Überforderung und Erschöpfung (IV-act. 67-22). Weiter könne bei der Beschwerdeführerin ein syndromales Geschehen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung und dissoziativen Störungen mit Bewegungsstörungen erhoben werden. Dabei stünden die Schmerzen und Bewegungsstörungen im Zusammenhang mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen. Je nach Intensität der psychischen Belastungen liessen sich verstärkte Schmerzen und Bewegungsstörungen erheben mit der Unfähigkeit, sich infolge der körperlichen Anspannungen zu bewegen. Zudem könnten diese Bewegungsstörungen dissoziativen Störungen zugeordnet und als psychogen angesehen werden (IV-act. 67-23). Weiter führte Dr. I.\_\_\_\_ aus, auf Grund der seit Jahren bestehenden chronischen Schmerzsymptomatik, bei der es sich laut anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin um eine schwere, quälende Schmerzsymptomatik handle, könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden. Bei dieser könnten die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden und stünden in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen. Nachdem es sich bei der mittelgradigen bis schwer depressiven Störung um eine von der Schmerzsymptomatik unabhängige Erkrankung handle, bestehe eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer und die Beschwerdeführerin verfüge aus medizinischer Sicht nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit Schmerzen. Daneben liessen sich gemäss Gutachter keine weiteren massgebenden Faktoren wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens erheben. Die Beschwerdeführerin habe zumindest wenige soziale Kontakte. Auch liege kein hoher primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren, innerseelischen Verlaufs bei missglückter, psychisch aber entlastender Konfliktbewältigung vor. Auch lägen keine unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequenter Behandlungsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenverantwortung vor. Trotz der besagten Diagnose sei eine zumutbare Willensanstrengung zur



Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Restarbeitsfähigkeit anzunehmen (IV-act. 67-23f.). Die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, Antrieb, Interessen, Motivation und Dauerbelastbarkeit würden jedoch erheblich beeinträchtigt erscheinen. Trotzdem liessen sich Ressourcen erheben. So sei die Beschwerdeführerin zuletzt wiederholt beruflichen Massnahmen im 50%-Pensum nachgegangen. Ausserdem habe sie bisher unabhängig vom Sammeltrieb mit Unterbrechungen den Haushalt versorgt, wobei diesbezüglich zunehmende Beeinträchtigungen zu erheben seien. Daneben liessen sich zunehmende Affektstörungen, kognitive Störungen und Kontaktstörungen erheben (IV-act. 67-24).

2.4 RAD-Arzt Dr. B.\_\_\_\_ befand in seiner Stellungnahme vom 7. Januar 2014, dass das Nachgutachten von Dr. I.\_\_\_\_ gegenüber demjenigen vom 19. August 2013 alle versicherungsmedizinischen Ansprüche erfülle, was Aktendarstellung, Erhebung der Anamnese, Befundbeschreibung mit Objektivierung der subjektiven Angaben, Ableitung der Diagnosen und daraus resultierenden Einschränkungen betreffe. Die Beurteilung der Fähigkeiten der Beschwerdeführerin oder von deren Einschränkungen sei nachvollziehbar, so dass auf dieses Gutachten in der Entscheidfindung abgestellt werden könne. Seit Februar 2011 sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit (Bürotätigkeit) nur noch zu 30% arbeitsfähig. In adaptierten Tätigkeiten bestehe durchgehend seit Februar 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 50% (bei dementsprechendem zeitlichem Pensum volle Leistung; IV-act. 70-2).

3.

Vorliegend fällt auf, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) erstmals durch Dr. I.\_\_\_\_ gestellt wurde und in den Akten bis zur Begutachtung durch die MGSG im Jahr 2013 HWS- und LWS-Beschwerden kaum ein Thema war. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Prof. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2011 gab die Beschwerdeführerin auch lediglich an, sie habe vermehrt Rückenschmerzen und würde diese Schmerzen im Zusammenhang mit dem Konflikt mit ihrem Arbeitgeber sehen (IV-Fremdakten, Gutachten vom 25. Januar 2012, S. 3). Erst anlässlich der orthopädischen Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ machte die Beschwerdeführerin geltend, bereits seit zehn Jahren unter mehr oder weniger unverändert brennenden, respektive drückenden



lumbalen Schmerzen sowie seit fünf Jahren unter Nackenschmerzen zu leiden, welche in den Kopf ausstrahlen würden. Das Laufen sei auf Grund der lumbalen Schmerzen lediglich während einer Stunde möglich. Das Sitzen sei nicht eingeschränkt und Gefühlsstörungen und Lähmungen der Beine wurden verneint; es bestehe jedoch eine Urininkontinenz (vgl. IV-act. 62-3). Dr. I.\_\_\_\_ erhob darauf als Diagnose ein syndromales Geschehen mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung und dissoziativen Störungen mit Bewegungsstörungen (IV-act. 76-23). Nachdem aus dieser neuen Diagnose allerdings keine zusätzlichen Einschränkungen abgeleitet und die Rücken- und Nackenbeschwerden bei der Beschwerdeführerin erstmals im MGSG-Gutachten erfasst wurden, kann offen gelassen werden, ob diese Diagnose plausibel erhärtet ist. Führend ist vorliegend die nachvollziehbar diagnostizierte Depression und die daraus abgeleiteten Schlüsse. Da die Feststellungen und Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ somit - zumindest im Nachgutachten vom 22. November 2013 - nachvollziehbar sind, spricht nichts gegen die Beweiskraft des Gutachtens. Es kann darauf abgestellt werden.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin bestreitet in rechtlicher Hinsicht das Vorhandensein eines nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorliegenden invalidisierenden Gesundheitsschadens, welcher Anspruch auf eine Invalidenrente gebe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der normativ vorgegebenen Kriterien ist sowohl Aufgabe der begutachtenden Ärzte als auch der Organe der Rechtsanwendung. Beide prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Zunächst erfolgt eine Folgenabschätzung aus medizinischer Sicht. Diese bildet anschliessend eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 306 E. 5.2.1 mit Hinweisen).

4.2 Während die Rückenbeschwerden, wie oben dargelegt, erst spät (im 2013) diagnostiziert und überhaupt thematisiert wurden, traten bei der Beschwerdeführerin bereits ca. im Jahr 2001 nach der Trennung von ihrem alkoholkranken Partner psychische Beschwerden auf, indem sie damals einen „Nervenzusammenbruch“ erlitt. In der Folge sei sie gemäss eigenen Angaben etwa ein Jahr lang bei einem Psychiater und Psychotherapeuten in Behandlung gewesen. Damals seien erstmalige Panikattacken aufgetreten, sie habe jedoch wieder gut in den Alltag zurückgefunden.



Ungefähr im Jahr 2008 habe sie ein „Burnout“ gehabt, sie habe zu dieser Zeit sehr viel gearbeitet, sei gereizt gewesen, habe schlecht geschlafen und keine Zeit mehr für Freizeitaktivitäten gehabt. Durch Krankschreibung und Verordnungen ihres Hausarztes sei es jedoch ohne Klinikaufenthalt wieder deutlich besser geworden. Im Februar 2011 habe ein Konflikt mit dem Chef schliesslich zur Kündigung geführt. Sie habe danach „Panik vor der Arbeit“ und eine Depression entwickelt (IV-Fremdakten, Gutachten vom 25. Januar 2012, S. 4). Prof. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierten gestützt auf ihre Begutachtung in erster Linie eine mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf rezidivierende depressive Störung vor dem Hintergrund einer Persönlichkeitsakzentuierung (IC-10: F33.1). Nachdem auch Dr. I.\_\_\_\_ im Gutachten vom 22. November 2013 eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10 F33.1) und gegenwärtig sogar mittelgradig bis schwerer depressiver Episode (ICD-10 F33.2) feststellte, erscheint eine eigenständige depressive Störung medizinisch klar ausgewiesen. Ist die rezidivierende depressive Störung nicht bloss als Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern vielmehr als ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden der Beschwerdeführerin anzusehen, liegt nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kein pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustand vor, bei welchem die bei somatoformen Schmerzstörungen angenommene Vermutung, dass die Behinderung oder deren Folgen mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wären, Geltung beanspruchen würde (Urteil des Bundesgerichts vom 8. April 2013, 8C\_651/2012, E. 5.3 mit Hinweis auf: SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95 f. E. 2.4; Urteil vom 17. Januar 2013, 9C\_521/2012, E. 3.1.2 und 4.1). Insbesondere hielt Dr. I.\_\_\_\_ explizit fest, dass das depressive Leiden unabhängig von der Schmerzproblematik bestehe (IV-act. 67-23). Schliesslich führte Dr. I.\_\_\_\_ auch aus, dass ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren nicht anzunehmen sei und sich an psychosozialen Faktoren vor allem Arbeitslosigkeit erheben lasse (IV-act. 67-29).

4.3 Obgleich Dr. I.\_\_\_\_ festhielt, dass neben der bisherigen tagesklinischen Behandlungen und ambulanten psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung noch keine zusätzlichen psychosomatischen Behandlungen erfolgt seien und weiter auch stationäre oder teilstationäre Behandlungsmöglichkeiten gegeben wären, womit die therapeutischen Optionen noch nicht ausgenützt seien (vgl. IV-act. 67-24), ist vorliegend die Vornahme einer konsequenten Depressionstherapie, wie die



Beschwerdegegnerin argumentiert, nicht zu verneinen. So gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung an, sie gehe etwa alle zehn Tage zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung ins Ambulatorium Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_ (IV-act. 67-17). Des Weiteren enthalten die Akten keinerlei Hinweise, dass sie weitere Empfehlungen ihrer behandelnden Ärzte abgelehnt hätte. Im Übrigen hat auch das Bundesgericht in seinem jüngsten Urteil vom 4. November 2016, 9C\_391/2016, E. 3.4, festgehalten, dass einer versicherten Person, nachdem darauf verzichtet worden sei, sie gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG zu einer medikamentösen Therapie zu verpflichten, nicht entgegengehalten werden könne, sie habe keine konsequente Depressionstherapie befolgt, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde. Damit ist der invalidisierende Charakter der mittelgradigen bis schweren depressiven Episode einzig auf Grund von vorhandenen weiteren Behandlungsoptionen nicht zu verneinen. Umso weniger, als Dr. I.\_\_\_\_ explizit verneinte, dass eine konsequente Behandlung absehbar zu einer Leistungssteigerung führen könnte. Die Prognose sei eher ungünstig und es sei in Belastungssituationen mit rascher Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds mit Selbstlimitierung bei der vorliegenden, histrionischen Persönlichkeitsstruktur zu rechnen (vgl. IV-act. 67-28f.).

4.4 Schliesslich kann der Argumentation der Beschwerdegegnerin, dass die Zumutbarkeit der Willensanstrengung entweder im Ganzen bejaht oder verneint werden müsse, nicht gefolgt werden, nachdem diese Praxis mit BGE 141 V 294 E. 3.4.2.2 aufgegeben wurde. Vielmehr ist die Abklärung der Frage, ob gestützt auf eine diagnostizierte Schmerzstörung eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit vorliegt, durch eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens vorzunehmen (BGE 141 V 295 E. 3.6). Wie Dr. I.\_\_\_\_ ausführte, liessen sich bei der Beschwerdeführerin trotz der vorhandenen Diagnose Ressourcen erheben. So sei sie zuletzt wiederholt beruflichen Massnahmen in einem 50%-Pensum nachgegangen. Auch versorge sie bisher unabhängig von ihrem Sammeltrieb mit Unterbrechungen den Haushalt, wobei diesbezüglich zunehmende Beeinträchtigungen zu erheben seien. Daneben würden sich aber auch zunehmende Affektstörungen, kognitive Störungen und Kontaktstörungen zeigen (IV-act. 67-24). Insgesamt ist folglich



davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 50% zumutbar ist.

4.5 Somit ist auch in rechtlicher Hinsicht für die Prüfung des Invalidenrentenanspruchs gestützt auf die medizinische Aktenlage bei der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit seit Februar 2011 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

5.

5.1 Ausgehend von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit verbleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrads. Die Beschwerdegegnerin ging dabei vom letzten Lohn aus, welchen die Beschwerdeführerin als Sekretärin einer Baufirma gemäss IK-Auszug im Jahr 2009 erzielte, nämlich von Fr. 71'500.-- (vgl. IV-act. 6-1). Dieser angepasst an die Nominallohnentwicklung (vgl. Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik) von 1.1% für das Jahr 2010, von 1.0% für das Jahr 2011 und von 1.0% für das Jahr 2012 ergibt für das Jahr 2012 ein Valideneinkommen von Fr. 73'739.--. Nachdem die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 70% und in einer leidensadaptierten Tätigkeit nur zu 50% arbeitsunfähig ist, ist für das Invalideneinkommen auf die statistischen Werte der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abzustellen. Danach resultiert ein durchschnittliches Einkommen für den Privaten Sektor (Total), Kompetenzniveau 2, Frauen, für das Jahr 2012 von Fr. 55'752.-- (Fr. 4'646.-- x 12). Hochgerechnet auf 41.7 Wochenstunden ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 58'121.-- (Fr. 55'752.-- / 40 x 41.7) und unter Berücksichtigung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50% ein Invalideneinkommen von Fr. 29'061.--.

5.2 Zu klären ist damit noch die Frage eines Tabellenlohnabzugs für das Invalideneinkommen. Da die Beschwerdeführerin lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung ausüben kann (vgl. IV-act. 67-27, 62-9), wird sie mit einer Lohneinbusse zu rechnen haben, weshalb sich ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt. Insgesamt erscheint daher ein 10%iger



Tabellenlohnabzug angemessen. Unter Berücksichtigung einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit und eines Tabellenlohnabzugs von 10% resultiert ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 65% ( $100\% / \text{Fr. } 73'739.-- \times [\text{Fr. } 73'739.-- - \text{Fr. } 26'155.--]$ ). Die Beschwerdeführerin hat damit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Nach Ablauf des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) im Februar 2012 und Anmeldung zum Leistungsbezug von August 2011 entsteht der Rentenanspruch am 1. Februar 2012 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

6.

6.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 1. Mai 2014 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin ist ab 1. Februar 2012 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 1. Mai 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2012 eine Dreiviertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe sowie zur Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

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