



Fall-Nr.: IV 2018/225
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 24.09.2020
Entscheiddatum: 12.05.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 12.05.2020

Art. 28 und 29 IVG: Beweiskraft Gutachten bejaht. Keine Notwendigkeit zur Korrektur der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die Beschwerdeführerin ist zu Recht als im Gesundheitsfall Vollzeiterwerbstätige eingestuft worden. Einkommensvergleich. Befristeter Rentenanspruch bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Mai 2020, IV 2018/225).

Entscheid vom 12. Mai 2020

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2018/225

Partei

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadja D'Amico, 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.____ (Ledigname: B.____; vgl. act. G 12; nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 3. November 2014 bei der IV-Stelle für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 21). Sie war in diesem Zeitpunkt bei der C.____ AG als Sachbearbeiterin Treuhand in einem Pensum von 80 % (zunächst 70 %) angestellt gewesen (vgl. act. G 6.2-4 S. 52). Parallel zur Anstellung hatte sie sich in einer Weiterbildung zur eidgenössischen Fachfrau Rechnungswesen befunden, jedoch die Abschlussprüfung im Jahr 2014 nicht bestanden. Im April 2014 war es zu einem Zusammenbruch am Arbeitsplatz gekommen (vgl. act. G 6.2-2 S. 40, unten), der eine notfallmässige ambulante Behandlung im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) und eine Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen hatte (act. G 6.2-1 S. 4 und 9). Nach dem Zusammenbruch hatte sich die Versicherte aufgrund einer ausgeprägten Erschöpfung in die Klinik D.____ in Behandlung begeben (vgl. act. G 6.2-1 S. 16 f.; vgl. ferner IV-act. 51 S. 3). Ab Ende Mai 2014 hatte Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeinmedizin und Pädiatrie FMH, Klinik D.____, die Versicherte sodann für längere Zeit zu 100 % krankgeschrieben (act. G 6.2-1 S. 15 ff.; vgl. ferner Krankschreibung durch den damaligen Hausarzt act. G 6.2-1 S. 13). Im September 2014 hatte die Versicherte ihre Arbeit in einem reduzierten Pensum wieder aufgenommen (vgl. act. G 6.2-1 S. 15 ff. und 42). Ab dem 10. Oktober 2014 hatte Dr. E.____ der Versicherten erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und bei der Diagnose eines Burnouts einen Wechsel des Arbeitsplatzes empfohlen (act. G 6.2-1 S. 33 und 41 f.; act. G 6.2-2 S. 88 f. und 105; vgl. ferner IV-act. 29 S. 1). Noch im Oktober 2014 hatte die Versicherte das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2014 gekündigt (IV-act. 29 S. 7).



A.b. Am 27. Januar 2015 wurde die Versicherte im Auftrag der Krankentaggeldversicherung von Prof. Dr. med. F.____, FMH Neurologie, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch untersucht (act. G 6.2-2 S. 32). In seinem Gutachten vom 31. Januar 2015 nannte Prof. F.____ als psychiatrische Hauptdiagnosen eine undifferenzierte Somatisierungsstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (act. G 6.2-2 S. 44 f.). Als psychiatrische Nebendiagnose erwähnte er den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit einerseits ängstlich-dependenten-unsicheren und andererseits leistungsorientierten Zügen. Als fachfremde Diagnosen führte er einen Nummular Headache, den Verdacht auf einen analgetikainduzierten Dauerkopfschmerz sowie eine nicht substituierte Hypothyreose auf (act. G 6.2-2 S. 45). Weiter hielt Prof. F.____ fest, dass die in der Klinik D.____ gestellte Diagnose eines Burnout-Syndroms anfänglich wohl korrekt gewesen sein dürfte. Die aktuelle Symptomatik übersteige diese Z-Diagnose in ihrer Psychopathologie jedoch deutlich (vgl. act. G 6.2-2 S. 46 f.). Die Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit derzeit nicht einsetzbar. Auch sei sie aktuell nicht vermittelbar. Sie müsse dringend einer leitliniengerechten Therapie zugeführt werden. Die Schwere der Störung erfordere eine unverzügliche stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik. Danach müsse eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung fortgesetzt werden. Unter Einleitung einer stationären Behandlung und anschliessender Fortführung der Psychotherapie sei die Prognose grundsätzlich als gut zu beurteilen. Allerdings sei nicht mit einer baldigen Rückkehr an den Arbeitsplatz zu rechnen. Ausserdem sollten die Kopfschmerzen einer adäquaten Therapie zugeführt werden (act. G 6.2-2 S. 48 f.).

A.c. Vom 7. bis 30. Mai 2015 befand sich die Versicherte in stationärer psychosomatischer Behandlung in der Klinik G.____. Im Austrittsbericht nannten die behandelnden Ärzte als Diagnosen eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Histamin-Allergie, Sichelhüsse, einen Verdacht auf einen Bandscheibenprolaps HWS C 6/7, eine Pilzerkrankung im Darm sowie anamnestisch eine Hyperthyreose. Weiter hielten die Ärzte fest, dass sich die Versicherte zwar gut auf Themen wie Defizite in der Fähigkeit zur Abgrenzung, Konfliktmanagement und perfektionistische Leistungsanforderungen an sich selbst habe einlassen können. Dennoch sei es der Versicherten nicht gelungen, die körperlichen Beschwerden im Rahmen einer



psychosomatischen Reaktion zu sehen. Sie habe durchgehend daran festgehalten, dass die diagnostizierte Lebensmittelallergie Auslöser und Ursache ihres körperlichen Befindens sei. Weitere körperliche Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) mit Schmerzausstrahlung und Sensibilitätsstörungen hätten sich durch Physiotherapie nicht verbessern lassen. Zum Ausschluss einer organischen Ursache bestehe diesbezüglich Abklärungsbedarf. Die Ärzte attestierten der Versicherten vom 7. Mai bis 13. Juni 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 6.2-2 S. 9 ff.). Eine MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 17. Juni 2015 brachte ein altersentsprechend regelrechtes lumbo-vertebrales Kerspintomogramm ohne Nachweis einer neural kompromittierenden Diskusprotrusion/-hernie zur Darstellung (IV-act. 153 S. 90). Eine CT-Untersuchung des Neurokraniums vom 24. Juni 2015 zeigte eine kortikale Verdickung lokal linksseitig parietal mit einer Grösse von ca. 3 cm und einer Dicke der kortikalen Strukturen von bis zu ca. 5 mm unklarer Ätiologie mit normalen darunterliegenden ossären Strukturen, unauffälliger Galea und normaler übriger Schädelkalotte (IV-act. 153 S. 91).

A.d. In einem Bericht vom 28. September 2015 nannte Dr. E. ___ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Burnout, eine Beeinträchtigung zerebraler Leistungen unter Druck mit Verwirrung und Gedächtnisstörungen, eine allgemeine grosse Erschöpfung, eventuell im Rahmen eines beginnenden Chronic-Fatigue-Syndroms, sowie schmerzhafte Muskelverspannungen unterschiedlicher Lokalisation. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine Nahrungsmittelunverträglichkeit, ausgeprägte kardiale Arrhythmien, eine Histaminunverträglichkeit und eine massive Diarrhoe im Zusammenhang mit Nahrungsmittelallergien. Weiter hielt er fest, die Versicherte habe bereits seit der Jugend eine schwache Gesundheit. Schon früh seien Infekte und Probleme im Magen-Darm-Trakt aufgetreten. Die Versicherte habe in einem fordernden Beruf gearbeitet und zusätzlich an einer Weiterbildung mit intensiven Prüfungsvorbereitungen teilgenommen. Sie habe sich überfordert und im April 2014 sei es zu einem Zusammenbruch gekommen. Seit April 2014 befinde sich die Versicherte auch in seiner Behandlung. Bei den ersten Konsultationen seien die Symptome eines Burnouts wie Erschöpfung, Beeinträchtigung zerebraler Funktionen unter Belastung sowie eine Reihe funktioneller Beschwerden im Vordergrund gestanden. Später habe sich die



Entwicklung chronifiziert. Es seien immer wieder neue Probleme aufgetreten. Die Versicherte sei seit April 2014 mit einem kurzen Unterbruch im Sommer 2014 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Eine buchhalterische Tätigkeit ohne Druck sei in einem Pensum von 30 % mit einem langsamen Steigerungspotential möglich (IV-act. 51 S. 2 ff.). In einer Stellungnahme vom 26. Oktober 2015 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass für die Prüfung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen provisorisch auf die von Dr. E.____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 30 % abgestellt werden könne. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne nur erreicht werden, wenn die von Prof. F.____ und den Ärzten der Klinik G.____ empfohlene psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie begonnen werde (IV-act. 53 S. 2).

A.e. Am 3. November 2015 stellte sich die Versicherte bei Dr. med. H.____, Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, vor. Im Untersuchungsbericht hielt dieser fest, dass bei der Versicherten eine monotope ventrikuläre Extrasystolie vorliege. Die Ergometrie sowie die Echokardiographie seien unauffällig (IV-act. 95 S. 3 f.).

A.f. Ab Februar 2016 begab sich die Versicherte in ambulante psychotherapeutische Behandlung zum Psychotherapeuten lic. phil. I.____ (delegierender Arzt Dr. med. J.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie FMH; IV-act. 61). Am __ April 2016 trat die Versicherte eine Anstellung als kaufmännische Angestellte im Homeoffice in einem Pensum von ca. 10-20 % an (IV-act. 58). Lic. phil. I.____ nannte in einem bei der IV-Stelle am 29. April 2016 eingegangenen Bericht als psychiatrische Diagnose eine mittelschwere depressive Störung mit somatischem Syndrom. Der Gedankeninhalt der Versicherten kreise um die zahlreichen somatischen Beschwerden und um Panikattacken beim Gedanken an die beruflichen Anforderungen. Um das Vertrauen in die eigene Arbeitsfähigkeit zurückzugewinnen und die vorhandenen beruflichen Fähigkeiten wieder nutzbar zu machen, sollte ein Arbeitseinstieg mit gutem Coaching höchstens mit einem Pensum von 20 % erfolgen (IV-act. 61). Auf eine entsprechende Anfrage seitens der IV-Stelle erklärte die Versicherte am 30. Mai 2016, dass keine neurologische Abklärung sowie Abklärung der HWS stattgefunden habe, da Dr. E.____ dies nicht mehr für notwendig gehalten habe, nachdem die Nackenschmerzen nach dem Aufenthalt in der Klinik G.____ besser geworden seien (IV-act. 65; vgl. dazu auch IV-act. 63 S. 1 f.). Anfangs September 2016 schloss die Versicherte einen Arbeitsvertrag für eine Stelle als



Sachbearbeiterin Treuhand mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % und Arbeitsbeginn am __ Oktober 2016 ab (IV-act. 75), wobei sie ihre Homeofficetätigkeit beim anderen Arbeitgeber auf 10 % reduzieren konnte (vgl. IV-act. 89 S. 4, oben). Am 21. September 2016 unterzeichnete sie einen Eingliederungsplan der IV-Stelle mit dem Ziel des Arbeitsplatzerhaltes (IV-act. 76). Mit Mitteilung vom 23. September 2016 sprach die IV-Stelle der Versicherten Beratung und Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes zu (IV-act. 77). Mit einer E-Mail vom 10. Oktober 2016 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass die im Oktober 2016 angetretene Stelle mit einem Pensum von 50 % nicht machbar sei. Sie sei ab sofort krankgeschrieben und habe die Stelle auf Anweisung des Arztes gekündigt (vgl. IV-act. 89 S. 4). In einem Telefonat vom Folgetag erklärte die Versicherte, ihr Vorgänger habe die Arbeiten, die sie in einem Pensum von 50 % habe erledigen müssen, in einem Pensum von 100 % geleistet. Es seien chaotische Zustände gewesen. Niemand habe sie einarbeiten können. Der Vorgesetzte sei auch wie ausgewechselt gewesen, habe sie ignoriert und habe ihr gesagt, sie sei zu langsam (IV-act. 89 S. 4). Gleichentags unterzeichnete die Versicherte einen Eingliederungsplan der IV-Stelle mit dem Ziel der Arbeitsvermittlung (IV-act. 81). Im November 2016 kündigte die Versicherte auch ihre im Pensum von noch 10 % ausgeübte Homeofficetätigkeit (IV-act. 89 S. 5). Anfangs Dezember 2016 unterzeichnete sie einen neuen Arbeitsvertrag für eine Anstellung als Treuhandmitarbeiterin mit einem Pensum von 50 % und Stellenantritt per __ Januar 2017 (IV-act. 90), wobei sich bereits vor Stellenantritt erste Probleme mit den Erwartungen des Arbeitgebers ankündigten (vgl. IV-act. 89 S. 6, oben). In einem Bericht vom 23. Dezember 2016 hielt Dr. E. ___ fest, dass sich die Gesamtsituation der Versicherten durch die verschiedenen medizinischen Massnahmen deutlich gebessert habe. Zurzeit sei die Versicherte noch zu 50 % arbeitsunfähig. Als Folge des Burnouts bestehe weiterhin eine hochgradige Erschöpfung. Arbeit unter Druck und schwierigen Bedingungen sei nicht möglich. Da die Versicherte aufgrund ihrer Krankheitsanamnese auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Stelle in einem Pensum von 50 % finde, sei sie bisher immer an ungünstige Arbeitgeber geraten, die selbst in Drucksituationen gestanden und grosse Anforderungen gestellt hätten. Zunächst müsse eine Eingliederung in eine Arbeitstätigkeit in einem Pensum von 50 % erfolgen. Danach könne an eine schrittweise Steigerung des Pensums gedacht werden (IV-act. 85 S. 1 f.). Anlässlich einer Besprechung vom 26. Januar 2017 berichtete die Versicherte von starkem Druck seitens des Chefs, völliger Erschöpfung



St.Galler Gerichte

und der Befürchtung des Stellenverlustes. Weiter erklärte die Versicherte, sie wisse mittlerweile, dass sie sicherlich nicht mehr in einem Pensum von über 50 % arbeiten könne. Sie wünsche eine Rentenprüfung (IV-act. 89 S. 6 f.).

A.g. Mit Mitteilung vom 14. Februar 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da die Versicherte damit einverstanden sei, dass die Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes beendet werde (IV-act. 93 S. 1). Gegen diese Leistungseinstellung wandte sich die Versicherte mit einem Schreiben vom 24. Februar 2017, da sie davon ausgegangen war, die Leistungsablehnung würde auch bereits das Rentengesuch umfassen. Auf entsprechende Nachfrage seitens der IV-Stelle vom 2. März 2017 erklärte sie sich mit der Rentenprüfung als einverstanden (IV-act. 94). In einem Schreiben vom 6. April 2017 hielt lic. phil. I. ___ fest, dass die Versicherte darauf angewiesen gewesen sei, die ihr angebotenen Teilzeitstellen anzunehmen. Die Arbeitgeber schienen in den Vorstellungsgesprächen die Wiedereingliederungssituationen akzeptiert zu haben, hätten im Berufsalltag jedoch keine der Wiedereingliederungssituation angepassten Aufgabenstellungen, geschweige denn wohlwollende Unterstützung gezeigt. So sei es zu neuen Überforderungen gekommen. Er sei noch immer davon überzeugt, dass die Versicherte mit einem verständnisvollen und unterstützenden Arbeitgeber den Wiedereinstieg schaffen werde, jedoch brauche sie ein eng begleitendes Coaching seitens der IV-Stelle (IV-act. 98 S. 4 f.). Die Anstellung im 50 % Pensum als Treuhandmitarbeiterin kündigte die Versicherte schliesslich per Mitte April 2017 (IV-act. 101 f.). Mit Schreiben vom 1. Juni 2017 bat die Versicherte die IV-Stelle um erneute Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung. Ihr Z. ___ eröffne im Herbst 2017 eine neue Praxis und sie könnte bei ihm täglich in einem Pensum von ca. 10-20 % im Sekretariats- und Buchhaltungsbereich arbeiten. Er würde das Risiko einer Anstellung eingehen, wenn sie Unterstützung von der IV-Stelle erhalte (IV-act. 105). In einem Bericht vom 12. Juni 2017 hielt Dr. E. ___ fest, dass die Versicherte an einem komplexen Krankheitsbild leide, welches mit der Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung nicht ausreichend erfasst werde. Die Versicherte leide an starken Nahrungsmittelunverträglichkeiten, die urtikarielle Hauterscheinungen, starke Durchfälle oder krampfartige Bauchschmerzen auslösen könnten. Weiter bestünden starke Kopfschmerzen links mit einer tastbaren Vorwölbung. In einer CT-Untersuchung



St.Galler Gerichte

vom Juni 2015 habe sich eine kortikale Verdickung gezeigt, deren Ursache nicht eindeutig geklärt sei. Auch bestünden Herzrhythmusstörungen. Seit Beginn des Burnouts bestehe eine ausgeprägte Erschöpfung. Bei der letzten Arbeitsstelle habe sich gezeigt, dass die Versicherte in einem Pensum über 50 % nicht arbeiten könne (IV-act. 106).

A.h. Im Oktober und November 2017 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der SMAB AG polydisziplinär (psychiatrisch, orthopädisch, allgemeininternistisch, neurologisch, kardiologisch und neuropsychologisch) untersucht (IV-act. 153 S. 1 ff.). In ihrem polydisziplinären Konsens im Gutachten vom 12. Januar 2018 (bzgl. Datum Gutachten vgl. IV-act. 153 S. 1) nannten sie als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie eine abhängige Persönlichkeitsakzentuierung, eine geringe Veränderung der Fussform im Sinne einer Sichelfussstellung links und rechts, eine unklare Schwellung der linken Schädelkalotte, eine Atrophie des rechten musculus pectoralis major unklarer Genese, eine funktionelle Diarrhoe bei Nahrungsmittelunverträglichkeit, Histaminunverträglichkeit und Fructoseintoleranz, Kopfschmerzen (vermutlich schmerzmittelinduzierter Kopfschmerz) sowie eine ventrikuläre Extrasystolie (IV-act. 153 S. 13). Weiter hielten die Gutachter fest, auf orthopädischem Fachgebiet seien weder im Bereich der oberen noch im Bereich der unteren Extremitäten versicherungsrechtlich relevante Auffälligkeiten gefunden worden, sodass die Versicherte aus orthopädischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Auf internistischem Fachgebiet bestünden bei der Versicherten abdominelle Beschwerden im Sinne einer funktionellen Diarrhoe bei bekannten Nahrungsmittelunverträglichkeiten. Aufgrund der von der Versicherten seit Jahren eingehaltenen Diät sei es jedoch zu einer Besserung der Beschwerden gekommen, sodass die Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht ebenfalls nicht eingeschränkt sei (IV-act. 153 S. 15). Aus kardiologischer Sicht sei festzuhalten, dass die Versicherte seit einigen Jahren Palpationen verspüre, weshalb wiederholte kardiologische Abklärungen erfolgt seien, zuletzt 2015 mittels Langzeit-EKG, welches abgesehen von Extrasystolen keine gravierenden Arrhythmien aufgedeckt habe. Zusammen mit der aktuellen Untersuchung und Befragung könne mit weitreichender Sicherheit gesagt werden, dass bei der Versicherten keine Pathologie am Herzen



bestehe. Vor diesem Hintergrund komme den Extrasystolen, die auch bei Herzgesunden häufig vorkämen, keine prognostische Bedeutung zu. Die beklagten Extrasystolen würden zwar als störend empfunden, seien aber nicht gefährlich und würden die Versicherte nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Eine gewisse Limitierung ergäbe sich nur bei maximaler körperlicher Aktivität, was bei der Versicherten nicht zur Diskussion stehe (IV-act. 153 S. 16 f.). Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der anamnestischen Angaben, des unauffälligen neurologischen Befundes und der täglichen Einnahme von Schmerzmitteln der dringende Verdacht auf einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz. Die Kriterien für eine Neuralgie seien aufgrund der aktuellen neurologischen Untersuchung nicht erfüllt. Durch die bilddiagnostisch sichtbare Verdickung der Schädelkalotte seien die Kopfschmerzen ebenfalls nicht erklärbar, da dadurch keine nervalen Strukturen beeinflusst würden. Auch hätten sich aus neurologischer Sicht keine Hinweise für eine Gedächtnisstörung ergeben. Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt (IV-act. 153 S. 15 f.). Aus neuropsychologischer Sicht wurde festgehalten, dass aufgrund einer verminderten Leistungsbereitschaft der Versicherten in der Testung kein gültiges Testprofil habe erstellt werden können. Es sei von nicht authentischen kognitiven Störungen auszugehen. Aufgrund der nicht plausiblen Angaben im Fragebogenverfahren seien die Beschwerdeschilderungen ebenfalls als nicht authentisch einzustufen. Eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn könne nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der erhobenen Testwerte könnten aus neuropsychologischer Sicht somit weder die Art noch das Ausmass kognitiver Defizite oder Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit angegeben werden (IV-act. 153 S. 17 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei vor dem Hintergrund ungünstiger biografischer Bedingungen anzunehmen, dass die Versicherte kein ausreichend stabiles und insbesondere von äusserer Leistung unabhängiges Selbstwertgefühl habe entwickeln können. Es sei anzunehmen, dass die Versicherte durch gute äussere Leistungen ihr Selbstwertgefühl zu stabilisieren versucht habe, was über lange Zeit relativ gut gelungen sei. Nach einem beruflichen Misserfolg sei sie dann zusammengebrochen. Durch die körperliche bzw. psychosomatische Symptomatik könne die Versicherte ihr Selbstwertgefühl stabilisieren, jedoch auf dysfunktionale Weise. Die Versicherte klage neben körperlichen Symptomen über kognitive Störungen. Unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Testergebnisse sei bei



zweifelsfrei vorhandenem externalem Krankheitsgewinn (angestrebte IV-Rente) und fehlender alternativer Erklärung von einer ausgeprägten Aggravation auszugehen. Auch wenn kognitive Defizite aufgrund des fehlenden Testprofils nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden könnten, sei anzunehmen, dass zumindest keine stark ausgeprägten kognitiven Beeinträchtigungen vorlägen. Eine gewisse Erschöpfbarkeit sei bei der vorliegenden undifferenzierten Somatisierungsstörung mit verschiedenen körperlichen Beschwerden plausibel, jedoch nicht in dem von der Versicherten geschilderten Ausmass. In affektiver Hinsicht wirke die Versicherte bei der Thematisierung der körperlichen Symptome und der beruflichen Situation leicht bedrückt. Dabei dürfte es sich aber um eine normalpsychologische Reaktion auf Gesundheitsprobleme und berufliche Schwierigkeiten handeln. Gesamthaft werde eingeschätzt, dass auch nach Abzug der Aggravation noch von einer krankheitsbedingten Verminderung der Durchhaltefähigkeit auszugehen sei, sodass sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit nur eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vorliege (IV-act. 153 S. 13 f.). Nicht geeignet seien emotional belastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck (IV-act. 153 S. 18). Retrospektiv sei anzunehmen, dass die Versicherte im Zeitpunkt der Begutachtung von Prof. F.____ zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei, nachdem sie ab April 2014 zu 100 % krankgeschrieben worden sei. Zwischen dem Gutachten von Prof. F.____ und dem Eintritt in die Klinik G.____ am 7. Mai 2015 sei es offensichtlich zu einer Besserung gekommen, was daran erkennbar sei, dass im Bericht der Klinik G.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht mehr erwähnt worden sei. Demnach werde eingeschätzt, dass bei Eintritt in die Klinik eine Arbeitsfähigkeit von 20 % vorgelegen habe. Während des Klinikaufenthaltes sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen. Gemäss dem Bericht der Klinik G.____ habe sich eine Verbesserung von Kraft und Ausdauer erreichen lassen, wobei dazu etwas widersprüchlich mitgeteilt worden sei, dass bestenfalls eine Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes habe erzielt werden können. Zumindest eine gewisse Besserung scheine erreicht worden zu sein. Ab Austritt der Klinik G.____ werde die Arbeitsfähigkeit daher auf 30 % geschätzt. In einem Bericht vom 23. Dezember 2016 sei Dr. E.____ von einer deutlichen Besserung der Gesamtsituation ausgegangen, sodass er ein Pensum von 50 % für möglich gehalten habe. Allerdings habe Dr. E.____ das Problem der Aggravation nicht berücksichtigt, weshalb die Arbeitsfähigkeit bei der Versicherten ab Ende 2016 nicht



St.Galler Gerichte

nur auf 50 %, sondern auf 70 % geschätzt werde (IV-act. 153 S. 19). Der RAD bezeichnete das Gutachten in einer Stellungnahme vom 30. Januar 2018 als umfassend und schlüssig (IV-act. 154 S. 2).

A.i. Mit Vorbescheid vom 23. Februar 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, sie sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiterin Treuhand als auch in sämtlichen anderen angepassten Tätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig. Bei einem Erwerbsanteil von 80 % ergebe dies einen Invaliditätsgrad von 24 % (IV-act. 158).

A.j. Gegen diesen Vorbescheid wandte die Versicherte, vertreten durch den Verband Procap, St. Gallen-Appenzell, am 10. April bzw. 16. Mai 2018 ein, dass die IV-Stelle sie zur Berechnung des Invaliditätsgrades zu Unrecht als Teilzeiterwerbstätige eingestuft habe. Sie habe nach dem Abschluss ihrer Lehre in einem Pensum von 100 % gearbeitet. Die Reduktion des Arbeitspensums sei aus gesundheitlichen Gründen erfolgt. Sodann bemängelte sie das ihr angerechnete Invalideneinkommen. Sie könne zwar noch eine kaufmännische Tätigkeit im Backoffice ausüben, nicht mehr möglich seien jedoch emotional belastende und stressige Tätigkeiten, sodass sie nicht mehr ein gleich hohes Einkommen wie bei früheren Arbeitsstellen erzielen könne. Ausserdem habe vor November 2016 eine höhere Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (vgl. IV-act. 172 i.V.m. 169).

A.k. In ihrer Verfügung vom 29. Mai 2018 trug die IV-Stelle dem Einwand der Versicherten dahingehend Rechnung, dass sie diese neu als Vollerwerbstätige einstufte. Gleichwohl wies sie das Rentenbegehren bei einem neu errechneten Invaliditätsgrad von 30 % ab. Neu fügte die IV-Stelle an, dass bei versicherungsrechtlicher Auslegung genau genommen gar kein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehen würde (IV-act. 173).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. N. D'Amico, Verband Procap Schweiz, Olten, am 28. Juni 2018 Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle



St.Galler Gerichte

(nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 29. Mai 2018 sei aufzuheben und ihr seien ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt Rentenleistungen auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin (act. G 1 S. 2).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 6).

B.c. In ihrer Replik vom 20. November 2018 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich fest (act. G 8).

B.d. Mit Schreiben vom 23. November 2018 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

2.

2.1. 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als 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 definiert. Die Invalidität ist bei im Gesundheitsfall Vollzeiterwerbstätigen durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Wenn eine versicherte Person auch ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nicht voll, sondern nur teilerwerbstätig gewesen wäre, ist der Invaliditätsgrad gemäss der langjährigen Praxis des Bundesgerichts nicht anhand eines reinen Einkommensvergleichs (vgl. Art. 16 ATSG), sondern anhand der sogenannten gemischten Methode zu berechnen (BGE 141 V 20 f. E. 3.2). Hierbei ist der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG; Art. 27^{bis} der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; BGE 141 V 20 f. E. 3.2). Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aus der Prüfung, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (Urteil des Bundesgerichts vom 17. April 2019, 8C_820/2018, E. 3.2). Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts vom 11. August 2016, 9C_179/2016, E. 4.2.1 mit Hinweisen).

2.2. Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne



Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

3.1. Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C_128/2017, E. 2).

3.2. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf das Gutachten der SMAB AG, wobei sie aber einen Rentenanspruch unabhängig der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit aus rechtlichen Überlegungen ablehnt. Sie ist der Auffassung, dass die im Gutachten gestellte Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung vage sei und die Gutachter eine Aggravation beschrieben hätten. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bestehe beim Vorliegen von Ausschlussgründen wie einer vorhandenen Aggravation von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung erfüllt sein sollten. Zwar anerkennt die Beschwerdegegnerin, dass die Gutachter trotz der beschriebenen Aggravation aufgrund der Somatisierungsstörung von einer eingeschränkten Restarbeitsfähigkeit ausgegangen seien, kommt jedoch aufgrund einer von ihr durchgeführten Prüfung der von der Rechtsprechung entwickelten Indikatoren zum Schluss, dass eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen sei (vgl. act. G 6; IV-act. 173).

3.3. Demgegenüber bestreitet die Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens an sich und insbesondere den Vorwurf der Aggravation und Selbstlimitierung. Es lägen zahlreiche ärztliche Berichte vor, in denen Krankheitsgewinn, Widersprüche oder Diskrepanzen nie eine Rolle gespielt hätten. Prof. F. ___ habe in seinem Gutachten sogar ausdrücklich festgehalten, dass keine Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen,



Aggravation oder Simulation bestünden. Nur weil den Gutachtern alternative Erklärungen für ein bestimmtes Verhalten fehlten, könne nicht auf Aggravation geschlossen werden. Die behandelnden Ärzte hätten sie jeweils in ihren Eingliederungsbemühungen sogar bremsen müssen, damit es nicht zu erneuten Dekompensationen gekommen sei. Die Annahme einer Aggravation erscheine auch vor dem Hintergrund widersprüchlich, dass die Gutachter im retrospektiven Verlauf ab April 2014 bis Ende 2016 von einer 70-100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Weiter widerspreche die gutachterliche Einschätzung, dass keine depressive Störung vorliege, diametral derjenigen der behandelnden Ärzte. Sämtliche Ärzte seien einhellig von einer schweren Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Schliesslich werde bestritten, dass der RAD-Arzt über die notwendige fachliche Qualifikation verfüge, um die Schlüssigkeit des Gutachtens zu beurteilen. Allerdings hätten auch die Gutachter in ihrer interdisziplinären Beurteilung trotz Hinweisen auf eine Aggravation eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % angenommen. Selbst wenn also auf das Gutachten abgestellt würde, sei die Annahme der Beschwerdeführerin, wonach kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege, falsch. Schliesslich liege nach der gutachterlichen Einschätzung von April 2014 bis Ende 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 70-100 % vor, sodass zumindest ein befristeter Rentenanspruch bestehe (act. G 1 und 8).

3.4. Das SMAB Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen. Die medizinischen Vorakten und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten keine Beachtung gefunden hätten. Die von den Gutachtern unter Berücksichtigung der von der Rechtsprechung entwickelten Standardindikatoren vorgenommene Arbeitsfähigkeitsschätzung leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. So stimmt die retrospektive Einschätzung der Gutachter, wonach ab April 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, mit derjenigen von Dr. E.____ überein (vgl. IV-act. 51 S. 3). Auch Prof. F.____ ist in seinem Gutachten vom 31. Januar 2015 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (act. G 6.2-2 S. 47). Ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bereits vor Eintritt in die Klinik G.____ leicht verbessert hat, wie die Gutachter aufgrund der von den Ärzten der Klinik gestellten Diagnosen annehmen (vgl. IV-act. 153 S. 19), muss nicht abschliessend beurteilt werden, da dies ohne Einfluss auf die Invaliditätsbemessung bleibt (vgl. dazu E. 2.1 und 4). Für den Klinikaufenthalt haben die Gutachter in Übereinstimmung mit den Ärzten der Klinik G.____ (vgl. act. G 6.2-2 S. 11) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen (vgl. IV-act. 153 S. 19). Die



gutachterliche Einschätzung einer 30%igen Arbeitsfähigkeit nach Austritt aus der Klinik ist wiederum gut nachvollziehbar (IV-act. 153 S. 19). Denn zum einen ist nach einem Klinikaustritt zumeist eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu erwarten. Zum anderen haben die Gutachter zu Recht darauf hingewiesen, dass im Austrittsbericht der Klinik G.____ immerhin eine Verbesserung von Kraft und Ausdauer im Vergleich zum Eintritt beschrieben worden ist, wenn auch gleichzeitig von einer bestenfalls erreichten Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes gesprochen worden ist (act. G 6.2-2 S. 11). Diese im Austrittsbericht angesprochene Stabilisierung könnte für die Annahme der Gutachter sprechen, dass sich der psychische Zustand bereits vor Eintritt in die Klinik leicht verbessert hatte. Jedenfalls ist anzunehmen, dass sich der Zustand spätestens nach Klinikaustritt verbessert hat, sodass die gutachterliche Einschätzung einer 30%igen Arbeitsfähigkeit stimmig erscheint. Dies gilt umso mehr, als auch Dr. E.____ in einem Bericht vom 28. September 2015 und der RAD in einer Stellungnahme vom 26. Oktober 2015 von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sind (IV-act. 51 S. 2 ff. und 53 S. 2). Überdies hat die Versicherte ab April 2016 auch einen ersten Arbeitsversuch in einem Pensum von 10-20 % unternommen (vgl. IV-act. 58) und lic. phil I.____ hat im April 2016 ebenfalls eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 61). Schliesslich sind die Gutachter in Übereinstimmung mit einem Bericht von Dr. E.____ vom 23. Dezember 2016 davon ausgegangen, dass ab Ende des Jahres 2016 von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 153 S. 19 und 85 S. 1 f.). Während Dr. E.____ eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als oberstes Limit beschrieben hat (vgl. IV-act. 85 S. 1 f.), gehen die Gutachter von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 153 S. 19). Dabei ist zu berücksichtigen, dass den Ärztinnen und Ärzten bei Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit ein gewisser Ermessensspielraum offensteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. August 2011, 8C_997/2010, E. 3.2). Schliesslich haben die Gutachter ihre von Dr. E.____ leicht abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber auch nachvollziehbar begründet, indem sie erklärt haben, dass die von ihnen vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der von ihnen entdeckten Aggravation erfolgt sei, während Dr. E.____ diese wohl unberücksichtigt gelassen habe (IV-act. 153 S. 19). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist es auch nicht widersprüchlich, dass die Gutachter trotz der bei ihren Untersuchungen entdeckten Aggravation für eine gewisse Zeit in der Vergangenheit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit annehmen, da die Aggravation wohl eben nicht von Anfang an bestanden hat. Vielmehr haben die Gutachter nachvollziehbar aufgezeigt, wie die Beschwerdeführerin nach anfänglicher psychischer Dekompensation vermutlich in dysfunktionaler Weise ihr Selbstwertgefühl durch die körperliche bzw. psychosomatische Symptomatik zu stabilisieren versuchte (vgl. IV-



act. 153 S. 13 f.). Demnach ist es auch nachvollziehbar, weshalb Prof. F.____ in seiner gutachterlichen Untersuchung im Januar 2015 noch keine Aggravationstendenzen erkannt hat (vgl. act. G 6.2-2 S. 32 ff.). Unter Beachtung der von den Gutachtern insbesondere im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung entdeckten Aggravationstendenz ist die Einschätzung einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ab Ende 2016 jedenfalls einleuchtend. Möglicherweise hat auch bereits vor Ende 2016 mindestens phasenweise eine höhere Arbeitsfähigkeit als 30 % oder sogar 50 % vorgelegen, hat die Beschwerdeführerin doch bereits im Oktober 2016 neben einer neu angetretenen Stelle von 50 % noch eine Homeoffice-tätigkeit von 10 % innegehabt (vgl. IV-act. 75 und 89 S. 4). Allerdings hat sie die Stelle mit dem Pensum von 50 % kurz nach Antritt bereits wieder aufgegeben (vgl. IV-act. 89 S. 4). Ganz generell scheint die Eingliederungsphase im Jahr 2016 noch von einem instabilen Gesundheitszustand geprägt gewesen zu sein, sodass die Annahme einer bloss 30%igen Arbeitsfähigkeit bis Ende November 2016 als gerechtfertigt erscheint. Spätestens ab Dezember 2016 ist jedoch von einer nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen. Dr. E.____ hat nämlich die von ihm in seinem Bericht vom 23. Dezember 2016 beschriebene Verbesserung der Gesundheitssituation mit einem Anstieg der Arbeitsfähigkeit auf 50 % (vgl. IV-act. 85 S. 1 f.) durch seinen Bericht vom 12. Juni 2017, in welchem er noch immer von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist, bestätigt (vgl. IV-act. 106). Dass auch ab Dezember 2016 durchgehend nur eine 20%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben soll, wie dies aus einem Bericht von lic. phil. I.____ und Dr. J.____ vom 26. Juni 2018 abgeleitet werden könnte (vgl. act. G 1.3), ist nicht nachvollziehbar. Zum einen hat die Beschwerdeführerin bereits in der Zeit vor Dezember 2016 teilweise in einem höheren Pensum gearbeitet (vgl. IV-act. 75, 89 und 90). Zum anderen hat, wie bereits dargelegt, auch Dr. E.____ eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 50 % für möglich gehalten (vgl. IV-act. 85 S. 1 f. und IV-act. 106) und selbst die Beschwerdeführerin hat sich in einer Besprechung von Januar 2017 als zu 50 % arbeitsfähig eingestuft (vgl. IV-act. 89 S. 6 f.). Sollte sich die Beurteilung von lic. iul.____ und Dr. J.____ lediglich auf die Zeit ab Juni 2018 beziehen, ist sie für dieses Verfahren unbeachtlich, da sie sich diesfalls auf den Zeitraum nach Erlass der angefochtenen Verfügung beziehen würde. Sollte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung verschlechtert haben, steht es ihr frei, sich erneut bei der Beschwerdegegnerin anzumelden. Nach dem Gesagten begründet der Bericht von lic. phil. I.____ und Dr. J.____ vom 26. Juni 2018 jedenfalls keine ernsthaften Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.



3.5. Angesichts dessen, dass die Gutachter ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der einschlägigen Standardindikatoren und namentlich auch unter Ausschluss der von ihnen entdeckten aggraviorischen Tendenzen vorgenommen haben, besteht entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin keine Notwendigkeit für eine juristische Korrektur der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung. Das strukturierte Beweisverfahren soll nämlich keine von den medizinischen Einschätzungen losgelöste juristische Parallelüberprüfung ermöglichen. Vielmehr haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit an den normativen Vorgaben zu orientieren. Kommt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe als auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es grundsätzlich als beweiskräftig anzusehen und die darin enthaltene Schätzung der Arbeitsfähigkeit somit zu übernehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2018, 9C_194/2018, E. 4.1 mit Hinweisen). Demnach ist auf die schlüssige und nachvollziehbare gutachterliche Einschätzung abzustellen. Folglich ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl in ihrer angestammten als auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit im Zeitraum April 2014 bis November 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 0-30 % vorgelegen hat und ab Dezember 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gegeben ist (vgl. IV-act. 153 S. 19).

4.

4.1. Ausgehend von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin in der angefochtenen Verfügung nicht mehr als Teilzeiterwerbstätige, sondern als Vollzeiterwerbstätige eingestuft (vgl. IV-act. 173). Denn wie die Beschwerdeführerin in ihrem Einwand gegen den Vorbescheid plausibel dargelegt hat (vgl. IV-act. 172), hat sie nach Abschluss der Lehre zunächst in Stellen mit einem Pensum von 100 % gearbeitet (vgl. IV-act. 172 S. 17 f.). Reduziert hat sie ihr Pensum aufgrund ihrer Weiterbildung, wobei die diesbezügliche Reduktion des Pensums von Anfang an nur als vorübergehend geplant gewesen ist. So ist im damaligen Arbeitsvertrag bereits vorgesehen gewesen, dass sie nach Abschluss der Weiterbildung wieder in einem Pensum von 100 % arbeiten werde (vgl. IV-act. 172 S. 25). Die im Nachgang an die Weiterbildung beibehaltene Reduktion des Pensums bzw. weitergehende Reduktion des Pensums (vgl. IV-act. 172 S. 16) dürfte gesundheitlichen Gründen geschuldet gewesen sein, wie dies Dr. med. K.____,



Allgemeine Medizin FMH, bestätigt hat (vgl. IV-act. 172 S. 4). Demnach ist der Invaliditätsgrad, wie von der Beschwerdegegnerin zuletzt ebenfalls angenommen, anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

4.2. Massgebend für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 129 V 222). Die Anmeldung der Beschwerdeführerin ist bei der IV-Stelle am 3. November 2014 eingegangen (vgl. IV-act. 21). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Mai 2015. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG dürfte zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen gewesen sein, da die Arbeitsunfähigkeit gemäss gutachterlicher Einschätzung bereits im April 2014 ihren Anfang genommen hat (vgl. IV-act. 153 S. 19). Für den Einkommensvergleich massgebend ist somit das Jahr 2015.

4.3. Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat im Vorbescheid für das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin auf das von der C.____ AG für das Jahr 2014 für ein Pensum von 80 % angegebene Gehalt (vgl. IV-act. 29 S. 2), hochgerechnet auf ein Pensum von 100 % und hochindexiert auf das Jahr 2015 (= Fr. 85'179.--), abgestellt (vgl. IV-act. 156 und 158). Zwar ist die Beschwerdeführerin bei dieser Anstellung möglicherweise bereits gesundheitlich angeschlagen gewesen, sodass das damals erzielte Gehalt für das Valideneinkommen nicht zwingend repräsentativ ist (vgl. IV-act. 172 S. 4). Bei einer früheren Anstellung bei der L.____ AG, hatte die Beschwerdeführerin einst eine Führungsfunktion inne (vgl. Stellenbeschreibung in IV-act. 172 S. 17) und es ist anzunehmen, dass sie im Gesundheitsfall weiterhin eine solche Tätigkeit hätte ausüben können. Allerdings bewegte sich das bei der C.____ AG erzielte Gehalt (hochgerechnet auf ein Pensum von 100 %) im ähnlichen Rahmen wie dasjenige bei der L.____ AG bzw. ist sogar noch höher ausgefallen (vgl. IV-act. 31 S. 8). Bei einer Anstellung bei der M.____ AG, welche laut Arbeitsvertrag ebenfalls keine Führungsfunktion bzw. höchstens in stellvertretender Funktion umfasste (vgl. IV-act. 172 S. 25), fiel das Gehalt höher aus als bei der L.____ AG (vgl. Monatslohn von Fr. 5870.-- versus Fr. 5'900.--; IV-act. 31 S. 9 und 32 S. 8). Demnach ist davon auszugehen, dass die von der Beschwerdeführerin einst innegehabte Führungsfunktion bei der L.____ AG im Rahmen der gut zwei Jahre nach dem erfolgreichen Lehrabschluss als Kauffrau angetretenen Anstellung nicht von



solcher Bedeutung war, dass sie einen messbaren Einfluss auf die Lohnhöhe hatte. Das von der Beschwerdegegnerin im Vorbescheid angenommene Valideneinkommen ist deshalb nicht zu beanstanden. Dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung jedoch plötzlich von einem geringeren Valideneinkommen wie im Vorbescheid ausgegangen ist (vgl. IV-act. 173 S. 1 Fr. 84'666.-- versus IV-act. 158 S. 2 Fr. 85'179.--), dürfte auf eine von der Beschwerdeführerin in ihrem Einwand vom 16. Mai 2018 genannte Zahl zurückzuführen sein (vgl. IV-act. 172 S. 2), ist jedoch nicht nachvollziehbar. Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, ihr sei aufgrund der angefangenen Weiterbildung ein noch höheres Valideneinkommen anzurechnen (vgl. IV-act. 172 S. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Es ist nämlich nicht ausgewiesen, dass sie die Weiterbildung zur Fachfrau Rechnungswesen im Gesundheitsfall tatsächlich hätte abschliessen können bzw. dass der Misserfolg der Weiterbildung einzig auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen ist.

4.4. Für das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf dieselbe Lohnsumme wie beim Valideneinkommen, reduziert um die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit, abgestellt (vgl. IV-act. 158 und 173). Denn gemäss den SMAB-Gutachtern bezieht sich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowohl auf die bisherige Tätigkeit als auch auf adaptierte Tätigkeiten. Demnach ist anzunehmen, dass die Gutachter davon ausgegangen sind, dass eine Tätigkeit als Sachbearbeiterin dem von ihnen definierten Adaptionsprofil entspricht, also in der Regel nicht besonders emotional belastend oder unter besonderem Zeitdruck auszuüben ist (vgl. IV-act. 153 S. 18). Zwar würde eine Führungsposition, wie sie die Beschwerdeführerin einst innehatte, aufgrund der damit einhergehenden höheren Verantwortung wahrscheinlich mehr Stress bedeuten und somit möglicherweise nicht leidensangepasst sein. Wie bereits bei den Ausführungen zum Validenlohn festgehalten worden ist, haben die Anstellungen jedoch gezeigt, dass die Beschwerdeführerin als Sachbearbeiterin ohne explizite Führungsfunktion eine gleich gut bezahlte Stelle wie diejenige bei der L. ___ AG finden kann. Auch die in den Akten enthaltenen im Rahmen der Eingliederungsphase unterschriebenen Arbeitsverträge haben, hochgerechnet auf ein Pensum von 100 % und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung, keine wesentlich schlechtere oder sogar eine bessere Besoldung als bei bisherigen Anstellungen vorgesehen (vgl. IV-act. 90 S. 2 und 75 S. 1). Folglich ist mit der Beschwerdegegnerin anzunehmen, dass sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens derselbe Lohn für ein Pensum von 100 % zugrunde zu legen ist. Demnach kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom



Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Ob ein solcher im vorliegenden Fall, in dem nicht auf Tabellenlöhne abgestellt wird, überhaupt in Frage kommt, und ob ein solcher konkret gerechtfertigt wäre, braucht nicht näher erläutert zu werden (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Kieser/Lendfers (Hrsg.), Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff., insbesondere S. 151 Fn 57 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichtes vom 10. August 2011, 8C_10/2011, E. 7). Denn selbst ein Tabellenlohnabzug von 10 % würde zu keiner Änderung in der Anspruchsberechtigung führen. Gründe, die gar einen 10 % übersteigenden Abzug rechtfertigen könnten, liegen jedenfalls nicht vor.

4.5. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70 %, wie er ab Dezember 2016 anzunehmen ist, resultiert demnach ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %. In der Zeit von April 2014 bis November 2016, wonach sich die Arbeitsfähigkeit gemäss der gutachterlichen Einschätzung zwischen 0 und 30 % bewegt hat, hat der Invaliditätsgrad zwischen 0 und 30 % gelegen, sodass in diesem Zeitraum ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente besteht, wobei der Rentenanspruch allerdings erst ab Mai 2015 entstanden ist (vgl. E. 4.2). Aufgrund der Übergangsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV ist die ganze Invalidenrente während dreier Monate nach Wegfall des invalidisierenden Gesundheitszustandes weiterhin auszurichten. Folglich besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente für den Zeitraum von Mai 2015 bis Februar 2017.

4.6. Abschliessend ist anzumerken, dass das von der Beschwerdeführerin am 1. Juni 2017 gestellte Gesuch um berufliche Massnahmen (vgl. IV-act. 105) von dieser Entscheid nicht berührt ist. Laut E-Mail der Beschwerdeführerin vom 7. Dezember 2017 scheint die im Gesuch erwähnte Anstellung zwar ohnehin nicht mehr in Frage zu kommen (vgl. IV-act. 152 S. 1; vgl. ferner IV-act. 172 S. 16), möglicherweise jedoch andere Eingliederungsmassnahmen.

5.

5.1. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist und die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Mai 2015 bis 28. Februar 2017 einen Anspruch auf eine ganze Rente hat. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2. 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 Beschwerdeführerin hat gemessen am Antrag um Zusprache



St.Galler Gerichte

einer unbefristeten Rente nur in untergeordnetem Ausmass obsiegt. Ihr sind daher ermessensweise 2/3 der Kosten, d.h. Fr. 400.--, aufzuerlegen. Den Restbetrag von Fr. 200.-- hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen, und der Beschwerdeführerin ist in diesem Umfang der geleistete Kostenvorschuss zurückzuerstatten.

5.3. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Unter Berücksichtigung vergleichbarer Fälle und entsprechend dem Ausmass des Obsiegens rechtfertigt sich vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'200.--. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin somit mit Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.

Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art 39^{ter} Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung insofern abgeändert, als der Beschwerdeführerin rückwirkend eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Mai 2015 bis 28. Februar 2017 zugesprochen wird. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und die Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.