

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/355 vom 29. Oktober 2012**

Sg Versicherungsgericht, 2012-10-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2010\\_355](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_355)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/355 du 29 octobre 2012

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/355 del 29 ottobre 2012

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 1 IVG. Abklärung des Rentenanspruchs. Festlegung der psychisch bedingten Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2012, IV 2010/355). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_936/2012.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung vom 20. Dezember 2007 eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anzuwenden.

1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Rente hat. Nach der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 in Kraft stehenden Fassung von Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird nach Art. 16 ATSG 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). Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung 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 medizinischen Fachperson begründet und nachvollziehbar sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis; RKUV 2000, 214). Aus den Akten ersichtlich und unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde zu 20% im Haushalt und zu 80% ausserhäuslich tätig wäre. Bei Teilerwerbstätigen (bzw. bei Personen, die ohne die Behinderung teilerwerbstätig

wären) bemisst sich die Invalidität für den nichterwerblichen Teil nach der Einschränkung im bisherigen Aufgabenbereich (sogenannte 'gemischte Methode', Art. 27 bis i.V.m. Art. 27 IVV). Die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung ist auch anwendbar auf ausschliesslich im Haushalt tätige Personen, falls diese ohne ihren Gesundheitsschaden weiterhin teilweise erwerbstätig wären (vgl. Rz 3105 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit, KSIH). 1.3 Die IV-FL bejahte mit Verfügung vom 25. Januar 2010 den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente ab Oktober 2005 auf der Basis eines IV-Grads von 88% (IV-act. 133), während die Beschwerdegegnerin - unter Zugrundelegung derselben Akten - den Rentenanspruch gänzlich verneint. Unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin zuletzt im Fürstentum Liechtenstein Beiträge abrechnete (IV-act. 47), da sie wegen des zwischen der Schweiz und dem Fürstentum Liechtenstein gültigen Erwerbortprinzips (BGE 125 V 230; AHI 1999, 198) der Beitragspflicht an die dortige IV sowie der liechtensteinischen Gesetzgebung unterstellt war (vgl. BGE 125 V 230) und deshalb auch von der IV-FL einen anteilmässigen Rententeil erhält (vgl. BGE 122 V 69). Die Beschwerdegegnerin überwies die Angelegenheit dementsprechend zur Erstprüfung an die IV-FL (IV-act. 9). Das heisst aber nicht, dass die schweizerische IV an die Wertung und Beurteilung der verschiedenen Arztberichte durch die IV-FL gebunden wäre. Das Gleiche gilt auch für den darauf basierenden Invaliditätsgrad, da dieser auf der Basis der (leicht unterschiedlichen) Gesetzgebung beider Länder zu ermitteln ist. Daran ändert auch nichts, dass die Beschwerdeführerin vor den liechtensteinischen Behörden ein Rentenverfahren anhängig machte und die leistungszusprechende Verfügung der IV-FL vom 25. Januar 2010 in Rechtskraft erwuchs. Ob der Staatsvertrag über Soziale Sicherheit mit dem Fürstentum Liechtenstein etwas Gegenteiliges über eine allfällige Rechtskraftbindewirkung festhält, braucht nicht geprüft zu werden, da die Beschwerdeführerin als Angehörige eines Drittstaates sich nicht auf dieses Abkommen berufen könnte.

## **E. 2**

2.1 Im rheumatologischen Bericht der Klinik Valens vom 20. Februar 2004 wurden bei der Beschwerdeführerin die Diagnosen einer Depression mit somatoformer Schmerzstörung, ein chronisch rezidivierendes thoracolumbospondylogenes Syndrom und eine Bicepssehnentendinopathie bescheinigt (IV-act. 51, 61). Der Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ erachtete sie am 5. März 2005 in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (angestammter Beruf als Sekretärin) aus psychiatrischer Sicht zu 50% arbeitsfähig. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Episode mittelschweren bis schweren Ausprägungsgrades (IV-act. 53). Eine Abklärung im Haushalt vom 27. April 2006 ergab eine Behinderung in diesem Arbeitsbereich (Anteil 20%) von 40.8% (IV-act. 60). Im Bericht der Klinik G.\_\_\_\_, vom 19. April 2006 wurden eine Dysthymia und eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten vor dem Hintergrund eines chronischen Paarkonfliktes diagnostiziert (IV-act. 62). Dr. B.\_\_\_\_ bescheinigte am 25. Mai 2006, dass aufgrund der Chronifizierung der Depression nicht zu erwarten sei, dass die Beschwerdeführerin in nächster Zeit einer Erwerbstätigkeit werde nachgehen können (IV-act. 62). Im Gutachten vom 18. Januar 2007 stellte Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Dysthymia, Probleme in der Beziehung zum Ehepartner und sonstige näher bezeichnete Probleme bei der Erziehung. Bei der Dysthymia seien die betroffenen Personen in der Regel fähig, den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens gerecht zu werden. Dies, obwohl sie sich häufig müde und depressiv fühlten, alles als Anstrengung

erleben würden und nichts geniessen könnten. Die Beschwerdeführerin zeige histrionisch-manipulative Persönlichkeitsanteile, habe aber auch ängstlich-zwanghafte Persönlichkeitselemente und zeige irritierende Verhaltensauffälligkeiten. Diese Auffälligkeiten würden aber nicht genügen, um die Diagnose einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung zu begründen; sie könnten aber zumindest als prämorbid Persönlichkeitsanteile als wesentlicher Bestandteil der Krankheitsentwicklung der Beschwerdeführerin geltend gemacht werden. Nichtmedizinische Faktoren würden bei der Entstehung und beim Erhalt der von der Beschwerdeführerin geklagten Symptomatik eine sehr grosse Rolle spielen. Überfordert worden sei die Beschwerdeführerin sicherlich durch einen jahrelangen psychosozialen Stress in Form ehelicher Probleme einerseits und von Erziehungsproblemen andererseits. Es handle sich um eine dysfunktionale Familie, welche verschiedenste Institutionen in Anspruch nehmen müsse. Desgleichen sei eine jahrelange Mehrfachbelastung als Hausfrau, Mutter von zwei Kindern und Fabrikarbeiterin bzw. Raumpflegerin festzustellen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Dysthymie zwar eine chronische, aber weder schwere noch therapieresistente psychiatrische Störung darstelle, könne der Beschwerdeführerin keine langfristige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Dies speziell unter dem Aspekt, dass die nicht medizinischen Faktoren einen kausal erheblichen Anteil darstellen würden (IV-act. 67). Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte am 30. April 2007 mit Hinweis auf das Vorliegen einer Dysthymie, einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, einer Fibromyalgie und eines Zustands nach Borrelieninfektion nach Zeckenbiss eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 15. September 2003 (IV-act. 75). Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, bescheinigte am 30. Mai 2007 ein invalidisierendes thorakolumbospondylogenes Syndrom. Eine Lyme-Borreliose habe ausgeschlossen werden können. Die Patientin könne auch den Haushalt nur mit Hilfe der Tochter und des Ehemanns machen. Daher komme eine Erwerbstätigkeit nicht in Frage (IV-act. 76).

2.2 In der Stellungnahme vom 19. November 2007 hielt Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem fest, es sei nicht zulässig, wenn Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführe, da aufgrund einer Persönlichkeitsstörung im Grundsatz keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden könne. Eine Fibromyalgie könne aufgrund der Aktenlage und des Zustands der Beschwerdeführerin nicht diagnostiziert werden. Zudem handle sich dabei um eine Störung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die von Dr. B.\_\_\_\_ unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführte Borreliosen-Infektion habe gemäss dem Zecken-Spezialisten Dr. E.\_\_\_\_ ausgeschlossen werden können. Unter den beteiligten Ärzten bestehe Einigkeit bezüglich der Diagnose einer Dysthymie; hieraus lasse sich nach wie vor keine langfristige gutachterlich-psychiatrisch begründbare Arbeitsunfähigkeit ableiten. Dies gelte speziell mit Blick auf die Persönlichkeitsauffälligkeiten der Beschwerdeführerin und die zahlreichen nichtmedizinischen Faktoren (IV-act. 83). Der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ vermerkte am 28. März 2008 unter anderem, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigten Auffälligkeiten in der Persönlichkeit sich weitgehend mit der von Dr. B.\_\_\_\_ zusätzlich gestellten Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung decken würden. Aktuell liege somit der gleiche psychiatrische Sachverhalt vor wie anlässlich der Begutachtung von 2007. Lediglich die Beurteilung der Auswirkungen sei unterschiedlich. Es gebe keine Veranlassung, an den Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters zu zweifeln (IV-act. 86). Eine Abklärung der Beschwerdeführerin in der Klinik Valens mit EFL-Untersuchung (Bericht vom 30. April 2008) sowie rheumatologischer und psychiatrischer Begutachtung (Bericht Dr. C.\_\_\_\_ vom

10. Juli 2008) ergab gemäss Gutachten vom 25. August 2008 die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eines chronischen myofaszialen generalisierten Schmerzsyndroms seit Jahren mit Schmerzexazerbation seit dem Jahr 2003 sowie eines chronischen zervikothorakospondylogenen Syndroms. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (histrionisch, ängstlich-vermeidend und abhängig; Dysthymia), ein Rezidiv einer epigastrischen Hernie, zum Teil symptomatisch, sowie ein Status nach Borrelieninfekt diagnostiziert. Eine bewusste Aggravation zeige sich nicht. Zudem könne keine Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aufgrund der Psychomotorik und aufgrund des Schmerzverhaltens gestellt werden. Die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin sei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht initial vier Stunden täglich zumutbar; nach einer Einarbeitungsphase sollte eine Steigerung dieser Tätigkeit innert drei bis vier Monaten auf eine ganztägige Arbeitszeit mit zusätzlichen Pausen von insgesamt 1 ½ bis 2 Stunden über den Tag verteilt möglich sein, wenn folgende Einschränkungen eingehalten würden: Arbeit über Schulterhöhe, Kriechen, repetitive Armbewegungen sollten nur manchmal (6 bis 33 % eines Arbeitstags) vorkommen und bei Bedarf unterbrochen werden können. Zumutbar sei auch eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit, initial zu vier Stunden täglich; nach einer Einarbeitungsphase sollte eine Steigerung innert drei bis vier Monaten auf eine ganztägige Arbeitszeit mit zusätzlichen Pausen von 1 ½ bis 2 Stunden pro Tag und den bereits erwähnten Einschränkungen möglich sein. Es werde ein regelmässiges Ausdauertraining empfohlen. Nachdem die Beschwerdeführerin sich aber nicht mehr im Stand fühle, wieder einer Arbeit zu mehr als 25% nachzugehen, bereits seit Jahren keiner Tätigkeit mehr nachgehe und im Alltag auch ein Schonverhalten feststellbar sei, werde es kaum möglich sein, sie zu motivieren, diese Empfehlungen umzusetzen. Die Prognose sei vor allem aufgrund der Persönlichkeitsstörung ungünstig. Die Beschwerdeführerin wirke appellativ hilflos im Gespräch und habe eine ausgeprägte Fixierung auf eine Rentenzusprache. Sie könne sich nicht vorstellen, ein Arbeitspensum über 25% zu bewältigen (IV-act. 93). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapeut, diagnostizierte im Gutachten vom 8. Oktober 2009 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende, depressive Störung mit in den letzten Jahren eingetretener Chronifizierung seit 1987. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung vorbestehend an. Aus der Sicht des Gutachters könne die Diagnose einer Dysthymie nicht aufrecht erhalten werden, da sowohl vor als auch nach dem stationären Aufenthalt in G.\_\_\_\_ Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung mit einem zeitweisen Ausprägungsgrad einer schweren Depression vorhanden gewesen seien. Aus nervenärztlicher Sicht sei keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 15. September 2003. Es werde empfohlen, auf einen Arbeitsversuch zu verzichten (IV-act. 113). Die RAD-Ärzte Dres. med. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ hielten in der Stellungnahme vom 12. Mai 2010 fest, im Gutachten D.\_\_\_\_ werde die Meinung des langjährig behandelnden Psychiaters Dr. B.\_\_\_\_ gestützt. Dr. B.\_\_\_\_ attestiere jedoch in den Arztberichten 2005 und 2007 in einer adaptierten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Wie aus den im letzten Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ festgehaltenen Aussagen im telefonischen Gespräch mit Dr. B.\_\_\_\_ hervorgehe, sei es der Beschwerdeführerin nach 2006 eher besser gegangen, so dass angenommen werden könne, dass zu keinem Zeitpunkt eine geringere Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Dies entspreche auch dem, was aufgrund der gestellten Diagnose gemäss Rechtsprechung als zumutbar angenommen werde und

widerspiegle auch die Ergebnisse der Haushaltabklärung vom 27. April 2006, wo eine Behinderung von 40.8% festgehalten worden sei. Auch die im Gutachten D.\_\_\_\_ beschriebenen Einschränkungen würden dies vermuten lassen (noch bestehende soziale Kontakte; ausserhäusliche Tätigkeiten seien nicht völlig verunmöglicht). Eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr gegeben. Unter Berücksichtigung der im Gutachten D.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen bzw. der beschriebenen Funktionseinschränkungen könne von einer medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit (leicht und wechselbelastend, ohne Kundenkontakte bzw. ohne Exposition an konfliktrträgliche Situationen, Möglichkeit der vermehrten Pauseneinschaltung, ohne Leistungsdruck, ohne Schicht-/Nachtarbeit) ausgegangen werden. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei auf den 15. September 2003 zu setzen (IV-act. 120).

### **E. 3**

3.1 Depressive Stimmungslagen sind nach der Rechtsprechung in der Regel (reaktive) Begleiterscheinungen einer somatoformen Schmerzstörung (bzw. Ausdruck und Begleitsymptome des Schmerzgeschehens) und können keine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität darstellen (vgl. BGE 130 V 358 E. 3.3.1). Es kann aber auch sein, dass sie sich aufgrund ihres Schweregrads von einer somatoformen Störung unterscheiden lassen (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 20. April 2004, I 805/04, E. 5.2.1). Es stellt sich damit die Frage, inwiefern konkret eine unabhängig von den weiteren, ärztlicherseits diagnostizierten psychischen Leiden bestehende Depression zu bejahen ist. Hierbei ist von Bedeutung, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4). Wie das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat, lassen sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinn des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294,

E. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2008, 9C\_578/2007, E. 2.2 in fine mit Hinweisen). In diesem Sinn werden Wechselwirkungen zwischen sich körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 6 S. 15 E. 5.4; Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, E. 4.2).

3.2 Nachdem die Ärzte der Klinik Valens im Februar 2004 bei der Beschwerdeführerin vom Vorliegen einer Depression mit somatoformer Schmerzstörung ausgegangen waren und bezüglich Arbeitsfähigkeit auf die Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. B.\_\_\_\_ (50%) verwiesen hatten (IV-act. 51, 61), bescheinigte Dr. B.\_\_\_\_ im März 2005 eine mittelschwere bis schwere depressive Episode (IV-act. 53). Bei aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen unveränderten Verhältnissen wurde von Seiten der Klinik G.\_\_\_\_ die am 24. März 2006 (IV-act. 62-4/7) gestellte vorläufige Diagnose (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Probleme in der Beziehung zum Ehepartner) im kurz darauf ergangenen Bericht derselben Institution vom 19. April 2006 (IV-act. 62-5/7) in eine Dysthymia mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten vor dem Hintergrund eines chronischen Paarkonflikts abgeändert. Dies ohne nähere Begründung bzw. einzig mit dem Hinweis, dass "angesichts der langjährigen Symptomanamnese sowie des bisherigen Verlaufs" die Diagnose einer rezidivierenden Depression in eine Dysthymie "revidiert" werde (vgl. IV-act. 62-7/7). Dr. B.\_\_\_\_ übernahm die Diagnose einer Dysthymie im Mai 2006 zwar formell und mit Verweis auf die Einschätzung der Klinik G.\_\_\_\_ (IV-act. 62-1/7), hielt aber fest, dass die antidepressive Medikation weitergeführt werde (IV-act. 62-1/7) und eine "Chronifizierung der Depression (Dysthymie ICD-10 F 34.1)" (IV-act. 62-3/7) vorliege. Diese unklare Unterscheidung der beiden Diagnosen durch die beteiligten Ärzte zeigt, dass die Merkmale der Diagnosen inhaltlich ineinanderfliessen und die Diagnosefestlegung dementsprechend stark von ärztlichen Wertungen abhängig ist. Dies ergibt sich auch deutlich aus dem Gutachten C.\_\_\_\_ vom Januar 2007, wo die Diagnose einer Dysthymie und das Nichtbestehen einer "langfristigen Arbeitsunfähigkeit" (IV-act. 67 S. 26 unten) im Wesentlichen mit Hinweis auf nichtmedizinische Faktoren (psychosozialer Stress durch eheliche Probleme, dysfunktionale Familie mit Inanspruchnahme von diversen Institutionen, Mehrfachbelastung als Hausfrau, Mutter und Erwerbstätige; IV-act. 67 S. 24) begründet wurde. Als nichtmedizinischen Faktor führte Dr. C.\_\_\_\_ im Übrigen sogar die bei der Beschwerdeführerin offenbar bestehenden "prämorbidem Persönlichkeitsanteile" und eine familiäre Disposition zu depressiven Reaktionen auf (IV-act. 67 S. 25 Mitte). Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren und das medizinisch objektivierbare Geschehen wurden hier offensichtlich nicht unterschieden. Wenn Dr. C.\_\_\_\_ im Gutachten vom Januar 2007 als Merkmal der Dysthymie die Fähigkeit der betroffenen Person vermerkte, den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens gerecht zu werden (IV-act. 67 S. 23), so ist auf den Abklärungsbericht Haushalt vom April 2006 zu verweisen, wo unter anderem festgehalten wurde, die Beschwerdeführerin fühle sich schwach, kraftlos und mit allem überfordert. Im Haushalt müsse sie täglich unterstützt werden. Ihr fehle der Antrieb dazu. Es komme auch vor, dass sie tagelang gar nichts koche und vorbereite. Sie gehe nie allein zum Einkaufen. Post- und Banksachen erledige ihr Mann (IV-act. 60 S. 1 und 5). Teil des interdisziplinären Gutachtens der Klinik Valens vom August 2008 bildet sodann ein

psychiatrisches Konsiliargutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2008 (IV-act. 93-31/72ff). Dort wurde unter anderem festgehalten, entscheidend und primär gehe es darum, die Schwere und Chronizität der depressiven Störung einzuordnen (IV-act. 93-53/72). Diese Einordnung nahm der Gutachter im Wesentlichen mit dem Hinweis vor, dass "nach wie vor" Einigkeit zwischen Dr. B.\_\_\_\_ und ihm (dem Gutachter) hinsichtlich des Vorliegens einer Dysthymie bestehe. Dabei handle es sich um eine depressive Verstimmung, welche "sicherlich schon seit fünf bis sechs Jahren" vorliege (IV-act. 93-54/72). Zum Verlauf verwies der Gutachter auf die Beurteilungen von Dr. B.\_\_\_\_ von 2004 bis 2006 (IV-act. 93-56/72), wobei er allerdings die von der Klinik Valens und Dr. B.\_\_\_\_ in den Jahren 2004 und 2005 angeführten, nicht auf eine Dysthymie reduzierbaren Befunde (Depression bzw. mittelschwere bis schwere depressive Episode; IV-act. 51, 53) unerwähnt liess. Was die von Dr. C.\_\_\_\_ angeführte fehlende Einnahme verordneter Antidepressiva betrifft (IV-act. 93-45/72), ist festzuhalten, dass eine (einzige) Medikamentenspiegelbestimmung (vom Juni 2008) eine ungenügende Compliance über den hier zur Diskussion stehenden langen Zeitraum nicht zu belegen vermag. Weitere begründende Ausführungen hinsichtlich des Vorliegens einer langjährigen Dysthymie lassen sich dem Gutachten C.\_\_\_\_ vom Juli 2008 nicht entnehmen. Insgesamt erscheint somit dieses Gutachten als nicht überzeugend. Das zur Klärung der Situation veranlasste Gutachten D.\_\_\_\_ vom Oktober 2009 kam nach Darlegung des chronologischen Krankheitsverlaufs seit 1987 (IV-act. 113-5/22) zum Schluss, die auch vom behandelnden Nervenarzt Dr. B.\_\_\_\_ ursprünglich gestellte Diagnose einer rezidivierenden Depression sei unglücklicherweise in der Klinik G.\_\_\_\_ zugunsten der Diagnose einer Dysthymie aufgegeben worden. Aus der Sicht des Gutachters könne die Diagnose einer Dysthymie nicht aufrecht erhalten werden, da sowohl vor als auch nach dem stationären Aufenthalt in Pfäfers Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung mit einem zeitweisen Ausprägungsgrad einer schweren Depression vorhanden gewesen seien. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe eine chronifizierte mittelgradig ausgeprägte Depression. Der Krankheitsverlauf der letzten Jahre zeige, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer affektiven Erkrankung keineswegs auch nur in der Lage gewesen sei, ihre meisten Aktivitäten zu bewältigen, was bedeute, dass in den letzten Jahren in chronifizierter Form eine stärker ausgeprägte Depression als nur eine leichte depressive Episode vorgelegen habe. In Übereinstimmung damit attestiere Dr. B.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. B.\_\_\_\_ gebe an, dass er die Diagnose einer Dysthymie nur wegen des chronischen Verlaufes von G.\_\_\_\_ übernommen habe, nicht wegen des Ausprägungsgrads der Erkrankung. Seit der Verschlechterung des Zustandsbilds im Jahr 2003 hätten die Somatisierungen zugenommen. Psychosoziale Faktoren hätten den Krankheitsverlauf beeinflusst, sie stünden jedoch nicht im Vordergrund. Nicht der Ehekonflikt habe zu den Beschwerden geführt; vielmehr hätten die lang anhaltenden Beschwerden die eheliche Beziehung beeinträchtigt. Aus nervenärztlicher Sicht sei keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar (IV-act. 113 S. 16-19). Wenn in der Stellungnahme des RAD vom 12. Mai 2010 festgehalten wurde, Dr. B.\_\_\_\_ attestiere in den Berichten 2005 und 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (IV-act. 120), so trifft dies insofern nicht zu, als Dr. B.\_\_\_\_ in den Berichten vom Mai 2006 und April 2007 vielmehr eine volle Arbeitsunfähigkeit seit September 2003 bescheinigt und festgehalten hatte, dass aufgrund der Chronifizierung der depressiven Symptomatik auch eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit kaum zu verwirklichen sein dürfte (IV-act. 62, 75). Auch das Vorbringen der RAD-Ärzte in der Stellungnahme vom 12. Mai 2010, wonach es der Beschwerdeführerin nach Lage der Akten (Gutachten C.\_\_\_\_ von 2008; Dr. B.\_\_\_\_) nach 2006 eher besser gegangen sei, so dass zu

keinem Zeitpunkt eine geringere Arbeitsfähigkeit (als 50%) anzunehmen sei (IV-act. 120), wird durch die Aktenlage nicht gestützt. Denn gemäss Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Mai 2006 konnte während des stationären Aufenthalts in Pfäfers nur eine geringe Verbesserung erreicht werden. Der Arzt hielt fest, es sei nicht zu erwarten, dass die weitere ambulante Therapie die für eine Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit notwendige Verbesserung erbringen werde (IV-act. 62-3/7). Die vorerwähnten Einwände sind somit nicht geeignet, das Gutachten D.\_\_\_\_ und dessen Ergebnis in Zweifel zu ziehen. Dieses Gutachten beruht - im Gegensatz zum RAD-Bericht - auf einer Untersuchung der Beschwerdeführerin einschliesslich Aussenanamnese mit dem Ehegatten (IV-act. 113-1/22). Abstrakte, allgemeine Feststellungen zu gesundheitlichen Verläufen ohne eigene Untersuchung durch den RAD genügen nicht, um die Plausibilität eines Gutachtens zu zerstören.

3.3 Bei der rezidivierenden depressiven Störung der Beschwerdeführerin handelt es sich, wie die geschilderte Aktenlage zeigt, um ein mehrjähriges, im Zeitverlauf von leicht bis schwer schwankendes Geschehen (vgl. vorstehende E. 3.2). Der Hinweis von Dr. C.\_\_\_\_ auf belastende psychosoziale Faktoren genügt für sich allein nicht, um eine invalidisierende Wirkung des psychogenen Teils des Schmerzleidens auszuschliessen, ist doch eine gesamthafte Prüfung der Sachlage nach den von der Rechtsprechung formulierten Kriterien vorzunehmen (BGE 131 V 49 und 130 V 352; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2008, 9C\_25/2008, E. 3.2). Bei der IV-rechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustände darf sodann nicht unbesehen auf die ärztlichen - selbst die gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur ist (Art. 8 ATSG) und nicht zwingend mit dem medizinischen Krankheits- oder Invaliditätsverständnis übereinstimmt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Behörde zunächst die - aufgrund der medizinischen Aktenlage zu beantwortende - Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei der versicherten Person nebst der diagnostizierten, allein nicht invalidisierenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zusätzliche psychische Beeinträchtigungen im Sinn des rechtsprechungsgemässen Kriterienkatalogs vorliegen, welche einer adäquaten Schmerzbewältigung objektiv entgegenstehen. Die weitere Frage, ob eine allenfalls festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und/oder einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten, ist rechtlicher Art. Ihre abschliessende Beantwortung obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden (Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2008, 9C\_820/2008, E. 4.1 mit Hinweisen). Wenn es an der erforderlichen Erheblichkeit der Schwere, Ausprägung und Dauer der Komorbidität fehlt, ist nach der Rechtsprechung eine invalidisierende Wirkung der Gesundheitsschädigung nicht gegeben, selbst wenn eine mittelschwere depressive Episode als selbständiges, von der somatoformen Schmerzstörung losgelöstes Leiden vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2010, 8C\_144/2010, E. 3.5).

3.4 Ärztliche Behandlungen ab ca. 2002 führten - bei wechselhaftem gesundheitlichen Verlauf - nicht zu einer andauernden Verbesserung, und die Beschwerdeführerin stand im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ nach wie vor in psychiatrischer Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 113-3/22, 113-15/22f). Der Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ führte eine rezidivierende depressive Störung mit in den letzten Jahren eingetretener Chronifizierung seit 1987 als Diagnose mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 113-14/22). Ein langjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lässt sich somit mit Bezug auf die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin nicht in Abrede stellen (vgl. IV-act. 113-15/22ff). Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist aus den Akten demgegenüber nicht ersichtlich (vgl. IV-act. 113-4/22, 113-8/22). Der Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ schätzte sodann die im Begutachtungszeitpunkt mittelschwere depressive Störung und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit als aus psychiatrischer Sicht nicht verbesserbar ein. Alle ambulanten und stationären therapeutischen Massnahmen seien ausgeschöpft worden (IV-act. 113-20/22). Weitere therapeutische Massnahmen erachtete er als nicht erfolgversprechend (IV-act. 113-21/22). Von einer blossen Episode kann angesichts des langjährigen, im Begutachtungszeitpunkt und auch später andauernden Verlaufs und der erwähnten Prognose nicht gesprochen werden, so dass sich auch das Vorliegen eines gefestigten, nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufs (missglückte, psychisch aber entlastende Konfliktbewältigung) und damit eine selbständige psychische Erkrankung nicht verneinen lässt. Chronifizierung und Therapieresistenz sind bei der Beurteilung der Frage, ob ein depressives Geschehen mit Somatisierungstendenz mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sei, mitentscheidende Faktoren (vgl. BGE 131 V 49 mit Hinweisen und Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2008, 9C\_136/2008, E. 4). Im Übrigen erachtete Dr. D.\_\_\_\_ die Auffälligkeiten im Verhalten der Beschwerdeführerin (vgl. Gutachten C.\_\_\_\_ 2008, IV-act. 93-48/72) als durch die auch in den früheren Berichten und Gutachten erwähnte Persönlichkeitsstörung erklärbar (IV-act. 113-19/22). Diese Verhaltensauffälligkeiten lassen sich somit entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (act. G 4 Ziff. 2.3) nicht als aggravatorische Tendenzen bzw. Inkonsistenzen interpretieren, zumal solche von Seiten der Klinik Valens ausdrücklich verneint worden waren (IV-act. 93-64/72). Wenn Dr. D.\_\_\_\_ eine über Jahre chronifizierte Depression unterschiedlicher Ausprägung (von leicht bis schwer) bestätigte und die Prognose als schlecht einschätzte (IV-act. 113-19/22), so stellt dies nicht eine bloss (reaktive) Begleiterscheinung einer somatoformen Schmerzstörung (bzw. Ausdruck und Begleitsymptome des Schmerzgeschehens) dar. Mit Blick auf die vorstehenden Darlegungen ist vielmehr von einer selbstständigen, vom Schmerzsyndrom losgelösten psychischen Komorbidität auszugehen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit September 2003 (vgl. dazu IV-act. 53-1/7, 62-3/7, 75 und 113 S. 20) vollumfänglich einschränkt. Beweiskräftige Belege dafür, dass dieser Umstand die Arbeitsfähigkeit - entgegen der Bestätigung von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ - aus psychiatrischer Sicht lediglich um die Hälfte (angefochtene Verfügung) bzw. überhaupt nicht (Beschwerdeantwort) einschränkt, lassen sich den Akten nicht entnehmen. Dies gilt auch für das Gutachten Valens von 2008, welchem wie erwähnt die nicht überzeugende psychiatrische Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ zugrunde liegt (vorstehende E. 3.2 zweiter Absatz). Im EFL-Bericht der Klinik Valens vom 30. April 2008 wurde sodann ausdrücklich vermerkt, dass anhand der somatisch orientierten Tests nicht beurteilt werden könne, inwiefern psychiatrische oder soziale Kontextfaktoren die Zumutbarkeit beeinflussen würden (IV-act. 93-64-72). Die liechtensteinische IV ging vom Gutachten D.\_\_\_\_ aus, indem sie die Erwerbsunfähigkeit gestützt auf eine volle (psychiatrische begründete) Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsteil (80%) festlegte (IV-act. 114). Die Frage, welche Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht vorliegt, kann bei dieser Sachlage offenbleiben.

#### **E. 4**

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der Verfügung vom 22. Juli 2010 gutzuheissen und die Sache zur Festsetzung von Höhe und Beginn der Rente gestützt auf eine volle Arbeitsunfähigkeit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 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 angemessen. Mit Blick auf das Obsiegen der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Ausgehend von einer "mittleren" Pauschalentschädigung bei vollem Obsiegen von Fr. 3'500.-- erscheint eine Parteientschädigung in dieser Höhe (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 22. Juli 2010 aufgehoben und die Sache zur Festsetzung von Höhe und Beginn der Rente auf der Basis einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.