



Fall-Nr.: IV 2010/455
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.06.2020
Entscheiddatum: 04.09.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 04.09.2012

Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich. Arbeitsfähigkeitsschätzung, wenn eine somatoforme Schmerzstörung nur die Folge einer vorbestehenden psychischen Krankheit und damit deren Komorbidität ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. September 2012, IV 2010/455).

Entscheid Versicherungsgericht, 04.09.2012

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 4. September 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

IV-Leistungen



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 7. Januar 2009 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 6). Der Personaldienst des B.____ teilte der IV-Stelle am 27. Januar 2009 mit (IV-act. 12-3), die Versicherte sei mit einem Beschäftigungsgrad von 80% im Hausdienst beschäftigt gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei krankheitsbedingt per 28. Februar 2009 aufgelöst worden (IV-act. 12-11). Der Jahreslohn 2009 hätte sich auf Fr. 40'994.70 belaufen. Dr. med. C.____, Assistenzärztin am Ambulatorium für Sozialpsychiatrie des Psychiatrischen Zentrums D.____, berichtete am 15. Juni 2008 (IV-act. 25), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, an einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die Versicherte habe sich vom 27. März bis 30. Mai 2008 stationär in der psychiatrischen Klinik Z.____, vom 1. Juli bis 20. August 2008 in der psychiatrischen Tagesklinik E.____ und vom 21. August bis 25. November 2008 wieder in der psychiatrischen Klinik F.____ aufgehalten. Sie sei nervös, angespannt bis hin zu massiven Ängsten und Paniksituationen mit Atemnot, Zittern und Schweissausbruch. Aufgrund der ausgeprägten Angstsymptomatik sei es ihr nicht immer möglich, die Wohnung zu verlassen und Terminen nachzukommen. Auch die Stimmungsschwankungen mit häufigen depressiven Episoden und Versagensgefühlen führten zu einer Leistungseinschränkung. Die Arbeitsfähigkeit betrage ca. drei Stunden pro Tag. Dr. med. G.____, Spezialarzt für Neurologie, berichtete am 26. Oktober 2009 (IV-act. 37), er behandle die Versicherte seit dem 14. September 2009. Bisher habe er sie zweimal gesehen. Sie leide an einer ausgeprägten Depression mit Angst gemischt und an einer somatoformen Schmerzstörung. Die Arbeitsfähigkeit sollte in sechs Monaten neu beurteilt werden. H.____ vom RAD empfahl am 17. Dezember 2009 eine psychiatrische und rheumatologische Begutachtung (IV-act. 43).

A.b Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. Februar 2010 (IV-act. 54) aus, ein halbes Jahr nach dem Tod des Vaters, der dramatisch in Anwesenheit der Familie stattgefunden habe (1998), seien erstmals Angstanfälle aufgetreten. Eine halbjährige psychiatrische Behandlung habe eine Besserung bewirkt. Die nächste Krise sei 2006



im Zusammenhang mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgetreten. Es sei zu einer Phase mit Panikattacken gekommen. Die Versicherte habe im Frühjahr 2008, vorerst hauptsächlich depressiv, dekompenziert. Während den anschliessenden Hospitalisationen seien die Schmerzen ganz im Hintergrund gewesen und es seien keine Panikattacken aufgetreten. Im aktuellen Befund habe sich eine recht kraftvoll ihre Beschwerden vorbringende, zu einer dramatischen Ausdruckweise neigende Frau gezeigt, die sich frei bewegt habe, aufgebracht vorwurfsvoller Stimmung gewesen sei, sich unverstanden und ungerecht behandelt gefühlt habe und über schlimmste Schmerzen im Nacken-, Arm- und Schulterbereich, in den Beinen, in den Knien und in der Magengegend geklagt habe. Diese Schmerzen hätten nach den Angaben der Versicherten eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit zur Folge und der Schlaf leide darunter. Die Stimmung sei schwankend. Die Versicherte sei rasch überfordert und von Ängsten geplagt. Die Panikattacken seien recht selten geworden und der Radius der Versicherten habe sich erweitert. Sie könne allein zu Dr. G.____ reisen und sie gehe allein einkaufen. Auch zur aktuellen Untersuchung sei sie allein angereist. Dr. I.____ stellte folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, aktuell etwa mittelgradig, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Panikstörung, weitgehend remittiert. Im Zusammenhang mit der Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. I.____ fest, die rezidivierende, angstbetonte, agitierte depressive Störung entspreche einem geistigen Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit anhaltend einschränken könne. Die depressiven Symptome seien kaum klar zu trennen von der Schmerzstörung. Diese sei nur geeignet, eine Arbeitsunfähigkeit zu bewirken, wenn eine psychische Komorbidität bestehe, die nicht rein durch die Schmerzen zu erklären sei. Bei der Versicherten sei die depressive, angstbetonte Störung nicht rein schmerzreaktiv, sondern andere Momente spielten eine wesentliche Rolle. Es bestünden gewissen Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten. Die Schmerzcharakterisierung sei vage und der Schmerzmittelkonsum gering, weshalb davon auszugehen sei, dass es der Versicherten nur teilweise zumutbar sei, die Schmerzen willentlich zu überwinden. Die Depression und die Schmerzen im Verband schränkten die Arbeitsfähigkeit seit etwa Mitte 2009 anhaltend zu 50% (von Februar 2008 bis dahin zu mehr als 70%) ein. Es sei der Versicherten zumutbar, die kämpferische Energie, die nun nicht mehr völlig durch die Depression blockiert sei, im Rahmen einer



rheumatologisch adaptierten Tätigkeit an vier Stunden täglich zu nutzen. Im Umgang mit der Versicherten seien die Grundsätze der psychoagogischen Führung zu beachten. Ihr müsse klargemacht werden, dass sie weitgehend selbst die Verantwortung für ihren Heilungsprozess trage und dass einer Tätigkeit ausser Haus per se therapeutische Bedeutung zukomme. Eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wäre sinnvoll, wobei die Versicherte nicht auf einen Türkisch sprechenden Therapeuten angewiesen sei. Auch auf psychopharmakologischer Ebene sei eine Verbesserung möglich. Zudem sollte eine tagesstrukturierende Massnahme eingeleitet werden.

A.c Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, berichtete in seinem internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 3. März 2010 (IV-act. 55), er habe folgende Diagnosen erhoben: Fibromyalgiesyndrom des Stammskeletts und des Schultergürtels, die Kriterien einer generalisierten Fibromyalgie aber nicht erfüllend, generalisierte Schmerzstörung (panvertebrales Schmerzsyndrom bei Hohlrundrücken mit muskulärer Dysbalance, Trainingsmangel, ohne klinisch relevante Veränderungen/Einschränkungen, Schultergürtel-/Armschmerz bds. im Rahmen myofaszialer Schmerzen des Schultergürtels, zervikozepales Schmerzsyndrom ohne objektivierbare degenerative Veränderungen bei Protraktionsfehlhaltung der HWS), leichtgradige retropatelläre Chondrose mit medialer Pannikulose (klinisch irrelevant für die Arbeitsfähigkeit) und Adipositas magna (die Arbeitsfähigkeit wegen der entsprechenden Immobilität höchstens um 10% einschränkend). Dr. J.____ führte dazu aus, die Versicherte habe eine auffällig gute Beweglichkeit der ganzen Wirbelsäule gezeigt. Die oberen Extremitäten seien klinisch beidseits unauffällig gewesen bei erhaltener Beweglichkeit und Kraft. Die Hüft-, Sprung- und Fuss-/Zehengelenke seien indolent und frei gewesen. Nur ein leichtes retropatelläres Kniereiben bei leicht eingeschränkter Flexion auf 125 Grad bds. bei voller Extension sei festzustellen gewesen. Harte Fakten, die eine anhaltende somatische Arbeitsunfähigkeit begründen könnten, seien nicht erhoben worden. Aufgrund der Adipositas mit entsprechender Belastung des Stammskeletts und der leichten retropatellären Kniechondrose könne für eine leichte, teils sitzend, teils stehend auszuübende Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 10% angenommen werden. Die interdisziplinäre Beurteilung ergab eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 50%. Dr. med. K.____ vom RAD betrachtete die



angegebene Arbeitsunfähigkeit von 70% ab Februar 2008 und 50% ab Juli 2009 am 12. April 2010 als überzeugend (IV-act. 56).

A.d Am 4. August 2010 erfolgte eine Haushaltabklärung. Im entsprechenden Bericht vom 23. August 2010 (IV-act. 63) wurde u.a. festgehalten, die Versicherte habe angegeben, sie wäre zu 100% erwerbstätig, wenn sie gesund wäre. Ihre finanzielle Lage erfordere das. Die IV-Stelle nahm daraufhin einen reinen Einkommensvergleich vor. Sie verglich ein Valideneinkommen von Fr. 51'244.-- mit einem ausgehend von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 90% ermittelten zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 46'120.-- und ermittelte so einen Invaliditätsgrad von 10% (IV-act. 65). Mit einer Verfügung vom 21. Oktober 2010 wies sie das Rentenbegehren ab (IV-act. 72). Sie begründete ihr Abstellen auf eine Arbeitsfähigkeit von 90% damit, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Störung nur eine reaktive Begleiterscheinung der Schmerzstörung und damit keine relevante Komorbidität sei.

B.

B.a Die Versicherte liess am 12. November 2010 Beschwerde erheben (act. G 1) und sinngemäss die Ausrichtung einer Rente sowie die Durchführung beruflicher Massnahmen beantragen. Dabei sei der Invaliditätsgrad nur auf den Erwerbsfaktor abzustützen und es sollte ein "Leidensabzug" von 25% berücksichtigt werden. Aus dem Gutachten sei ersichtlich, dass die Schmerzstörung durch die psychische Störung beeinflusst werde und nicht umgekehrt. Fälschlicherweise sei eine Haushaltabklärung gemacht und in die Berechnung einbezogen worden. Der Beschwerde lag ein Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 12. November 2010 bei (act. G 1.1). Die Beschwerdeführerin hatte sich zur psychosomatischen Rehabilitation vom 11. Oktober bis 6. November 2010 stationär dort aufgehalten. Folgende Diagnosen waren erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Panikstörung, V. a. PTSD (posttraumatische Belastungsstörung) und Retraumatisierungen, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (DD: Fibromyalgie) und Adipositas. Die Ärzte hatten dazu ausgeführt, die Versicherte habe angegeben, sie habe mit 18 Jahren geheiratet und sei dann zusammen mit dem Ehemann in die Schweiz gezogen. 1989 sei die gemeinsame Tochter zur Welt gekommen. Drei Jahre später habe sie sich scheiden lassen. Seither



werde sie vom Ehemann immer wieder telephonisch und schriftlich bedroht. Sie habe ihn nie mehr persönlich gesehen, lebe aber in ständiger Angst, dass er plötzlich auftauche. Nachdem der Vater gestorben sei, habe sie an Panikattacken mit Brust- und Rückenschmerzen, einem Engegefühl und Atemnot gelitten. Diese Attacken hätten sich im Lauf der Zeit gebessert, seien aber nicht gänzlich verschwunden. Im Verlauf der Behandlung habe sich herausgestellt, dass die Beschwerdeführerin unter schweren Traumatisierungen mit über Jahre hinweg dauernden Retraumatisierungen (wie das traumatisch erlebte Sterben des Vaters, die multiplen Gewaltanwendungen durch den Ehemann und die über Jahre hinweg dauernden schriftlichen Bedrohungen) leide. Die vor allem damit verbundenen depressiven Episoden machten ihr immer wieder zu schaffen. Sie reduzierten die Lebensqualität so drastisch, dass nicht nur die Lebensfreude, sondern zeitweilig auch der Lebenswille gefährdet sei. Es sei sehr schwierig, die Traumata nach so langer Zeit noch erfolgreich zu behandeln. Deshalb bestehe wenig Aussicht, eine nachhaltige physische und psychische Stabilität erreichen zu können. Die Beschwerdeführerin brauche ihre gesamte Energie, um mit ihren Beeinträchtigungen fertig zu werden und gleichzeitig Alltägliches zu erledigen. Es sei ihr nicht möglich, nebst der Alltagsbewältigung noch einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Vorläufig bestehe keine Arbeitsfähigkeit.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 12. Januar 2011 die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Zur Begründung führte sie aus, dass mit der mittelgradigen depressiven Episode keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinn eines verselbständigten Gesundheitsschadens vorliege, die unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung als erhebliche psychische Komorbidität ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen liesse. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren liessen sich oft nicht klar von medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Solche äusseren Umstände könnten nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im IV-rechtlichen Sinn verstanden werden. Infolgedessen könnten psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht seien und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwänden, nicht zu einer Invalidenrente berechtigen. Dr. I.____ habe angegeben, dass zusätzliche schwere Erkrankungen fehlten; ausserdem sei der Schmerzmittelkonsum gering. Entgegen der Auffassung von Dr. I.____ sei das kein Indiz für die teilweise Unfähigkeit, die Schmerzen



St.Galler Gerichte

willentlich zu überwinden, sondern möglicherweise ein Indiz dafür, dass die Anstrengungen zur Schmerzüberwindung noch vermehrt werden könnten. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Klinik L.____ beziehe sich nicht auf eine adaptierte Tätigkeit, berücksichtige die bundesgerichtliche Schmerzrechtsprechung nicht und sei zudem nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung abgegeben worden.

B.c Die Beschwerdeführerin wandte am 1. Februar 2011 ein (act. G 12), die psychiatrische Beurteilung nehme nicht Stellung dazu, dass die psychischen Beschwerden durch ein schweres psychisches Trauma (Misshandlungen durch den ehemaligen Ehemann) ausgelöst worden seien. Sie habe sich mehrfach im Frauenhaus aufhalten müssen und sie habe Suizidversuche unternommen. Die Panikstörung sei die den Tagesablauf bestimmende Störung. Die primäre psychische Störung sei eine seit 1985 andauernde chronische, schwere, traumatische Belastungsstörung mit sekundären ängstlich-depressiven Zügen und nicht eine episodisch auftretende Störung. Sie sei nicht schmerzreaktiv bedingt, denn die körperlichen Schmerzen seien später aufgetreten.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 14. Februar 2011 auf eine Stellungnahme zur Replik (act. G 14).

Erwägungen:

1.

Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin nur einen Rentenanspruch verneint. Sie hat sich nicht zu einem allfälligen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen geäussert. Da der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens nicht weiter sein kann als der Gegenstand der angefochtenen Verfügung, besteht keine Möglichkeit, das mit der Beschwerde gestellte Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. In diesem Punkt kann nicht auf die Beschwerde eingetreten werden.

2.



2.1 Die Beschwerdegegnerin hat eine Haushaltabklärung vorgenommen, um den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin im eigenen Haushalt zu ermitteln. Das war unnötig, denn die Beschwerdeführerin hatte angegeben, im hypothetischen "Gesundheitsfall" wäre sie zu 100% erwerbstätig. Angesichts ihrer persönlichen Verhältnisse (geschieden, alleinstehend, ohne berufliche Ausbildung, tiefes Lohnniveau) war diese Aussage überzeugend. Bei einer hypothetischen Vollerwerbstätigkeit ist die Invalidität anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu ermitteln, d.h. die Invalidität im eigenen Haushalt ist irrelevant. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch einen solchen Einkommensvergleich angestellt und damit das Ergebnis der Invaliditätsbemessung im eigenen Haushalt zu Recht ignoriert.

2.2 Bei einem Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der 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).

2.2.1 Gemäss den Angaben im Lebenslauf (vgl. IV-act. 7-4 f.) hat die Beschwerdeführerin in ihrem Herkunftsland zwar das Gymnasium besucht, aber nie einen Beruf erlernt. In der Schweiz ist sie immer nur als Hilfsarbeiterin tätig gewesen. Von 2001 bis zur krankheitsbedingten Auflösung des Arbeitsverhältnisses im Februar 2009 hat sie im Hausdienst des B.____ gearbeitet. Es kann davon ausgegangen werden, dass sie diese Tätigkeit längerfristig weiter ausgeübt hätte, wenn sie gesund geblieben wäre. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb das Valideneinkommen zu Recht anhand des Einkommens bemessen, das die Beschwerdeführerin an ihrem letzten Arbeitsplatz erzielt hätte. Als Invalidenkarriere kommt dieser Arbeitsplatz nicht in Frage, weil er nicht behinderungsadaptiert ist. Gemäss den Angaben von Dr. J.____ (vgl. IV-act. 55-9 f.) beinhaltet eine behinderungsadaptierte Erwerbstätigkeit einen sitzenden Anteil von 50%, sie ist wechselbelastend, sie darf keine vornehmlich vorgebeugte oder gebückte Haltung erfordern und die Lastgrenze ist tief. Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, kann die Invalidenkarriere nur abstrakt anhand der medizinischen Vorgaben definiert werden. Es ist davon auszugehen, dass der



allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiten geeignete Arbeitsplätze aufweist. Das zumutbare Invalideneinkommen ist deshalb praxisgemäss anhand statistischer Lohnangaben zu ermitteln.

2.2.2 Die Beschwerdegegnerin ist bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens von einem Arbeitsfähigkeitsgrad in einer behinderungsadaptierten Erwerbstätigkeit von 90% ausgegangen. Sie hat sich dabei auf das Ergebnis der internistisch-rheumatologischen Abklärung durch Dr. J.____ gestützt. Die von Dr. I.____ aus psychiatrischer Sicht abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung ist als nicht überzeugend gewertet worden. Die Beschwerdegegnerin hat aber nicht nochmals eine psychiatrische Begutachtung angeordnet, sondern sie hat im Ergebnis selbst eine Art psychiatrischer Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgenommen. Sie ist nämlich davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin durch ihre psychische Beeinträchtigung nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Begründet hat die Beschwerdegegnerin diese Vorgehensweise mit einer (von ihr so genannten) "Schmerzpraxis" des Bundesgerichts. Gemäss den entsprechenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort können depressive Verstimmungen nicht von einer andauernden Depression unterschieden werden, wenn sie im Gefolge einer somatoformen Schmerzstörung auftreten. Nur eine erhebliche psychische Komorbidität kann ausnahmsweise eine willentliche Schmerzüberwindung als unzumutbar erscheinen lassen. Mit der Anwendung dieser "Schmerzpraxis" unterstellt die Beschwerdegegnerin, dass die durch eine somatoformen Schmerzstörung ausgelösten Schmerzempfindungen nicht geeignet seien, eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Diese Schmerzen hätten nur eine subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zur Folge. Diese könne mit einer Willensanstrengung vollumfänglich überwunden werden, d.h. die an einer somatoformen Schmerzstörung erkrankte Person könne trotz der subjektiv empfundenen Schmerzen zu 100% einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Ausnahmsweise sei die Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung (d.h. eine vollzeitliche Erwerbstätigkeit trotz der empfundenen Schmerzen) nur eingeschränkt möglich, nämlich u.a. wenn eine zusätzliche psychische Krankheit (Komorbidität) die volle Entfaltung der Willenskraft zur Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeit beeinträchtige. Bei dieser Argumentation wird als selbstverständlich angenommen, dass nur die somatoforme Schmerzstörung als Ursache einer allfälligen



objektiven Arbeitsunfähigkeit in Frage komme. Der gleichzeitig gestellten weiteren psychiatrischen Diagnose (also meist der Depression) wird damit stillschweigend die Fähigkeit abgesprochen, selbst direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Sie wird nur als Komorbidität wahrgenommen, d.h. ihre Relevanz für die Ermittlung der objektiven Arbeitsunfähigkeit kann nur darin bestehen, dass sie die Willensanstrengung erschwert oder verunmöglicht, die zur Überwindung der durch die somatoforme Schmerzstörung ausgelösten subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung notwendig wäre. Die Komorbidität, vorliegend in der Form einer Depression (mittelgradige Episode), ist nach der Konzeption der Beschwerdegegnerin selbst dann nicht geeignet, direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken, wenn sie beispielsweise erhebliche Konzentrationsstörungen oder eine generelle Verlangsamung zur Folge hat. Sie wird ausschliesslich auf eine allfällige Auswirkung auf die zur Verfügung stehende Willensenergie zur Überwindung der durch die somatoforme Schmerzstörung bewirkten subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung untersucht. Zumindest in der Interpretation der Beschwerdegegnerin weist die "Schmerzpraxis" also zwei Eckpfeiler auf, nämlich einerseits die generelle Unfähigkeit einer somatoformen Schmerzstörung, direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken, so dass nur eine Reduktion der zur Verfügung stehenden Willensenergie zur Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung eine objektive Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben kann, und andererseits die zentrale Rolle der somatoformen Schmerzstörung, um die herum sich alle anderen im Einzelfall ebenfalls gestellten psychiatrischen Diagnosen als Komorbiditäten (d.h. als mögliche Ursachen einer Beeinträchtigung der Willensenergie zur Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung) gruppieren, ohne selbst in der Lage zu sein, direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Selbst eine schwere somatoforme Schmerzstörung hat also immer nur eine willensmässig überwindbare subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung und nie direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zur Folge, und die Depression als Komorbidität ist nur als mögliche Ursache einer Reduktion der zur Verfügung stehenden Willensenergie und nicht als mögliche direkte Ursache einer objektiven Arbeitsunfähigkeit zu würdigen.

Dr. I. ___ hat als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradige Episode), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine remittierte Panikstörung erhoben. Daraus hat die Beschwerdegegnerin in Anwendung ihrer oben dargelegten Interpretation der "Schmerzpraxis" den Schluss gezogen, aus



psychiatrischer Sicht sei keine objektive Arbeitsunfähigkeit gegeben, weil eine rezidivierende Depression, mittelgradige Episode, nicht geeignet sei, die zur Verfügung stehende Willensenergie zur Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung herabzusetzen. In der Liste der von der Klinik L.____ im Austrittsbericht vom 12. Dezember 2010 angegebenen Diagnosen taucht die Panikstörung ebenfalls auf, allerdings ohne Hinweis auf eine Remission. Als weitere, neue Diagnose wird eine posttraumatische Belastungsstörung angegeben. Im Gutachten von Dr. I.____ ist die Gewalttätigkeit der Ehemanns der Beschwerdeführerin, die von den Ärzten der Klinik L.____ als (Haupt-) Ursache dieser beiden Diagnosen betrachtet worden ist, zwar ebenfalls erwähnt worden, aber es fehlt das Element der bis zur Gegenwart andauernden Bedrohung und die anhaltende Angst der Beschwerdeführerin, dass der frühere Ehemann bei ihr auftauchen und die Drohungen wahr machen könnte. Dies lässt vermuten, dass Dr. I.____ keine umfassende Anamnese hat erheben können, weil es der Beschwerdeführerin erst während der mehrwöchigen stationären psychosomatischen Rehabilitation gelungen ist, sich den Ärzten zu öffnen. Seine Diagnosestellung dürfte demnach unvollständig sein, so dass sie entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht die Grundlage der Anwendung der "Schmerzpraxis" in der von der Beschwerdegegnerin vertretenen Form bilden kann. Der Austrittsbericht der Klinik L.____ weist keine auf Dauer ausgerichtete Arbeitsfähigkeitsschätzung auf. Und selbst wenn dieser Bericht eine solche Schätzung enthalten würde, wäre deren Überzeugungskraft nicht ausreichend, da sie von behandelnden Ärzten stammen würde. Behandelnde Ärzte neigen nämlich erfahrungsgemäss dazu, die pessimistische Selbsteinschätzung ihrer Patienten für bare Münze zu nehmen und deshalb die objektive Arbeitsfähigkeitsschätzung zu hoch anzusetzen. Ob die gestellten Diagnosen richtig sind, ist angesichts der erheblichen Abweichung vom Gutachten von Dr. I.____ nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Damit bildet auch der Austrittsbericht der Klinik L.____ keine ausreichende Grundlage für die Anwendung der "Schmerzpraxis", wie sie von der Beschwerdegegnerin interpretiert wird. Wenn diese "Schmerzpraxis" angewendet werden könnte, müsste wohl davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung nicht willensmässig überwindbar sei, denn als Komorbiditäten kämen die Panikstörung und die posttraumatische Belastungsstörung hinzu. Es könnte nicht mehr geltend gemacht werden, bei einer anhaltenden



somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden Depression (gegenwärtig mittelgradige Episode) könne die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung praxisgemäss durch eine zumutbare Willensanstrengung vollumfänglich überwunden werden.

In dem absoluten Sinn, in dem die "Schmerzpraxis" von der Beschwerdegegnerin zur Anwendung gebracht wird, kann sie nicht richtig sein, weil die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht immer die "Hauptkrankheit" ist, um die herum sich die übrigen diagnostizierten psychischen Krankheiten als reine Komorbiditäten versammeln. Diese Interpretation läuft nämlich auf die Fiktion hinaus, dass sämtliche anderen psychischen Erkrankungen nur Folgekrankheiten der somatoformen Schmerzstörung seien. Wenn eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung dazu führt, dass sich zusätzlich eine Depression entwickelt, dann mag es plausibel sein, dass es sich bei dieser Depression um eine Komorbidität handle. Allerdings bleibt auch hier problematisch, dass gewisse typische Symptome einer Depression durchaus geeignet sind, direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Denkbar ist auch der umgekehrte Fall, nämlich dass eine bestehende Depression eine somatoforme Schmerzstörung auslöst. In dieser Situation macht es keinen Sinn, die Depression als Komorbidität der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu bezeichnen und zu behaupten, sie könne nur die willensmässige Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erschweren und dazu müsse sie eine erhebliche Schwere aufweisen. In dieser Situation ist es naheliegender, die Symptome der Depression darauf zu prüfen, ob sie geeignet sind, die objektive Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen, und sich dann zu fragen, ob die somatoforme Schmerzstörung diese Beeinträchtigung verstärke. Noch viel eher muss der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung die zentrale Rolle unter den psychiatrischen Diagnosen abgesprochen werden, wenn sowohl sie selbst als auch die Depression nur das Resultat einer vorbestehenden anderen psychiatrischen Diagnose sind. Im vorliegenden Fall dürfte das der Fall gewesen sein, d.h. die Panikstörung und/oder die posttraumatische Belastungsstörung stehen bei der Frage nach einer allfälligen objektiven Arbeitsunfähigkeit wohl im Zentrum. In dieser Situation kann nicht davon ausgegangen werden, dass nur eine subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung vorliege und dass es nur darum gehe festzustellen, ob die zur Überwindung dieser Überzeugung notwendige Willensenergie vorhanden sei. Hier bleibt von der "Schmerzpraxis" in der Interpretation der Beschwerdegegnerin nichts übrig. Es ist



vielmehr zu prüfen, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass die Kombination aller effektiv bestehenden psychiatrischen Krankheiten geeignet ist, direkt eine objektive Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort zusätzlich geltend gemacht, psychische Störungen, die durch die sozialen Umstände verursacht seien und beim Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden würden, könnten in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt werden bzw. nicht zu einer Invalidenrente berechtigen. Offenbar ist die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass dies auch auf die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierten psychischen Erkrankungen zutrefte. Tatsächlich handelt es sich bei dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin mit einem gewalttätigen Mann verheiratet gewesen ist und dass sie von diesem Mann auch nach der Scheidung bis heute bedroht wird, um einen sozialen Umstand bzw. um einen Belastungsfaktor. Weder dem Gutachten von Dr. I.____ noch dem Austrittsbericht der Klinik L.____ lässt sich aber entnehmen, dass die Beschwerdeführerin sofort gesunden würde, wenn die Belastung durch die anhaltende Bedrohung aufhören würde. Die Beschwerdegegnerin hat dies wohl einfach unterstellt. Tatsächlich hätte sie aber nachweisen müssen, dass bei einem Wegfall der Bedrohungssituation mit einer Heilung innert kurzer Zeit zu rechnen wäre. Diese Frage ist rein medizinischer Natur und hätte deshalb durch einen medizinischen Sachverständigen beantwortet werden müssen. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, es fehle an einer Invalidität, weil mit der Veränderung der sozialen Umstände die Krankheit und damit eine allfällige objektive Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin verschwinden würden, ist deshalb mangels einer ausreichenden Sachverhaltserhebung nicht stichhaltig. Im Übrigen ist nicht nachvollziehbar, weshalb eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinn von Art. 6 Satz 1 ATSG, die auf eine Gesundheitsbeeinträchtigung zurückzuführen ist, die ihre Ursache in bestimmten soziokulturellen und psychosozialen Umständen hat, nicht geeignet sein soll, eine Erwerbsunfähigkeit im Sinn von Art. 7 ATSG und damit eine Invalidität im Sinn von Art. 8 ATSG zu begründen. Mit der Schadenminderungspflicht lässt sich das nicht erklären, denn den Betroffenen ist es kaum je möglich und zumutbar, ihre soziokulturellen oder psychosozialen Umstände so zu verändern, dass die Ursache der Gesundheitsbeeinträchtigung wegfällt und die Genesung beginnt. Auch mit Beweisproblemen kann die von der Beschwerdegegnerin angeführte Praxis nicht begründet werden, denn eine Verwechslung einer objektive Arbeitsunfähigkeit



begründenden Gesundheitsbeeinträchtigung mit einer nur eine subjektive, willentlich überwindbare Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung bewirkenden ungünstigen soziokulturellen oder psychosozialen Situation ist nur möglich, wenn die medizinische Abklärung unsorgfältig ist. Es fehlt auch jeder Hinweis darauf, dass der Gesetzgeber - systemwidrig - hätte anordnen wollen, dass nur Gesundheitsbeeinträchtigungen geeignet sein sollten, eine rentenspezifische Invalidität auszulösen, die ihre Ursache nicht in soziokulturellen oder psychosozialen Umständen hätten. Daraus folgt, dass die Ursache der die objektive Arbeitsunfähigkeit auslösenden Gesundheitsbeeinträchtigung irrelevant sein muss.

3.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der massgebende Sachverhalt nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, solange nicht bekannt ist, an welchen psychischen Krankheiten die Beschwerdeführerin effektiv leidet, d.h. welche Diagnosen zu stellen sind. Die Beschwerdegegnerin wird deshalb weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und anschliessend neu über das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin zu befinden haben. Dieser Verfahrensausgang ist in Bezug auf die Verfahrenskosten als vollumfängliches Unterliegen der Beschwerdegegnerin zu werten. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwands praxisgemäss auf Fr. 600.-- festzusetzende Gerichtsgebühr ist deshalb von der Beschwerdegegnerin zu entrichten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten werden kann, dahingehend gutgeheissen, dass die Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinn der Erwägung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.