



Fall-Nr.: IV 2014/507
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.10.2019
Entscheiddatum: 29.07.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 29.07.2016

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiskraft Gutachten. Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Gemischte Methode. Gestützt auf das Gutachten und einen Tabellenlohnabzug von 20% besteht ein Anspruch auf eine befristete ganze Rente und eine anschliessende Dreiviertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juli 2016, IV 2014/507).

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie Löhler (Vorsitz), Lisbeth Mattle Frei und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2014/507

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Karl Gehler, LL.M.,

Hofmann Gehler Schmidlin, Hanfländerstrasse 67, Postfach 1539, 8640 Rapperswil SG,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 9. September 2008 bei der IV-Stelle zum Bezug von Invalidenleistungen (Massnahmen für die berufliche Eingliederung/Rente) an (IV-act. 1). Gemäss dem telefonischen Gespräch zwischen RAD-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, und Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie und Handchirurgie, vom 29. Oktober 2008 litt die Versicherte unter einem Status nach Rhizarthrose links und palmarer Capsulodese MP I links vom 9. Februar 2008, einem postoperativen Verlauf mit Entwicklung einer Algodystrophie, einem Schmerzsyndrom und psychoreaktiv-depressiven Beschwerden bei allgemeiner psychosozialer Überforderungssituation (IV-act. 17).

A.b Im Bericht vom 29. Januar 2009 diagnostizierte D.____, Fachärztin Neurologie FMH, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine periphere Nervenläsion des N. digitalis palmaris und der motorischen Endäste des N. medianus links (IV-act. 43-6).

A.c Mit Schreiben vom 25. Mai 2009 berichtete Dr. C.____ über einen Korrektur-Eingriff an der linken Hand vom 3. April 2009. Der Verlauf sei aber wieder ähnlich wie bei der letzten Operation. Die Versicherte verspüre inadäquat starke Schmerzen, ohne dass objektiv eine Komplikation feststellbar sei. Die Hand liesse sich kaum anfassen, der Daumen werde nicht eingesetzt und der psychische Zustand entgleise allmählich ebenfalls (IV-act. 33-9).

A.d Mit Bericht vom 14. Dezember 2009 äusserte sich Dr. med. E.____, Facharzt (FMH) Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, Chirurgie und Handchirurgie, zu



St.Galler Gerichte

den Restbeschwerden DI links nach Resektionsarthroplastik 2005 und Revisionseingriff 4/09. Am linken Daumen zeige sich eine regelrechte Durchblutung und Sensibilität, jedoch sei die Motorik schmerzbedingt eingeschränkt. Die Prognose sei ungünstig (IV-act. 43-3).

A.e Am 24. Dezember 2009 berichtete Dr. C. ___ der IV-Stelle, dass die Versicherte in Folge permanenter Schmerzen, Depressionen und Verzweiflung arbeitsunfähig sei und bleibe. Weder die bisherige noch andere Tätigkeiten seien ihr zumutbar. Aktuell bestehe eine bleibende Einschränkung von 100% (IV-act. 38).

A.f Mit Stellungnahme vom 26. März 2010 schloss die Eingliederungsverantwortliche den Fall ab, da aktuell keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 45-7).

A.g Am 10. März 2010 wurde die Versicherte von RAD-Arzt Dr. B. ___ und Dr. med. F. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, untersucht. Nach gemeinsamer Besprechung kamen die RAD-Ärzte zum Schluss, dass für die Beurteilung der noch zumutbaren Restarbeitsfähigkeit eine handchirurgische Begutachtung indiziert sei (IV-act. 50).

A.h Am 3. Mai 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 54).

A.i Die Versicherte wurde am 23. Juni 2010 durch Dr. med. G. ___, Handchirurgie, Plastische Chirurgie, Orthopädie H. ___, begutachtet. Im Bericht vom 25. Juni 2010 diagnostizierte Dr. G. ___ ein chronisches Schmerzsyndrom links, CRPS Typ II, ein Rehabilitationsdefizit, eine Generalisierung der Schmerzsymptomatik bei einem Zustand nach wiederholten Eingriffen im Bereich des I. Strahles, 2005 eine Ganglionexstirpation, 02/2008 eine Trapeziumresektion, Teilresektion des Trapezoids, Aufhängeplastik nach Epping mit ½ FCR-Sehne, eine Kapsulodese MP I, 04/2009 eine Reoperation, erneute Aufhängeplastik mit Rest der FCR-Sehnen sowie Cerclageentfernung und Neuromversorgung eines palmaren Medianusastes. Die Versicherte funktioniere als rechtsdominante Einhänderin. Es bestehe eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in ihrem angestammten Beruf. In Bezug auf alle in der Schweiz durchgeführten Arbeiten sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig einzustufen. In einer angepassten Tätigkeit sei sie bestenfalls 50% arbeitsfähig.



St.Galler Gerichte

Schwere Arbeiten seien jedoch insofern ungünstig, als sich auch in der rechten Hand eine Rhizarthrose abzeichne (IV-act. 57). RAD-Arzt Dr. B.____ befand das Gutachten mit Stellungnahme vom 4. November 2010 als nachvollziehbar (IV-act. 61).

A.j Am 3. November 2010 wurde die Versicherte durch Dr. G.____ an der linken Hand operiert (IV-act. 65).

A.k Im Triagegespräch vom 24. November 2010 entschieden die IV-Verantwortlichen, dass die berufliche Eingliederung erneut zu prüfen sei (IV-act. 67).

A.l Mit Bericht vom 21. September 2010 diagnostizierte Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, einen Verdacht auf intermittierende radikuläre Kompression L5 links bei Diskushernie L4/5 und einen Verdacht auf Segmentinstabilität L4/5 sowie einen Verdacht auf eine beginnende Syringomyelie cervical. Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie, befand auf Grund seiner Verlaufskontrolle vom 15. September 2010 und des erwähnten neurologischen Konsiliums, dass die Beschwerden zurzeit aber nicht genügend intensiv seien, als dass man ein operatives Vorgehen beschliessen müsste (IV-act. 73-2f.)

A.m Mit Verfügung vom 3. Januar 2011 verneinte das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) die Vermittlungsfähigkeit der Versicherten (IV-act. 77-2ff.).

A.n Im Schreiben vom 18. Februar 2011 diagnostizierte Dr. med. K.____, FA für Allgemeine Medizin FMH, ein degeneratives Panvertebralsyndrom, ein chronisches Schmerzsyndrom nach Rhizarthrosen-Operation links 2005, Trapezektomie 2008 und Revision zuletzt 11/10, eine depressive Verarbeitung, Refluxbeschwerden, Omalgie rechts, chronisch wiederkehrende Kopfschmerzen und einen Hallux valgus beidseits. Bezüglich der aktuellen Revisionsoperation am linken Handgelenk könne als Zwischenbefund festgehalten werden, dass die Schmerzen unverändert weiter beständen (IV-act. 85).

A.o Mit Verlaufsbericht vom 24. Juni 2011 informierte Dr. G.____, dass sich die Situation im Bereich der linken Hand zwar hinsichtlich der Schmerzen verbessert habe, jedoch



St.Galler Gerichte

sei die Versicherte noch immer nicht beschwerdefrei. An eine Reintegration in den Arbeitsprozess sei zurzeit nicht zu denken (IV-act. 94). Am 19. August 2011 berichtete Dr. G.____, die Versicherte könne die Hand zwar besser gebrauchen als vor der Operation und auch kleinere Arbeiten mit der Hand durchführen. Jedoch funktioniere sie als Einhänderin mit einer linken Hilfshand. Wahrscheinlich werde eine Arbeitsunfähigkeit von 50% resultieren (IV-act. 100). Im Verlaufsbericht vom 14. September 2011 kam Dr. G.____ gestützt auf die letzte Konsultation vom 18. August 2011 zum Schluss, dass eine 50%ige Berentung wahrscheinlich Sinn machen würde (IV-act. 103-3).

A.p RAD-Arzt Dr. B.____ hielt gestützt darauf fest, rein theoretisch sei versicherungsmedizinisch davon auszugehen, dass die Versicherte in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von vermutlich doch mehr als 50% erreichen könne. Nachdem Dr. G.____ im Bericht vom Juni 2011 eine Reintegration in den Arbeitsprozess noch ausgeschlossen habe, gehe er im Bericht vom 14. September 2011 von einer Arbeitsfähigkeit von 50% aus. Somit hätten diese Angaben ab der letzten Konsultation vom 18. August 2011 Gültigkeit (IV-act. 107-2).

A.q Mit Schlussbericht vom 6. Februar 2012 schloss die Eingliederungsverantwortliche die berufliche Eingliederung ab (IV-act. 113).

A.r Im Bericht vom 10. April 2012 hielt Dr. H.____ fest, die neurologische Symptomatik sei diagnostisch nach wie vor nicht eindeutig zuordenbar. Die von der Versicherten berichteten Sensibilitätsstörungen und auch die zeitweise Schmerzausstrahlung in das rechte Bein liessen sich mit dem Befund nicht zweifelsfrei erklären. Therapeutisch sei ein Versuch mit einer periradikulären Infiltration der Nervenwurzel L5 links empfehlenswert (IV-act. 131-10f.). Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, orientierte am 7. Juni 2012 darüber, dass es der Versicherten nach der Infiltration L5 links vor vier Wochen im linken Bein besser gehe. Sie habe mehr Kraft und könne besser gehen. Momentan sei sie durch Nackenschmerzen links gestört, die bis in die Hand und in alle Finger ausstrahlen würden (IV-act. 131-6, vgl. auch Bericht vom 19. Juni 2012, IV-act. 131-4f.).



St.Galler Gerichte

A.s Im Rahmen einer Haushaltsabklärung vom 4. Juli 2012 führte die Abklärungsperson aus, dass bei der Versicherten bei einer 80%igen Erwerbstätigkeit bzw. einer Haushaltstätigkeit im Rahmen von 20% die Einschränkung im Haushalt 50% betrage (IV-act. 127).

A.t Mit Stellungnahme vom 6. Februar 2013 empfahl Dr. med. F.____ die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 139).

A.u Die Versicherte wurde am 26. und 28. August sowie am 3. und 24. September 2013 im Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) Basel polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten vom 11. November 2013 schätzten die Gutachter die Versicherte gesamthaft in angepassten Tätigkeiten zu 50% arbeitsfähig und sahen auch im Haushalt eine Einschränkung von 50% als gegeben (IV-act. 143). RAD-Arzt Dr. F.____ befand das Gutachten als nachvollziehbar (IV-act. 144).

A.v Mit Vorbescheid vom 7. Februar 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 35% eine Ablehnung des Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 150). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte durch Rechtsanwalt Dr. iur. K. Gehler am 7. März 2014 Einwand erheben (IV-act. 151).

A.w Mit Vorbescheid vom 16. Mai 2014 ersetzte die IV-Stelle den Vorbescheid vom 7. Februar 2014 und stellte der Versicherten ab 1. Februar 2009 einen Anspruch auf eine Viertelsrente in Aussicht (IV-act. 156). Dagegen reichte der Rechtsvertreter der Versicherten am 14. Juli 2014 Einwand ein und beantragte die Ausrichtung einer ganzen, eventualiter einer halben Invalidenrente (IV-act. 161).

A.x Bezugnehmend auf die von der Versicherten eingereichten weiteren medizinischen Akten hielt Dr. F.____ am 11. August 2014 fest, diese würden keine genauen Angaben zur Arbeitsfähigkeit und auch keine neuen medizinischen Aspekte enthalten, welche nicht schon bekannt gewesen wären. Der medizinische Sachverhalt sei anlässlich der Begutachtung im ABI adäquat gewürdigt worden (IV-act. 164-2).

A.y Mit Verfügung vom 1. Oktober 2014 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. Februar 2009 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40.12% eine Viertelsrente zu (IV-act. 170).



B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 4. November 2014 mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Februar 2009. Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2009 eine halbe Invalidenrente auszurichten; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung macht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend, dass sowohl im Erwerb wie auch im Haushalt von einer fehlerhaften Feststellung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Da die Beschwerdeführerin für sämtliche manuellen Tätigkeiten mit beiden Händen derart eingeschränkt und auch für die leichtesten Arbeiten „nur vermindert“ einsetzbar sei, müsse sie als funktionell einarmig gelten mit zusätzlicher Einschränkung der anderen Hand. Zudem sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch deshalb anzunehmen, weil sich die Beschwerden der Beschwerdeführerin in den letzten Monaten gravierend verschlechtert hätten und mittelfristig eine Resektionsarthroplastik nicht zu umgehen sei. Schliesslich seien neu auch Thoraxschmerzen entstanden, die auf eine Herzerkrankung hinweisen würden. Ausserdem seien Probleme im Rücken- und Beckenbereich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung unberücksichtigt geblieben. Unter diesen Umständen sei auch die Verwertbarkeit der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit zu thematisieren. Denn es sei absolut unrealistisch, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin als funktionell einarmige Person mit Beschwerden auch in der anderen Hand und zusätzlichen Beschwerden im Rücken überhaupt eine Arbeit finden könne. Eine weitere Fehleinschätzung ergebe sich in der Haushaltsabklärung. Darin sei die Mitwirkungspflicht des Ehemannes zweimal berücksichtigt worden. Schliesslich sei der bald 60-jährigen Beschwerdeführerin ohne berufliche Ausbildung und mit beschränkten Deutschkenntnissen ein Leidensabzug von 25% zu gewähren (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 25. Februar 2015 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 10).

Erwägungen



1.

Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2009 eine Viertelsrente zugesprochen. Strittig ist vorliegend, ob ein Anspruch auf eine höhere Rente besteht.

1.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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).

1.2 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, eine versicherte Person sei vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen und es habe ihr auch nicht zugemutet werden können, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Fall gilt gemäss Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität. Die Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG wird durch einen Einkommensvergleich ermittelt (Art. 16 ATSG). Die Methode zur Bemessung der konkreten Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wird vom ATSG nicht geregelt. Diese Lücke füllt Art. 28a Abs. 2 IVG: Es ist darauf abzustellen, in welchem Mass die betreffende Person behindert ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Person gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).



Die Bestimmung von Art. 28a Abs. 3 IVG regelt die sogenannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bei Personen, die zum Teil erwerbstätig und zum Teil im Aufgabenbereich tätig sind. In einem solchen "gemischten" Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen.

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b mit Hinweisen).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in medizinischer Hinsicht auf das ABI-Gutachten vom 11. November 2013. Darin stellten die Gutachter nach interdisziplinärem Konsensgespräch folgende mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehende Diagnosen: ein neuropathisches Schmerzsyndrom an der linken Hand bei Status nach mehreren operativen Eingriffen zuletzt 11/2010 (ICD-10 G60.-) mit massiver Bewegungseinschränkung des linken Daumens in allen drei Gelenken bei Status nach multiplen Operationen im Sattelgelenksbereich (ICD-10 M24.64), eine Rhizarthrose rechts (ICD-10 M18.1), eine Heberden Arthrose DIP II rechts mehr als DIP II links (ICD-10 M15.1), einen Status nach Ringbandspaltung A1 I rechts (ICD-10 M65.3), ein chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80) bei radiologisch mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen zervikal und thorakal sowie mehrsegmentaler Diskopathie lumbal ohne sicheren Hinweis für Neurokompression oder Myelopathie (MRI 21.03.2012), bei keiner höhergradigen Bewegungseinschränkung sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte und bei



fraglicher sensibler Claudicatio-Symptomatik und/radikulärem motorischem Ausfallsyndrom L5 links, chronische Schulterbeschwerden der adominanten linken Seite (ICD-10 M79.61) bei radiologisch AC-Arthrose und Reizung der Supraspinatussehne (MRI 21.09.2007) und klinisch unauffälligem Befund, chronische Vorfussbeschwerden (ICD-10 M79.67/M21.07/M21.87) bei radiologisch degenerativen Veränderungen am Grosszehengrundgelenk beidseits (Szintigraphie 08.07.2009) und Senk-Spreizfuss und Hallux valgus beidseits. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter eine bestehende leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) und fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlichen Gebrauch (ICD-10 F17.1) fest (IV-act. 143-31f.). Aus psychiatrischer Sicht konnte Dr. med. M.____ keine Arbeitsunfähigkeit feststellen. Er bestätigte die vom behandelnden Hausarzt Dr. K.____ gestellte Diagnose, dass im Jahr 2012 eine Depression hinzugekommen sei. Es bestehe eine chronische somatische Problematik, jedoch sei ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung nicht erwiesen. Es bestünden keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit (IV-act. 143-16). Gestützt auf seine orthopädische Untersuchung hielt Dr. med. N.____ fest, auf radiologischer Ebene bestünden mehrsegmentale degenerative Veränderungen der zervikalen und thorakalen Wirbelsäule sowie lumbale Diskopathien. Jedoch würden klare Hinweise für eine Neurokompression oder Myelopathie fehlen. An den Grosszehengrundgelenken sowie am linken AC-Gelenk seien degenerative Veränderungen dokumentiert. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde zum Teil durchaus erklären liessen. Die deutlichen Inkonsistenzen, das fehlende Ansprechen auf lokale Infiltrationen, konservative Therapiemassnahmen sowie langdauernde körperliche Schonung und Arbeitskarenz könnten aber als klarer Hinweis für eine nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden (was von psychiatrischer Seite nicht bestätigt wurde). Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in leichten



angepassten Tätigkeiten schätzte der orthopädische Gutachter die Arbeitsfähigkeit auf 80% bei einem ganztägigen Pensum mit um 20% verminderter Leistung auf Grund eines vermehrten Pausenbedarfs (IV-act. 143-20f.). Der neurologische Gutachter Dr. med. O.____ stellte anhand des MRI der LWS vom 21. März 2012 sowie einer Neuromyographie vom 17. Oktober 2013 fest, dass zurzeit kein akuter Denervationsprozess in den Myotomen L3-L5 links nachgewiesen werden konnte. Es zeige sich jedoch ein ausgeprägter neurogener Umbau im Myotom L5 links. Dies als Hinweis auf eine länger zurückliegende Schädigung der Nervenwurzel. Des Weiteren sei eine neurographische Untersuchung des N. medianus am linken Handgelenk auf Grund von Schmerzen nicht durchführbar gewesen. Das Hauptproblem im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit stelle die chronische Schmerzsymptomatik an der linken Hand dar. Nach wie vor sei die Beweglichkeit der linken Hand wesentlich eingeschränkt. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich eine deutliche trophische Störung an der ganzen linken Hand. Die aktive und passive Beweglichkeit der Finger und des Handgelenks sei stark schmerzhaft eingeschränkt. Es bestehe eine relativ diffus verteilte Sensibilitätsverminderung, wobei jedoch im Bereich des radialen Handgelenks eine umschriebene Zone mit einer stark ausgeprägten Allodynie vorliege. Diese neuropathischen Schmerzen würden auch bei passiven Bewegungen mit Kraftanstrengung im Zeigefinger und Daumen aktiviert. Auf Grund der aktuellen Befundkonstellation müsse davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem vorliegenden neuropathischen Schmerzsyndrom um eine sekundäre Reaktion nach multiplen operativen Eingriffen (allenfalls einer Verletzung von Hautnervenästen) handle, währenddem das Vorliegen einer Medianus-Neuropathie im Unterarmbereich als unwahrscheinlich erscheine. In der aktuellen Situation spiele jedoch diese Frage eine untergeordnete Rolle, da die vorliegende Funktionseinschränkung der Hand insgesamt auf Grund der vorliegenden Befunde gut erklärt werden könne. Im Weiteren beklage die Beschwerdeführerin Schmerzen im Bereich des ganzen Rückens, aktuell würden Kreuzschmerzen in den Vordergrund gestellt. Radikuläre Schmerzausstrahlungen in die Beine würden zurzeit nicht beschrieben. Dahingehend berichte sie über Sensibilitätsstörungen an der Aussenseite des Oberschenkels und Unterschenkels, welche bei längerem Gehen auftreten würden. Im Sitzen komme es relativ rasch wieder zu einer Normalisierung. Bei der klinischen Untersuchung ergaben sich keine Hinweise auf eine radikuläre Reizsymptomatik. Die Beschwerdeführerin habe eine ausgeprägte



Minderinnervation am ganzen linken Bein gezeigt. Dabei habe sie eine derart stark ausgeprägte Schwäche demonstriert, dass die Gehfähigkeit nicht mehr erhalten wäre. Gegen eine periphere neurologische Läsion würden die gut erhaltenen Muskeleigenreflexe sprechen. Auffällig sei jedoch die seit vielen Jahren bekannte muskuläre Hypotrophie des linken Beines. Die aktuelle EMG-Untersuchung am linken Bein ergebe keinen Nachweis eines akuten Denervationsprozesses. Dahingegen seien chronische neurogene Veränderungen im Versorgungsgebiet des Myotoms L5 feststellbar. Es handle sich um eine ältere Läsion, welche das leichte Trendelenburghinken der Beschwerdeführerin erklären könne. Höhergradige Paresen seien allerdings nicht vorhanden. Die globale muskuläre Hypotrophie sei dadurch ebenfalls nicht erklärbar. Die Hypotrophie weise jedoch darauf hin, dass sich die Beschwerdeführerin im Alltag tatsächlich schonen (IV-act. 143-25f.). Betreffend die handchirurgische Untersuchung durch Dr. med. P.____ führt das Gutachten hinsichtlich der linken Hand aus, dass bereits die Hautberührung ohne eigentlichen Druck bei der Beschwerdeführerin erhebliche Schmerzen verursache. Daher sei eine sinnvolle passive Untersuchung des ehemaligen Sattelgelenksbereiches sowie der Narbenregionen nicht möglich. Das leichte Berühren auch ulnar der Palmaris longus Sehnen zum Ausmessen der dortigen Narbe mit einem Fingergoniometer von lediglich wenigen Gramm werde nicht toleriert. Im Bereich der rechten Hand finde sich eine reizlose, querverlaufende Narbe palmar über dem Daumengrundgelenk. Die Narbe sei frei verschieblich, hier fänden sich keine lokalen Beschwerden. Inspektorisch fänden sich degenerative Veränderungen des rechten Zeigefinger-Endgelenks im Sinne von Verdickungen und Beugestellung im Endgelenk-Bereich, über Beschwerden berichte die Beschwerdeführerin hier nicht. Vor allem von der Beugeseite zeige sich eine Adduktionshaltung im Bereich des rechten Daumensattelgelenkes. Eine Überstreckung im Grundgelenk, wie sie auf der Gegenseite vorgelegen habe, bestehe nicht. Im Sattelgelenk-Bereich bestehe ein erheblicher passiver Bewegungsschmerz sowie mässiges Krepitieren. Die Beweglichkeit sei eingeschränkt (IV-act. 143-27). Da die Beschwerdeführerin durch die klinisch und radiologisch doch erhebliche Arthrose im Bereich des Zeigefingerendgelenks rechts überhaupt nicht belastet sei und sie durch die Arthrose im Bereich des rechten Sattelgelenks adäquate Beschwerden angebe und nach Ringbandspaltung am rechten Daumen überhaupt keine Probleme mehr bestünden, würden die geklagten Beschwerden links glaubhaft erscheinen. Auf Grund



des aktuellen klinischen und radiologischen Status sowie konklusiv aus der Vorgeschichte laut Aktenlage seien diese Schmerzen auch nachvollziehbar. Die Sensibilität im Versorgungsgebiet des Nervus medianus und Nervus ulnaris werde korrekt und zuverlässig im Normbereich ermittelt. Die Patientin habe keine Tendenz zusätzliche Einschränkungen zu demonstrieren. Auch beim Versuch des Faustschlusses und der Fingerstreckung, links bezogen auf die Langfinger, gebe sich die Beschwerdeführerin erhebliche Mühe und erreiche durch Wiederholungen eine bessere Beweglichkeit trotz Beschwerden. Die linke, adominante Hand sei aus vorbeschriebenen Gründen lediglich als Hilfshand anzusehen. Auch im Bereich der dominanten rechten Hand bestehe auf Grund der Rhizarthrose ebenfalls eine Einschränkung. Auf Grund des vorliegenden Status sei die Beschwerdeführerin in ihrer früheren und zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Auf Grund der Rhizarthrose rechts sei sie für sämtliche manuellen Tätigkeiten mit beiden Händen eingeschränkt. Lediglich in einer anleitenden oder aufsichtführenden Tätigkeit bzw. Kontrolltätigkeit mit allenfalls leichtem Einsatz der rechten Hand wäre sie noch einsetzbar. Auf Grund der erheblichen Schmerzen im Bereich der linken Hand und der damit verbundenen Unruhe sei jedoch selbst eine solche Tätigkeit nur vermindert umsetzbar (IV-act. 143-30). In der interdisziplinären Konsensbesprechung kommen die beteiligten Gutachter zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin ein stark eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil für Erwerbstätigkeiten vorliegt. Es seien ihr keine körperlich schweren, mittelschweren und beidhändig beanspruchenden Tätigkeiten zumutbar. Für körperlich sehr leichte, die Hände nur gering beanspruchende Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50%. Das Pensum könnte über 4 bis 6 Stunden umgesetzt werden, je nach Möglichkeiten, am Arbeitsplatz Pausen einzulegen. Dabei sei die ursprünglich ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin der Montage von Wagen seit der Operation vom 9. Februar 2008 nicht mehr zumutbar. In einer Verweistätigkeit, wie im Gutachten von Dr. G. ___ vom 25. Juni 2010 formuliert, bestehe ab dem damaligen Gutachtenszeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50%. Auch im Haushalt bestehe eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, hier sei bei einer freien Zeiteinteilung von einer Einschränkung von ebenfalls 50% auszugehen, wie dies bereits in der Haushaltsabklärung vom August 2012 ermittelt worden sei (IV-act. 143-33f.). RAD-Arzt Dr. F. ___ befand das Gutachten als nachvollziehbar. Er fasste zusammen, dass die Beschwerdeführerin ab Februar



2008 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei und setzte den Beginn der 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten auf August 2011 fest. Dies entgegen den Ausführungen im Gutachten, weil bereits Dr. G.____ im Bericht vom 14. September 2011 gestützt auf seine letzte Konsultation vom 18. August 2011 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen war (IV-act. 144-2 und 107-2).

2.2 Die Beschwerdeführerin bestreitet, dass auf das ABI-Gutachten abgestellt werden dürfe, und reichte weitere Akten ein. Dazu befand Dr. F.____ jedoch, dass diese weder genaue Angaben zur Arbeitsfähigkeit noch neue medizinische Aspekte enthielten, die nicht bereits bekannt gewesen waren (IV-act. 164-2). Dem kann vorliegend gefolgt werden. So enthalten die eingereichten Berichte keinerlei neue Tatsachen, welche eine im Vergleich zum Begutachtungszeitpunkt erhöhte Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Die von Dr. E.____ im Bericht vom 28. März 2014 festgehaltene Rhizarthrose rechts (vgl. IV-act. 162-1) wurde bereits im ABI-Gutachten vermerkt und war von den Gutachtern in ihre Würdigung einbezogen worden. Auch die von Dr. K.____ im Schreiben vom 5. Mai 2014 aufgeführten Thoraxschmerzen begründen primär noch keine Arbeitsunfähigkeit. Eine solche machte Dr. K.____ auch nicht geltend (vgl. act. G 162-2). Schliesslich kann auch dem Bericht von Dr. L.____ vom 16. Juli 2014 (IV-act. 163-3) keine weitere Arbeitsunfähigkeit entnommen werden, welche sich auf Beschwerden beziehen würde, die von den Gutachtern noch nicht berücksichtigt worden sind. So gab er zwar die Notwendigkeit einer operativen Behandlung der Rückenproblematik an, was bei Durchführung einer Operation zu einer zeitweise wohl 100%igen Arbeitsunfähigkeit führen dürfte, jedoch scheint er davon auszugehen, dass das Ziel der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (hinsichtlich des Rückens) ganztägig in einer dafür angepassten Tätigkeit gut erreichbar sein dürfte. Insgesamt liegen deshalb keine Anhaltspunkte vor, weshalb nicht auf das ABI-Gutachten vom 11. November 2013 abgestellt werden könnte. Somit ist von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in allerdings sehr eingeschränkten leidensadaptierten Tätigkeiten ab August 2011 auszugehen (vgl. zum Beginn der 50%igen Arbeitsunfähigkeit die Stellungnahme des RAD vom 19. Dezember 2011, IV-act. 107-2 und Erwägung 2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie sei nicht in der Lage, ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten.



3.2 Es bleibt damit die Frage zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch als vermittelbar gelten und die ihr verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten kann. Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsgelegenheit dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2010, 9C_124/2010, E. 2.2, Urteil des Bundesgerichts vom 17. Januar 2014, 8C_669/2013, E. 4.3.2). In jedem Einzelfall ist zu bestimmen, ob eine invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht. Dabei dürfen von der versicherten Person keine Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls nicht zumutbar sind (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 10. März 2003, I 617/02, E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können verschiedene Faktoren zu einer mangelnden Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt führen. Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und insbesondere für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 460, E. 3.2). So stellt das Alter einer Person nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung keinen invaliditätsfremden Faktor dar, sondern es handelt sich dabei um eine die Invalidität beeinflussende persönliche Eigenschaft, sofern die Beurteilung der Zumutbarkeit der Erwerbstätigkeit nach Massgabe der Selbsteingliederungspflicht in Frage steht (Urteil des Bundesgerichts vom 21. September 2010, 9C_124/2010, E. 5.1). Anders formuliert wird das Alter als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren beruflichen und persönlichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird und ihr damit die Verwertung auch unter Berücksichtigung der



Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2012, 9C_153/2011, E. 3.1).

3.4 Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit der (Teil-) Erwerbsfähigkeit abzustellen (BGE 138 V 461 E. 3.3, vgl. auch Urteil vom 29. August 2014, 8C_248/2014, E. 2).

3.5 Im Zeitpunkt, als die medizinisch zumutbare (Teil-) Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf Grund des Gutachtens vom 11. November 2013 feststand, war die Beschwerdeführerin 56 Jahre und sechs Monate alt. Gestützt auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts (vgl. dazu eine Auflistung in: IV 2013/633, E. 3) ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegend trotz sehr eingeschränktem leidensadaptierten Tätigkeitsbereich zu bejahen. So wären für die bis zum Erreichen des Rentenalters der AHV verbleibenden siebeneinhalb Jahre immerhin noch Tätigkeiten mit Aufsichtsfunktion bzw. der Überwachung von Maschinen möglich.

4.

4.1 Unbestritten ist vorliegend, dass die Beschwerdeführerin, wäre sie gesund, weiterhin zu 80% einer Erwerbstätigkeit nachginge und im Rahmen von 20% im Haushalt tätig wäre (vgl. auch IV-act. 127-3). Die im Haushaltsbereich anlässlich der Haushaltsabklärung ermittelte (IV-act. 127-12) und vom ABI bestätigte Einschränkung von 50% (IV-act. 143-34) erscheint plausibel. Demgegenüber hat die Beschwerdegegnerin die Mitwirkungspflicht des Ehemannes doppelt berücksichtigt. Wie in der Haushaltsabklärung festgehalten, wurde im Haushalt eine durchschnittliche Einschränkung von 70-80% angegeben. Dem Ehemann wurde eine Mitwirkungspflicht von 60-90 Minuten angerechnet und eruiert, dass die Beschwerdeführerin durchschnittlich für den gesamten Haushalt 4.62 Stunden bzw. ca. 270 Minuten benötigte. Nachdem die Mitwirkungspflicht des Ehemanns mit 25% - entsprechend 67.5 Minuten - in Abzug gebracht wurde, resultierte bei der Beschwerdeführerin eine Einschränkung von 50% (IV-act. 127-12). Damit wurde die Mitwirkungspflicht des Ehemannes bereits im Rahmen der Berechnung der Höhe der Einschränkung



berücksichtigt. Ein weiterer Abzug lässt sich folglich nicht rechtfertigen. Dabei fällt ins Gewicht, dass die Beschwerdeführerin nur noch für einhändig ausführbare leichteste Arbeiten zu 50% arbeitsfähig ist, d.h. ihre gesundheitliche Einschränkung wirkt sich in der überwiegend manuell auszuführenden Haushaltstätigkeit überdurchschnittlich stark aus. Mit der Beschwerdeführerin ist somit im Bereich Haushalt von einer Einschränkung von 50% auszugehen. Damit ergibt sich im Bereich Haushalt ein gewichteter Teilinvaliditätsgrad von 10% (20% x 50%).

5.

5.1 Es bleibt der Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich anhand eines Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) zu ermitteln: Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

5.2 Die Beschwerdeführerin war als Hilfsarbeiterin bei der Q.____ AG in der Vor- und Endmontage tätig. Sie hatte u.a. Baugruppen zusammensetzen mit Leiterplatten, Kal'antrieben und Abschlussblechen oder Windschutzmontagen auszuführen (IV-act. 16-8). Im Jahr 2008 hätte sie gemäss Arbeitgeberfragebogen für ihr 80%-Pensum einen Jahreslohn (ab April 2008) von Fr. 41'340.-- erzielt (IV-act. 16-3). Demgegenüber ging die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom IK-Auszug 2007 aus, der bereits damals ein Einkommen von Fr. 43'148.-- aufwies (vgl. IV-act. 11-1). Dem Arbeitgeberbericht kann zudem entnommen werden, dass der Monatslohn ab April 2008 grundsätzlich bei Fr. 3'262.50 lag, was bei 13 Monatslöhnen bereits einen Jahreslohn von Fr. 42'412.50 ergibt. Zusätzlich erhielt die Beschwerdeführerin regelmässig einen Bonus ausbezahlt (im März 2007: Fr. 1'450.--, im März 2008: Fr. 1'812.--; bei der weiteren Auszahlung im Mai 2008 handelt es sich wohl um ein Dienstaltersgeschenk; vgl. IV-act. 16-4). Demzufolge rechtfertigt es sich, beim Valideneinkommen für das Jahr 2008 vom Einkommen gemäss IK-Auszug 2007 auszugehen und dieses an die Nominallohnentwicklung anzupassen. Folglich ergibt sich bei einem Einkommen im Jahr 2007 von Fr. 43'148.-- und einer



Nominallohnentwicklung für das Jahr 2008 von 1.8% ein Valideneinkommen (2008) von Fr. 43'925.--.

5.3 Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für das Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE TA1 Hilfsarbeiterinnen) abzustellen. Vorliegend kann die im Zeitpunkt des Rentenbeginns 52-jährige Beschwerdeführerin Tätigkeiten, welche die linke Hand belasten, auch dann nicht mehr ausüben, wenn es sich um leichte Arbeit handelt. Nachdem sie vor den Operationen an der linken Hand ohne berufliche Ausbildung mittelschwere bimanuelle Arbeiten verrichtete, ist sie nun auch für leichte Arbeiten erheblich eingeschränkt. Unter den geschilderten Gegebenheiten erscheint mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts bei "Einhändigkeit" (vgl. dazu Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 2. September 2014, IV 2013/636, E. 4.3 mit Hinweisen) ein Tabellenlohnabzug von 20% gerechtfertigt. Bei einem Tabellenlohn nach LSE (2008) von Fr. 51'368.-- ergibt sich bei einer 80%-Tätigkeit ein Jahreslohn von Fr. 41'094.-- bzw. bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ein solcher von Fr. 20'547.--. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 20% ergibt dies einen Erwerbsausfall von Fr. 27'487.-- (Fr. 43'925.-- - [20'547.-- - 4'109.--]) und einen ungewichteten Invaliditätsgrad im Erwerb von 62.58%. Gewichtet ergibt dies im Erwerb einen Teilinvaliditätsgrad von 50% ($62.58\% \times 0.8$). Zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad im Haushalt von 10% resultiert ein Invaliditätsgrad von 60% und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

5.4 Da die Beschwerdeführerin von Februar 2008 bis August 2011 zu 100% arbeitsunfähig war, hat sie einen befristeten Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Infolge ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung im September 2008 (IV-act. 1) beginnt der Anspruch am 1. März 2009 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Er endet gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV drei Monate nach Verbesserung der Erwerbsfähigkeit und somit per 30. November 2011. Ab 1. Dezember 2011 besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

6.



St.Galler Gerichte

6.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 1. Oktober 2014 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin ab 1. März 2009 bis 30. November 2011 eine ganze Rente sowie ab 1. Dezember 2011 eine Dreiviertelsrente auszurichten.

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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr 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 (Art. 61 lit. g ATSG). 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.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 1. Oktober 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin vom 1. März 2009 bis 30. November 2011 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Dezember 2011 eine Dreiviertelsrente zugesprochen.

2.



Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

3.

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