

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/76 vom 11. Mai 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-05-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_76](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_76)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/76 du 11 mai 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/76 del 11 maggio 2020

## **Regeste**

Art. 7 und 8 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Keine ausreichende Begründung der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Zudem Fehlen von Angaben zu den Ressourcen. Verbliebener Arbeitsfähigkeitsgrad steht noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Mai 2020, IV 2018/76).

## **Volltext**

Entscheid vom 11. Mai 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull Geschäftsnr. IV 2018/76 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich im Mai 2015 (Posteingang: 3. Juni 2015) wegen einer Migräneerkrankung und psychischen Schwierigkeiten respektive einer Depression zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, im Heimatland drei Jahre die Primarschule besucht zu haben. Im Jahr 1993 sei sie in die Schweiz eingereist. Von Juni 2006 bis September 2009 habe sie als Mitarbeiterin in der Montage zu 100% bei der B.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Sie habe dort Fr. 3'720.-- brutto monatlich verdient. Seither sei sie als Hausfrau tätig. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 3. Juli 2015 mit (IV-act. 12), zurzeit seien keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Am 5. August 2015 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_ von der Psychiatrie D.\_\_\_\_ (IV-act. 14), die Versicherte befinde sich seit Juli 2009 in psychiatrischer Behandlung. Der Erstkontakt sei auf der Kriseninterventionsstelle der Psychiatrie D.\_\_\_\_ erfolgt. Die Versicherte habe damals suizidale Absichten geäussert, nachdem ihr die Arbeitsstelle unerwartet gekündigt worden sei und der Ehemann sie mit den beiden Kindern alleine zurückgelassen habe. Ihr sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich im Verlauf der Therapie gebessert und auf einem mässigen, jedoch zufriedenstellenden Niveau stabilisiert. Dr. C.\_\_\_\_ gab die Diagnosen einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11), und einer Agoraphobie (ICD-10 F40.0) an. Am 4. Dezember 2015 wiederholte Dr. C.\_\_\_\_ diese Angaben (IV-act. 17). Sie hielt fest, seit 2009 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Versicherte gab am 11. Januar 2016 im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt an (IV-act. 18), ohne gesundheitliche Beeinträchtigung würde sie aus wirtschaftlichen Gründen zu 100% als Hilfskraft erwerbstätig sein. Am 4. Mai 2016 reichte eine Mitarbeiterin der Psychiatrie D.\_\_\_\_ einen Austrittsbericht des Kriseninterventionszentrums vom 5. Januar 2011 ein (IV-act. 25, 26). Dr. med. E.\_\_\_\_ hatte darin folgende Diagnosen

festgehalten: Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22), DD mittelgradige depressive Episode, und chronifizierte migräniforme Cephalaea mit Verdacht auf analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente. Dr. E. \_\_\_ hatte ausgeführt, die erstmalige Anmeldung der Versicherten sei im Juli 2009 erfolgt. Im Erstgespräch habe sich die Versicherte in einem mittelschwer bis schwergradig depressiven Zustandsbild bei einer schweren psychosozialen Belastungssituation gezeigt. Im Verlauf habe sich der Zustand der Versicherten gebessert und auf einem mässigen, aber zufriedenstellenden Niveau stabilisiert. Die Versicherte habe weiterhin über ihre Belastungssituation und über anhaltend latente ständige Kopfschmerzen mit attackenartigen, pulsierenden Schmerzspitzen geklagt. Sie sei deshalb durch Dr. med. F. \_\_\_ neurologisch untersucht worden. Dr. F. \_\_\_ habe eine chronifizierte migräniforme Cephalaea diagnostiziert und den Verdacht auf eine analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente geäussert (zum Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 23. November 2009 vgl. IV-act. 32). In der Zusammenschau der eineinhalb Jahre dauernden Behandlung habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten stabilisiert. In einem Arbeitgeberbericht teilte die B. \_\_\_ AG am 19. Mai 2016 mit (IV-act. 30), die Versicherte sei von März 1999 bis September 2009 als Mitarbeiterin in der Montage tätig gewesen. Der AHV-beitragspflichtige Jahreslohn habe im Jahr 2008 Fr. 50'374.50 betragen. Die Kündigung sei aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt. Die Versicherte habe über langjährige Erfahrung verfügt und sehr selbstständig gearbeitet. Am 15. August 2016 hätte bei der Versicherten vor Ort eine Haushaltabklärung stattfinden sollen. Die Abklärungsperson notierte gleichentags, die Versicherte habe sich im Treppenhaus sehr auffällig benommen. Die Abklärung sei deshalb nicht durchgeführt worden (IV-act. 36). Am 25. August 2016 fand ein Abklärungsgespräch in den Räumen der IV-Stelle statt. Im Abklärungsbericht, welcher der Versicherten am 8. September 2016 zur Stellungnahme zugesandt wurde (IV-act. 44), hielt die Abklärungsperson fest (IV-act. 50), die Versicherte habe immer präsenste Kopfschmerzen beklagt. Sie habe angegeben, nachts sei der Schlaf gestört. Wegen der Schmerzen benötige sie Ruhe und bei Stress nähmen die Kopfschmerzen zu. Die Hausarbeit erledige sie je nach gesundheitlichem Befinden. Die Waschküche könne sie nicht aufsuchen, da sie Angst vor fremden Menschen habe. Diesen Part übernehme deshalb der Schwager. Die Kinder würden am Morgen alleine aufstehen. Mittags würden sie an einem Mittagstisch betreut. Auch am Mittwochnachmittag seien sie betreut. Sie (die Versicherte) stehe oft erst am Mittag auf. Die Nachmittage verbringe sie zu Hause. Drei- bis viermal pro Woche, je nach Befinden, koche sie abends ein Gericht (Reis und etwas Fleisch). Ohne gesundheitliche Beeinträchtigung wäre sie aus wirtschaftlichen Gründen zu 100% ausserhäuslich erwerbstätig. Die Versicherte ergänzte den Abklärungsbericht am 12. September 2016 dahingehend, dass der Schwager auch bei der Wohnungspflege helfe. Die Abklärungsperson notierte am 26. September 2016 im Rahmen einer Würdigung, die Versicherte sei während des Gesprächs in gebückter Haltung dagesessen und habe mit leiser und leidvoller Stimme geantwortet. Sie habe wegen Kopfschmerzen wiederholt darum gebeten, das Gespräch abubrechen. Nach 45 Minuten sei das Gespräch abgebrochen worden. Die Versicherte habe den Schwager angerufen; dabei sei sie normal dagesessen und habe mit bestimmter Stimme gesprochen. Da er sie nicht habe abholen können, sei ein Taxi gerufen worden. Die Versicherte sei darüber orientiert worden, dass sie die Kosten zur Rückerstattung einreichen könne. Trotz der Sprachprobleme habe sie dies verstanden und umgehend in die Tat umgesetzt. Ein Telefonat mit dem Schwager der Versicherten am 15. September 2016 habe ergeben, dass er zwar den ganzen Wäschebereich übernehme und selten beim Fenster putzen helfe, ansonsten aber bei der Wohnungspflege nicht helfe (vgl.

auch die Telefonnotiz vom 22. September 2016, IV-act 48). Damit bestünden widersprüchliche Angaben. Auch das Ausmass der Beschwerden sei fraglich. In Bezug auf den Status sei die Versicherte als Vollerwerbstätige zu qualifizieren, da sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin zu 100% ausserhäuslich erwerbstätig wäre. Am 29. November 2016 berichteten Dr. med. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ von der Psychiatrie D.\_\_\_\_ (IV-act. 55), die Vorgängerin Dr. C.\_\_\_\_ habe eine Depression und eine Agoraphobie diagnostiziert. Sie hätten aber den Verdacht auf eine generalisierte Angststörung und eine Somatisierungsstörung neben der depressiven Symptomatik. Diese Annahme beruhe auf den Angaben der Versicherten. Dr. G.\_\_\_\_ und med. pract. H.\_\_\_\_ diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11), einen Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Der RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_ empfahl am 12. Januar 2017 eine im Rahmen eines stationären Aufenthalts durchzuführende psychiatrische Begutachtung (IV-act. 59). Vom 8. bis 11. August 2017 hielt sich die Versicherte im Psychiatrischen Zentrum J.\_\_\_\_ auf. Sie wurde durch Dr. med. K.\_\_\_\_ psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 2. November 2017 gab Dr. K.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 65-33): Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2), St. n. längerer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), Spannungskopfschmerz, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und akzentuierte Persönlichkeit mit asthenisch-abhängigen und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 Z73.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierte er: (Partielle) psychogene Schlafumkehr (ICD-10 F51.2), Alpträume (ICD-10 F51.5), V. a. analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente, Nikotinkonsum und Vitamin D3-Mangel. Er führte aus (IV-act. 65-23 ff.), auf der klinischen Ebene stehe ein vorzeitiger asthenischer Versagenszustand mit einem depressiven und ängstlichen Gepräge im Vordergrund. Der Depressionsschweregrad sei derzeit höchstens leicht bis mittel. Die Ängstlichkeit könne verschiedene Formen annehmen: Frei flottierend, agoraphobisch, panikartig (bis hin zur Hyperventilation) und letztlich auch als Angsttraum. Angesichts von Schweregrad und klinischem Erscheinungsbild könne aber weder eine depressive Episode noch eine spezifische Angststörung diagnostiziert werden. Da sich die Depressivität und die Ängstlichkeit in etwa die Waage hielten, könne am ehesten von einer "Angststörung und depressiven Störung gemischt" gesprochen werden. Aus den Akten gehe hervor, dass die Versicherte im Anschluss an die Kündigung ein deutlicheres depressives Zustandsbild geboten habe. Anamnestisch könne von einer Anpassungsstörung gesprochen werden. Da solche jedoch immer von einer zeitlich begrenzten Dauer seien, falle das derzeitige Zustandsbild der Versicherten nicht mehr darunter. Die Versicherte habe über Schlafstörungen geklagt. Vermutet werden dürfe, dass die Verschiebung des Schlafrhythmus durch die unstrukturierte Lebensweise zustande gekommen sei, sodass von einer (partiellen) psychogenen Schlafumkehr gesprochen werden könnte. Die Alpträume seien in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit tagsüber von untergeordneter Bedeutung. Die Versicherte habe die Kopfschmerzen als hauptsächlichen Hinderungsgrund für ein normales Arbeitsleben angegeben. Von der klinischen Phänomenologie her liege die Diagnose von Spannungskopfschmerzen nahe. Die Dauer einer Kopfschmerzattacke werde von der Versicherten mit bis zu zwei bis drei Tagen angegeben. Die Versicherte habe die Fragen nach den exakten Quantitäten ihres Analgetika-Konsums ausweichend beantwortet. An mindestens der Hälfte der Tage des Aufenthalts habe sie aber Analgetika eingenommen.

Der bereits früher durch Dr. F.\_\_\_\_ geäußerte Verdacht eines medikamenteninduzierten Kopfschmerzes bestehe auch heute noch. Die Kopfschmerzen und die eher leichte ängstlich-depressive Dauerverstimmung lieferten keinen überzeugenden Grund dafür, dass die Versicherte von jeder Erwerbstätigkeit absehe und auch im Haushalt nur noch minimalen Einsatz leiste. Angesichts der etwas demonstrativ wirkenden Leidenspräsentation sei an eine somatoforme Schmerzstörung zu denken. Da mit den episodischen Spannungskopfschmerzen ein gewisses somatisches Substrat vorzuliegen scheine, handle es sich um eine "chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren". Es sei eine klinische Erfahrungstatsache, dass somatoforme Schmerzstörungen gehäuft mit einem abnormen Krankheitsverhalten assoziiert seien; das Individuum verharre im Krankenstand, auch wenn die Arbeitsaufnahme aus medizinischer Sicht unbedenklich wäre. Beim abnormen Krankheitsverhalten seien die sogenannten "Phänomene der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung" typisch. Dazu zählten etwa Aggravation (die Versicherte fühle sich "wie eine Leiche"), Selbstlimitierung (sie gehe nicht an die Leistungsgrenze), final ausgerichtete Entschädigungshaltung (lieber Rente als Rehabilitation), Persönlichkeitsregression (sie ziehe sich aus der Erwachsenenrolle zurück und lasse andere für sich walten), Kinesiophobie (Unterlassen von Bewegungen aus Angst vor möglichen Schmerzen), Cogniphobie (sie möchte sich aus Angst vor Kopfschmerzen geistig nicht anstrengen), Dekonditionierung (Trainingsverlust) und subjektive Leistungsinsuffizienz mit negativer Selbstprognose (sie traue sich praktisch nichts mehr zu). Diese Häufung maladaptiver Phänomene spreche klar für ein abnormes Krankheitsverhalten und lasse an der Authentizität des von der Versicherten präsentierten Störungsbilds zweifeln. Die Grundpersönlichkeit begünstige oft eine dysfunktionale Störungsverarbeitung. Objektive Angaben über die Frühzeit der Versicherten fehlten. Indessen gebe es Hinweise darauf, dass die Versicherte schon in der Zeit der Arbeitstätigkeit ein eher karges, zurückgezogenes Leben ohne grosse Teilhabe am Gesellschaftsleben geführt habe, sodass eine diskrete Persönlichkeitsanomalie vermutet werden könne. Aufgrund der Tests und des klinischen Eindrucks dürfte die Versicherte von der Intelligenz her im unteren Normbereich liegen. Allerdings mache sich ihr weitgehender Mangel an Schulbildung deutlich bemerkbar. Auch bestehe nicht der geringste Impetus, sich die hiesige Sprache und Kultur zu eigen zu machen. Als IV-fremde Faktoren seien zu nennen: Entwurzelung, Isolation, mangelhafte Akkulturation, weitgehendes Fehlen von Sprachkompetenz, beruflicher Misserfolg mit Kündigung als Kränkung, Scheitern als Familienfrau und weitgehend fehlende Schulbildung. Hinzu kämen eine Mentalität mit starken Versorgungswünschen und eine passive Heilserwartung. Der ängstlich-depressiv geprägte Dauerzustand könne keine komplette Arbeitsunfähigkeit begründen. Die offensichtliche Ressourcenschwäche (niedrige Intelligenz, fehlende Schulbildung, schwache Akkulturation, sprachliche Inkompetenz) lieferten im Grunde die noch fehlende Erklärung für den Vollaussfall der Versicherten im Arbeitsbereich. Ein wichtiger Motivationsfaktor seien die Töchter. Ein starker Helfer sei zudem der Schwager. Zudem habe die Versicherte einen Bekannten, der sie an den Untersuchungsort gefahren und teilweise übersetzt habe und den sie für Vermittlerdienste jeweils anrufe. Die medikamentöse Therapie sei gut gewählt und die Compliance scheine in Anbetracht des Serumspiegels gut zu sein. Um die Versicherte aus ihrer Lethargie und regressiven Position herauszuholen, bräuchte es aber vor allem aktivierende Massnahmen. Die Arbeitsfähigkeit habe bis zum Zeitpunkt der Kündigung im Jahr 2009 100% betragen. Anschliessend sei diese so weit abgefallen, dass ihr die Fachärzte der Psychiatrie D.\_\_\_\_ eine 100%ige

Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Da sich der Zustand in der Folge gebessert und die Versicherte auch ein Stück weit Haushaltsarbeiten erledigt habe, sei die Arbeitsfähigkeit zwangsläufig wieder angestiegen. Mangels Arbeitsversuchen fehle aber jeder Erfahrungswert, weshalb die Arbeitsfähigkeit rein medizinisch-theoretisch einzuschätzen sei. Der Einfluss des abnormen Krankheitsverhaltens mit der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung auf die Arbeitsfähigkeit sei mit ca. 30% und jener der IV-fremden Faktoren mit ca. 20% zu veranschlagen. Von daher könnte bei der Versicherten in der angestammten Tätigkeit eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit vermutet werden. Hinweise, dass das Funktionsniveau in den letzten Jahren zu irgendeinem Zeitpunkt im Wesentlichen anders gewesen sein könnte, fehlten. Welche Tätigkeit eine besser angepasste sein könnte als die angestammte, sei womöglich von einem IV-Berufsberater besser zu eruieren. Postuliere man aber eine optimalere Tätigkeit an einem Arbeitsplatz mit reizarmen Bedingungen, wechselbelastender Tätigkeit, fehlender Kommunikationsnotwendigkeit, vermehrten Pausen, empathischem Vorgesetzten etc., so wäre eine Arbeitsfähigkeit von 50% längerfristig, nach der Beseitigung der Dekonditionierung möglicherweise sogar von 60% zumutbar. Rückblickend dürfte dies in den letzten Jahren (seit der Erholung von der Anpassungsstörung) nicht wesentlich anders gewesen sein. Der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ notierte am 6. November 2017 (IV-act. 66), auf das Gutachten sei abzustellen. Ein Mitarbeiter des Rechtsdienstes der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen erklärte am 22. November 2017 (IV-act. 67), es sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Versicherten auszugehen. Zur Begründung gab er an, die von Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierte Angst und depressive Störung gemischt stelle keine invalidisierende psychische Erkrankung dar. Das Gleiche gelte für den Zustand nach einer längeren Anpassungsstörung und für die akzentuierte Persönlichkeit als Z-Diagnose. Bei der von Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren handle es sich um ein sogenanntes pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Ursache. Diesen komme nur im Ausnahmefall invalidisierende Wirkung zu. Nach einer Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 kam er zum Schluss, aufgrund der dargelegten Indikatoren sei nicht ausgewiesen, weshalb die Versicherte nur noch zu 50% arbeitsfähig sein sollte. Demnach sei auch der Schmerzstörung keine invalidisierende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu attestieren. Mit einem Vorbescheid vom 27. November 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 70), sie sehe vor, das Begehren um eine Rente abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass die Versicherte ohne gesundheitliche Beeinträchtigung einer Vollerwerbstätigkeit nachgehen würde. Sie werde deshalb als Vollerwerbstätige eingestuft. Die im Gutachten genannten Diagnosen seien nicht invalidisierend. Aus IV-rechtlicher Sicht sei die Arbeitsfähigkeit uneingeschränkt und der Invaliditätsgrad betrage 0%. Die Versicherte erhob am 8. Februar 2018 dagegen einen Einwand (IV-act. 76). Sie beantragte die Zusprache einer halben Rente. Zur Begründung machte sie geltend, die psychiatrische Begutachtung habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ergeben. Ihre psychischen und körperlichen Beschwerden liessen keine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu. Sie habe täglich massive Kopfschmerzen und müsse sich immer wieder hinlegen. Sie könne sich deshalb nicht lange konzentrieren und ermüde rasch. Sogar den Haushalt könne sie nicht selber erledigen und sie brauche fast täglich Hilfe. Mit einer Verfügung vom 10. Februar 2018 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Rentenbegehren ab (IV-act. 77). Zum Einwand hielt sie fest, die Versicherte habe keine medizinischen Unterlagen beigelegt,

welche ihre Einschätzung begründen würden. Am Gutachten werde festgehalten. Die darin enthaltenen Diagnosen seien aus IV-rechtlicher Sicht nicht invalidisierend. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 16. Februar 2018 eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Zusprache einer halben Rente und die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Zur Begründung machte sie – entsprechend dem Einwand zum Vorbescheid – geltend, die psychiatrische Begutachtung habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ergeben. Ihre psychischen und körperlichen Beschwerden liessen keine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 28. Februar 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung verwies sie auf die Erwägungen in der Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 22. November 2017 (IV-act. 67). Am 7. März 2018 bewilligte das Versicherungsgericht das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) für das Beschwerdeverfahren (act. G 6). Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (vgl. act. G 7). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Februar 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 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). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich 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 könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sog. Betätigungsvergleich). Bei Versicherten, die teilweise erwerbstätig und teilweise im Aufgabenbereich tätig sind, wird der Invaliditätsgrad für beide Bereiche nach der jeweiligen Methode berechnet; die Teilinvaliditätsgrade werden nach den Anteilen der Bereiche "gewichtet" und dann addiert (sog. gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG). Die Beschwerdeführerin wäre ohne gesundheitliche Beeinträchtigung zu 100% ausserhäuslich erwerbstätig (IV-act. 50). Die Beschwerdegegnerin hat sie deshalb zu Recht als Vollerwerbstätige qualifiziert. Die Bemessung der Invalidität hat damit durch einen Einkommensvergleich zu erfolgen. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene

Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu Dr. K. \_\_\_ mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 2. November 2017 hat Dr. K. \_\_\_ angegeben, in der angestammten Tätigkeit könne eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit vermutet werden; der Einfluss des abnormen Krankheitsverhaltens mit der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung auf die Arbeitsfähigkeit sei mit ca. 30% und jener der IV-fremden Faktoren mit ca. 20% zu veranschlagen. Hinweise darauf, dass das Funktionsniveau in den letzten Jahren zu irgendeinem Zeitpunkt im Wesentlichen anders gewesen sein könnte, fehlten. Postuliere man als adaptierte Tätigkeit eine Tätigkeit an einem Arbeitsplatz mit reizarmen Bedingungen, wechselbelastender Tätigkeit, fehlender Kommunikationsnotwendigkeit, vermehrten Pausen, empathischem Vorgesetzten etc., so wäre eine Arbeitsfähigkeit von 50% längerfristig, nach der Beseitigung der Dekonditionierung möglicherweise sogar von 60% zumutbar. Rückblickend dürfte dies in den letzten Jahren (seit der Erholung von der Anpassungsstörung) nicht wesentlich anders gewesen sein. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Mit der Aufgabe der in Bezug auf somatoforme Schmerzstörungen aufgestellten Überwindbarkeitsvermutung und deren Ersetzung durch ein strukturiertes Beweisverfahren, das in einer Prüfung der Standardindikatoren besteht, hat das Bundesgericht zum Ziel gehabt, dass das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einer versicherten Person im Rahmen einer ergebnisoffenen, sowohl leistungshindernde äussere Belastungsfaktoren als auch Kompensationspotentiale (Ressourcen) berücksichtigenden Prüfung ermittelt wird (BGE 141 V 294 f., E. 3.6). Im Vergleich zur aufgegebenen Praxis bedeutet dies namentlich, dass die Ressourcen einer versicherten Person vermehrt im Fokus stehen (BGE 141 V 296 f., E. 4.1.1). Die Vermutung, die versicherte Person könne mit einer zumutbaren Willensanstrengung die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung überwinden, sodass nur im Ausnahmefall eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt, hat nämlich dazu geführt, dass in der Praxis vor allem nach den die Vermutung entkräftenden, das heisst die Arbeitsunfähigkeit begründenden Faktoren gesucht worden ist. Für die Bestimmung der Arbeits(un)fähigkeit sind aber die Belastungen und die Ressourcen relevant. Mit dem strukturierten Beweisverfahren soll also gewährleistet werden, dass die das Leistungsvermögen begünstigenden Ressourcen tatsächlich erfasst und in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen werden (vgl. BGE 141 V 292 f., E. 3.4.2.1). Die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung hat nichts daran geändert, dass die Frage, ob es der versicherten Person möglich ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, aufgrund einer objektivierten Beurteilungsgrundlage zu beantworten ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG, wonach eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist; vgl. BGE 141 V 295, E. 3.7.1). Das strukturierte Beweisverfahren dient also dazu, die der versicherten Person mögliche Arbeitsleistung aus objektiver Sicht zu

ermitteln. Für die Beurteilung der Möglichkeit zur Erbringung einer Arbeitsleistung stellen die Ressourcen einer versicherten Person ein wesentlicher Faktor dar. Sie zeigen auf, in welchem objektiv möglichen Ausmass eine versicherte Person einer adaptierten Erwerbstätigkeit nachgehen kann. Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind: (a) "funktioneller Schweregrad", (aa) "Gesundheitsschädigung", (aaa) Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, (aab) Behandlungs- und Eingliederungserfolg, (aac) Komorbiditäten, (ab) "Persönlichkeit", (ac) "sozialer Kontext", (b) "Konsistenz", (ba) gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, (bb) behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck. Die Antworten der medizinischen Sachverständigen zu den einzelnen Standardindikatoren dienen dazu, den Rechtsanwendern Indizien zu verschaffen, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit bei psychischen Erkrankungen zu überbrücken (BGE 141 V 297 f., E. 4.1.3; 143 V 427 f., E. 7.1). Aus dem Gutachten vom 2. November 2017 ist ersichtlich, dass Dr. K. \_\_\_ umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt hat. Er hat zudem beim Hausarzt der Beschwerdeführerin und bei deren Schwager Auskünfte eingeholt. Er hat die Beschwerdeführerin untersucht, ihre subjektiven Klagen aufgenommen und die objektiven Befunde wiedergegeben. Insbesondere hat er erklärt, dass ein vorzeitiger asthenischer Versagenszustand mit einem depressiven und ängstlichen Gepräge im Vordergrund stehe, obwohl die Beschwerdeführerin als zentrale Beschwerden starke Kopfschmerzen genannt habe. Dr. K. \_\_\_ hat seine Befunderhebung und die gestützt darauf gestellten Diagnosen im Gutachten ausführlich und nachvollziehbar dargelegt. Diese Ausführungen überzeugen. Im Anschluss daran hat er sich zu den Standardindikatoren geäussert und eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K. \_\_\_ ist mit der Angabe, in der angestammten Tätigkeit könne eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit vermutet werden und in einer adaptierten Tätigkeit sei möglicherweise, nach einer Beseitigung der Dekonditionierung, sogar eine 60%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, äusserst vage ausgefallen. Des Weiteren hat er weder ausgeführt, welche durch die psychische Erkrankung der Beschwerdeführerin verursachten Befunde die Arbeitsfähigkeit einschränkten, noch wie sich diese Einschränkungen am idealen Arbeitsplatz konkret auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Er hat lediglich erklärt, der Einfluss des abnormen Krankheitsverhaltens mit der dysfunktionalen Beschwerdenbewältigung auf die Arbeitsfähigkeit sei mit ca. 30% und jener der IV-fremden Faktoren mit ca. 20% zu veranschlagen gewesen. Damit hat Dr. K. \_\_\_ seine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht ausreichend begründet. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre darzulegen gewesen, inwieweit das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin eingeschränkt gewesen sei. So können beispielsweise eine Verlangsamung, ein Verlust der Konzentrationsfähigkeit oder ein erhöhter Pausenbedarf zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Des Weiteren ist zu erklären, wie sich diese Beeinträchtigung des Leistungsvermögens an einem idealen Arbeitsplatz konkret auswirkt, beispielsweise dass die versicherte Person für die Erfüllung einer Arbeitsaufgabe doppelt so viel Zeit wie eine gesunde Person benötige, dass sie am Vormittag eine volle Leistung zu erbringen vermöge und am Nachmittag aufgrund von zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten nur noch zur Hälfte leistungsfähig sei oder dass sie nach jeder Arbeitsstunde zehn Minuten Pause benötige, um sich zu erholen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2019, IV 2017/428, E. 3.3). Dr. K. \_\_\_ hat also den Bogen zwischen den erhobenen Befunden und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht

geschlagen (vgl. BGE 145 V 367 f., E. 4.3). Selbst wenn er die Arbeitsunfähigkeitsschätzung begründet hätte, würde diese der rechtlichen Prüfung nicht standhalten. Die durch ihn vorgenommene Prüfung der Standardindikatoren erfüllt die Vorgaben des Bundesgerichts nämlich nicht. Wesentlicher Bestandteil des strukturierten Beweisverfahrens ist die Prüfung der Ressourcen und damit die Frage, welche Faktoren sich positiv auf das Leistungsvermögen der versicherten Person auswirken. Diese können in der Persönlichkeit der versicherten Person oder in deren sozialem Umfeld verankert sein (Indikatoren "Persönlichkeit" und "sozialer Kontext", vgl. BGE 141 V 302 f., E. 4.3.2 und 4.3.3). Dem Gutachten lässt sich zu den persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin nichts entnehmen (vgl. IV-act. 65-31, Ziffer 8). Aus dem Bericht der Arbeitstherapie (IV-act. 65-21), an der die Beschwerdeführerin während des stationären Aufenthalts im Rahmen der Begutachtung teilgenommen hat, ist immerhin ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin an einem Nachmittag während drei Stunden gut arbeiten können. Sie hat die Arbeit sauber erledigt und Fleiss und Durchhaltewillen gezeigt. Ihre Leistung ist also quantitativ und qualitativ gut gewesen. Die Beschwerdeführerin muss somit über gewisse persönliche Ressourcen verfügen. Sie hat die Arbeit mehrmals wegen Kopfschmerzen frühzeitig beendet. Ob die Kopfschmerzen tatsächlich so stark gewesen sind, dass sie die Arbeit hat abbrechen müssen, ist jedoch offen. Im Gespräch betreffend die Haushaltsabklärung hat die Beschwerdeführerin angegeben (IV-act. 50-2), sie koche drei- bis viermal pro Woche abends, je nach Befinden, ein Gericht (Reis und etwas Fleisch). Das Kochen ist eine komplexe Tätigkeit, insbesondere wenn das Gericht aus mehreren Teilen besteht (Beilage, Fleisch, Gemüse). Das regelmässige Kochen deutet ebenfalls darauf hin, dass die Beschwerdeführerin über persönliche Ressourcen verfügt. In Bezug auf die Ressourcen aus dem sozialen Kontext hat Dr. K. \_\_\_ lediglich festgehalten, ein wichtiger Motivationsfaktor seien die Töchter, für die sich die Beschwerdeführerin engagiere, wobei ihr aber die Arbeit durch schulische Strukturen (Aufgabenhilfe u.ä.) erleichtert werde. Ein starker Helfer sei überdies der Schwager, der die Kinder zur Schule fahre, Einkäufe erledige und gröbere Putzarbeiten und die Wäsche für die Beschwerdeführerin besorge. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin einen guten Bekannten, der sie zum Untersuchungsort gefahren und teilweise übersetzt habe und den sie jeweils anrufe, wenn Vermittlerdienste notwendig seien (IV-act. 65-33). Inwiefern die Hilfe des Schwagers eine persönliche Ressource der Beschwerdeführerin sein soll, ist nicht nachvollziehbar. Diese Hilfe dient nämlich nicht dazu, persönliche Ressourcen der Beschwerdeführerin zu mobilisieren. Vielmehr dürfte sie für die Beschwerdeführerin eher eine Bestätigung dafür sein, dass sie wegen ihrer Krankheit auf Hilfe angewiesen, also arbeitsunfähig sei. So hat die Beschwerdeführerin beispielsweise angegeben, wenn sie Haushaltsarbeiten erledige, werde sie rasch müde oder gerate in Spannung, sodass sie sich wieder hinlegen müsse; ihr Schwager springe dann regelmässig ein (IV-act. 65-14). Bei der Prüfung der persönlichen Ressourcen geht es aber nicht darum herauszufinden, welche Hilfe die Beschwerdeführerin von aussen erhält, um ihren (aktuellen) Alltag zu bewältigen, sondern darum, ob ihr aus dem sozialen Umfeld Hilfe zukommt, die sie befähigt, ihr tatsächlich vorhandenes persönliches Leistungsvermögen im Rahmen einer Erwerbstätigkeit auszuschöpfen. Fraglich ist auch, wie gross das Engagement der Beschwerdeführerin für die Töchter ist. Dem Gutachten lassen sich dazu keine konkreten Angaben entnehmen. Insbesondere fehlt, entgegen der Angabe von Dr. K. \_\_\_ (IV-act. 65-32), ein detaillierter Tagesablauf. Insgesamt fehlen im Gutachten Informationen zu den persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin. Der Ansatz von Dr. K. \_\_\_ hat darin bestanden, dass die

Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei und dass deshalb zu prüfen gewesen sei, welcher Anteil dieser von der Beschwerdeführerin als vollständig empfundenen Arbeitsunfähigkeit auf nichtgesundheitsbedingte Einschränkungen zurückzuführen sei, nämlich ca. 30% auf die dysfunktionale Beschwerdenbewältigung und 20% auf IV-fremde Faktoren. Gestützt darauf ist er zum Resultat gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit noch 50%, möglicherweise 60%, betrage. Zu prüfen wäre aber gewesen, was die Beschwerdeführerin aus objektiver Sicht noch tatsächlich leisten kann bzw. in welchem Umfang sie noch arbeitsfähig ist. Da hierfür im Gutachten die notwendigen Angaben fehlen, ist es für die Beschwerdegegnerin - und nun für das Versicherungsgericht - nicht möglich gewesen, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ nachzuvollziehen. Der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin steht damit noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die Angelegenheit ist deshalb zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird Dr. K.\_\_\_\_ auffordern, nach einer sorgfältigen Anwendung des vom Bundesgericht vorgegebenen Indikatorenkatalogs eine neue, diesmal nachvollziehbare und überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C\_525/2019, E. 3.3). Demnach ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 10. Februar 2018 aufgehoben und die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

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