



**Fall-Nr.:** IV 2010/90  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.06.2020  
**Entscheiddatum:** 14.07.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2011**

**Art. 6 und 8 Abs. 1 ATSG: Arbeitsunfähigkeit bei rezidivierender leichter Depression. Eine rezidivierende leichte Depression hat vermutlich aufgrund der zumutbaren Willensanstrengung keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2011, IV 2010/90).**

Entscheid Versicherungsgericht: 14.07.2011

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers, Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

#### **Entscheid vom 14. Juli 2011**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. E. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21,  
Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



berufliche Massnahmen und Rente (medizinische Abklärung)

### Sachverhalt:

A.

A.\_\_\_\_ meldete sich am 20. November 2006 zum Bezug von IV-Leistungen an. Im Gesuchsformular gab sie u.a. an, sie habe in ihrem Herkunftsland die Grundschule besucht, einen Beruf habe sie nicht erlernt (IV-act. 1). Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, berichtete am 8. Januar 2007, bei der Versicherten seien folgende Diagnosen erhoben worden: Diabetes mellitus Typ II, peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung linksbetont mit visuo-oculomotorischer Funktionsstörung, St. n. Entfernung Fibroma pendulans Achselfalte rechts sowie Fibromae pendulantes Achselfalten bds. am 02.02.06, LWS-Schmerzsyndrom. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Versicherte sei seit dem 20. Dezember 2005 bei ihm in Behandlung. Sie besuche mehr oder weniger regelmässig die Sprechstunde. Sie beziehe u.a. regelmässig Medikamente. Wegen einer Vestibulopathie sei sie bei Dr. C.\_\_\_\_ in St. Gallen in Behandlung. Gelegentlich besuche sie aufgrund ihres LWS-Schmerzsyndroms die Physiotherapie (IV-act. 11). Die IV-Stelle ersuchte auch den behandelnden Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, einen Bericht einzureichen. Trotz vielen Mahnungen ging kein Bericht ein. Am 13. September 2007 hielt Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD fest, um eine valide Aussage betreffend den Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, sei eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung notwendig (IV-act. 24). Dr. B.\_\_\_\_ übermittelte der IV-Stelle am 15. Oktober 2007 zwei Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie und Hals- und Gesichtschirurgie, vom 28. August und 22. November 2006 (IV-act. 31). Gemäss dem ersten Bericht litt die Versicherte an einer gering- bis höchstens mittelgradigen zentralen vestibulären Funktionsstörung, die sich im Verlauf von zwei bis drei Jahren nicht genügend kompensiert hatte. Gemäss dem zweiten Bericht hatte sich eine wesentliche Verbesserung eingestellt. Es bestanden nur noch leicht handicapierende Restbeschwerden. In einer Notiz vom 6. Dezember 2007 hielt die zuständige Sachbearbeiterin der IV-Stelle fest, die Versicherte sei bei der Firma Aluwag mit einem Beschäftigungsgrad von 100% tätig gewesen. Da sie also als vollerwerbstätig zu



qualifizieren sei, könne auf die geplante Haushaltabklärung verzichtet werden (IV-act. 34).

B.

B.a Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete in seinem psychiatrischen Untergutachten vom 3. Dezember 2007 (IV-act. 35-20/23 bis 23/23), die Versicherte habe bei der Anamneseerhebung angegeben, sie habe von 2000 bis 2002 als Produktionsmitarbeiterin für die F.\_\_\_\_ gearbeitet. Sie habe sich dort gemobbt gefühlt und dann auch ein schlechtes Zeugnis erhalten. Die Arbeit sei sehr belastend gewesen. Arbeitsbeginn sei morgens um 04:00 Uhr gewesen. Im Juni 2002 sei ihr gekündigt worden. Anschliessend habe sie bis zur Aussteuerung Arbeitslosentaggelder bezogen. In bezug auf die aktuellen Beschwerden habe die Versicherte angeführt, sie sei seit ca. zwei Jahren in psychiatrischer Behandlung wegen eines depressiven Syndroms. Der behandelnde Psychiater habe ihr viele Medikamente verordnet, aber keines habe so richtig geholfen. Nur gegen die innere Unruhe nehme sie manchmal etwas ein. Wegen der Rückenschmerzen schlafe sie schlecht. Deshalb sei sie tagsüber müde, unkonzentriert und vergesslich. Nach jeder Tätigkeit im Haushalt sei sie rasch müde und erschöpft. Mit der Nachbarin gehe sie ein wenig spazieren. Ansonsten sei sie immer zuhause und sehe fern. Der Ehemann sei oft auf dem elterlichen Bauernhof, wo er sich um die Schafe kümmere. Sie habe sich damit abgefunden, dass er komme und gehe, wie es ihm passe. Aufgrund der Schmerzen könne sie nicht viel unternehmen, sie vermisse ihre sozialen Kontakte. Vor zwei Jahren sei eine Schwester gestorben. Damals habe sie unter einer schweren depressiven Krise gelitten. Seither sei sie aus der depressiven Verstimmung nie wieder ganz herausgekommen. Sie sei zunehmend unruhig und nervös geworden, insbesondere weil sie keine Lebensperspektive mehr habe. Dr. F.\_\_\_\_ stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eher dysthymes Zustandsbild (leichte depressive Episode) mit somatischem Syndrom. Er führte weiter aus, die seelischen Konflikte der Versicherten könnten nachvollzogen werden. Warum diese aber nicht anders als durch körperliche Schmerzen ihren Ausdruck finden sollten, sei unklar. Deshalb sollte die Diagnose einer depressiven Störung mit somatischem Syndrom ausreichen (keine somatoforme Schmerzstörung). Eine Reintegration wäre aus psychiatrischer Sicht sehr wünschenswert, zumal so auch eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds



aufgefangen werden könnte. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit um 25% eingeschränkt. Die Medikation sei zu überdenken. Anscheinend nehme die Versicherte zu viele Medikamente in unklarer Dosierung ein resp. sei sie über die Medikation ungenau informiert. Der Therapieansatz mit Cymbalta sollte weiterverfolgt werden. Eine psychiatrische tagesklinische Betreuung könnte sinnvoll sein, um der Versicherten eine sinnvolle Tagesstruktur zu bieten und ihr die Wiedereingliederung in das Berufsleben zu ermöglichen.

B.b Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, berichtete in seinem Gutachten vom 28. Dezember 2007, das gleichzeitig das Hauptgutachten war (IV-act. 35-1/23 bis 11/23), die Versicherte habe Rückenbeschwerden angegeben, die mit der Arbeitsaufnahme in der Schweiz begonnen hätten. Trotz einer Behandlung habe sie weiterhin Schmerzen gehabt, so dass sie die Kündigung erhalten habe. Nach dem Ende der Erwerbstätigkeit seien die Rückenschmerzen gleich geblieben. Die Schmerzen strahlten diffus aus, lumbal/lumbosakral bis nach kranial zum Kopf mit Auslösung von Kopfschmerzen und Schwindel. Infolge des Schwindels habe sie einen Rechtsdrall, der sie beim Gehen behindere. Teilweise bestünden Ausstrahlungen zum Gesäss resp. zu den Hüften (zunehmend beim treppauf Gehen). Beim Husten und Niessen habe sie Schmerzen vornehmlich im Bereich der BWS. Ansonsten seien die Rückenschmerzen weitgehend gleichbleibend vorhanden, ohne zirkadiane Schwankungen. Bei Arbeiten in vorgeneigter Körperhaltung nähmen die Beschwerden zu. Eine Schmerzausstrahlung bestehe auch beidseits von tieflumbal resp. vom Beckenkamm bis nach gluteal und zu den Trochanteren sowie teilweise zum lateralen Oberschenkel bds. Dr. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, auf Nachfragen habe die Versicherte beidseitige Knieschmerzen erinnert, vornehmlich patellär, die beim Gehen auf Treppen und bei Gehstrecken über 1 km aufträten (keine Schwellungen, keine Blockaden). Ebenfalls auf Nachfrage habe die Versicherte auch nächtliche Beschwerden angegeben. Hingegen habe sie Anlaufsymptome verneint. Zusammenfassend hielt Dr. G.\_\_\_\_ fest, die Angaben der Versicherten hätten äusserst diffus, unspezifisch und auslotend gewirkt; die Versicherte sei stark suggestibel gewesen. Bei einer VAS von 0 bis 10 habe die Versicherte ihren aktuellen Schmerzpegel teils lachend und augenzwinkernd und ohne vordergründigen Leidensdruck auf dem Stuhl sitzend mit 6 bis 7 angegeben; der Schmerzpegel falle nie unter 5. Gestützt auf das Ergebnis der klinischen Untersuchung und auf die Röntgenaufnahmen vom 25. April 2006 (LWS ap



und seitlich) und vom 26. November 2007 (Beckenübersicht) stellte Dr. G.\_\_\_\_ die Diagnosen eines chronischen lumbovertebralen bis -spondylogenen Schmerzsyndroms bds. (degenerative Veränderungen der LWS, geringes organisches Korrelat, V. a. Symptomausweitung bei psychosozialer Problemkonstellation), radiologisch beginnende Coxarthrose rechts (derzeit geringes klinisches Korrelat) sowie - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - Adipositas Klasse I, Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie. In seiner Beurteilung gab Dr. G.\_\_\_\_ an, die klinische Untersuchung habe primär durch die ungünstige Statik erklärbar tendomyotische Verspannungen der lumbalen rumpfstabilisierenden Muskelgruppen ergeben, die medizinisch-therapeutisch einer lokalen Physiotherapie und einer regelmässig durchgeführten, die Rumpfmuskulatur kräftigenden und Fehlhaltungen korrigierenden Bewegungstherapie zugänglich sein sollten. Anhaltspunkte für eine Kompression neuromeningealer Strukturen bestünden klinisch nicht. Vielmehr habe der Gesamteindruck aus den Beschwerdeschilderungen und aus dem Verhalten im Verlauf der Untersuchung mit multiplen Inkonsistenzen den Verdacht auf eine erhebliche Symptomausweitung ergeben, die eher durch Ko-Faktoren des psychosozialen Umfelds als durch eine derzeit organisch am Bewegungsapparat nachweisbare Pathologie erklärbar sei. In der aktuellen Untersuchung seien keine Anhaltspunkte für eine signifikante, das Funktionieren im Alltag oder im Beruf einschränkende Schwindelsymptomatik zu erheben gewesen. Aufgrund der Anamnese mit kurzen Schwindelattacken und aufgrund der vestibulären Funktionsstörung seien Tätigkeiten mit Einsatz an rotierenden Maschinen und Arbeiten auf Leitern, Gerüsten und Treppen wegen der Sturz- und Verletzungsgefahr nicht zu empfehlen. Aus rheumatologischer Sicht liege die Belastbarkeit im Rahmen jeder körperlich bis zu mittelschwer belastenden Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen (gehend, stehend, sitzend), wobei die Versicherte vorübergehend auch eine vorgeneigte Körperhaltung einnehmen könne. Die zusammenfassende, bidisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung ergab für körperlich adaptierte Tätigkeiten eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 25%. Dr. G.\_\_\_\_ hielt abschliessend fest, in der belasteten Vorgeschichte der Versicherte habe es viele Situationen gegeben, die eine depressive Verstimmung hätten auslösen können, doch könne er keine sichere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit retrospektiv abgeben. Seit zwei Jahren bestehe eine fachärztlich psychiatrische Behandlung. Das genaue Ausmass der psychisch bedingten Einschränkungen sei dort zu erfragen. Mit einer



gewissen Berechtigung könne die derzeitige Limitierung von 25% als Minimum für die Behandlungsphase angesetzt werden. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD betrachtete die Arbeitsfähigkeitsschätzung am 15. Februar 2008 als überzeugend (IV-act. 36).

C.

Am 3. April 2008 gab die Versicherte an, sie sei bereit, sich regelmässig zu bewerben und eine der Behinderung angepasste Stelle anzutreten (IV-act. 39). Die IV-Stelle forderte die Versicherte am 2. Juli 2008 auf, bis 31. Juli 2008 mindestens fünf geeignete Stelleninserate einzureichen, ansonsten nicht auf ihr Gesuch um berufliche Massnahme eingetreten werden könne (IV-act. 40). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, bestätigte am 16. Juni 2008 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten aus psychischen Gründen (IV-act. 41). Am 4. Dezember 2008 forderte die IV-Stelle den behandelnden Psychiater ein weiteres Mal auf, einen Arztbericht einzureichen (IV-act. 45). Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 5. Januar 2009 auf einem Formular mit dem Versanddatum 22. Januar 2007 (IV-act. 46), die Versicherte leide an einer mittel- bis schwergradigen depressiven Störung auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung, an einer gemischten Angststörung und an einer somatoformen Schmerzstörung. Seit dem 28. November 2006 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 75%. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Versicherte klagt über intensive Schmerzen, die ihr das Leben sehr schwer machten und durch die sie völlig erschöpft sei. Sie fühle sich völlig lust- und interesselos, finde das Leben ganz sinnlos, sehe keine Zukunft. Sie sei sozial total isoliert, leide unter Einsamkeit und möchte manchmal am liebsten sterben. Dr. D.\_\_\_\_ führte weiter aus, er habe die Versicherte mit Antidepressiva und Anxiolytika behandelt. Ausserdem hätten regelmässig psychotherapeutische Gespräche stattgefunden. Während der ganzen Zeit hätten depressive und Angstsymptome das Krankheitsbild dominiert. Die Therapie habe keine Besserung gebracht. Der Krankheitsverlauf habe sich chronifiziert und er habe einen invalidisierenden Verlauf genommen. Die Versicherte könnte in einem geschützten Rahmen zu 25% arbeiten. Sollte keine Besserung eintreten, sei eine Therapie in einer psychiatrischen Institution vorgesehen. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hielt dazu am 4. März 2009 fest (IV-act. 47), im Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ seien psychopathologisch keine wesentlich neuen Befunde dokumentiert, die bei der Begutachtung nicht bekannt gewesen seien. Anamnestisch gebe es keine zusätzlichen Hinweise auf eine erhebliche



Verschlechterung seit der Begutachtung. Deshalb sei weiterhin auf das Gutachten abzustellen. Die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle hielt in ihrem Schlussbericht vom 17. März 2009 (IV-act. 49) fest, sie habe die Versicherte ein Jahr erfolglos begleitet. Aufgrund der passiven Haltung der Versicherten könne davon ausgegangen werden, dass keine Motivation bestehe. Die Mitwirkungspflicht sei nicht erfüllt worden. Sie schliesse den Fall ab. Mit einem Vorbescheid vom 13. Juli 2009 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Gesuchs um berufliche Eingliederungsmassnahmen an, da sich die Versicherte nicht arbeitsfähig fühle (IV-act. 54). Mit einem weiteren Vorbescheid vom 13. Juli 2009 orientierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass sie auch das Rentengesuch abweisen werde (IV-act. 56). Zur Begründung gab sie an, der Invaliditätsgrad betrage lediglich 25%. Die Versicherte liess am 29. September 2009 einwenden, es sei ein neues rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben und danach sei der Invaliditätsgrad neu zu bestimmen (IV-act. 60). Wenn ein behandelnder Arzt objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringe, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, könne nicht ohne weiteres an einer medizinischen Administrativexpertise festgehalten werden. Folgende Differenzen seien zu erkennen: Diagnose, Anamnese, objektiver Befund. Im Gutachten fehlten Angaben zum Allgemeinzustand. Dr. F.\_\_\_\_ habe nicht dargelegt, inwiefern sich die Dysthymie auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Deshalb stimme die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht mit dem massgebenden Beweisgegenstand überein. Das Gutachten sei offensichtlich veraltet. Die Aussage von Dr. F.\_\_\_\_, die Angaben der Versicherten wirkten äusserst diffus, unspezifisch und auslotend, trage nicht zur Annahme bei, dass das Gutachten objektiv und unbefangen erstellt worden sei. Es fehlten zudem aktuelle Röntgenbilder der LWS. Dr. G.\_\_\_\_ habe zur Bestimmung der psychiatrisch begründeten retrospektiven Arbeitsunfähigkeit auf den behandelnden Psychiater verwiesen. Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD hielt zu diesen Einwänden der Versicherten am 23. Dezember 2009 fest (IV-act. 62), die Gutachter und die behandelnden Ärzte stimmten entgegen der Auffassung der Versicherten darin überein, dass als wesentliche Diagnose eine depressive Stimmung vorliege. Unterschiedlich seien nur die Auffassungen betreffend den Schweregrad und betreffend die Arbeitsfähigkeit. In der neu angefertigten Röntgenaufnahme des Beckens sei auch die LWS zur Darstellung gekommen. Die Aufnahmen der LWS seien im



Begutachtungszeitpunkt etwa eineinhalb Jahre alt gewesen. Es sei hinlänglich bekannt, dass die klinisch objektivierbare Befunderhebung und die ärztliche Beurteilung der funktionellen Einschränkung für die Arbeitsfähigkeitsschätzung von ungleich grösserer Wertigkeit seien als die bildgebende Diagnostik. Auf die RAD-Stellungnahmen vom 15. Februar 2008 und 4. März 2009 könne unverändert abgestellt werden. Mit Verfügungen vom 15. und 16. Februar 2010 wies die IV-Stelle das Rentengesuch und das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 63, 64).

D.

Die Versicherte liess am 4. März 2010 Beschwerde erheben und beantragen, die Sache sei zur Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens (rheumatologisch, psychiatrisch) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und aufgrund des Gutachtens sei dann die Rente neu zu prüfen (act. G1). Ihr Rechtsvertreter machte geltend, beide Verfügungen seien angefochten. Die Ausführungen in bezug auf die beruflichen Massnahmen knüpften am Umstand an, dass die Erwerbsfähigkeit nicht korrekt festgestellt worden sei. Werde eine neue Begutachtung durchgeführt, ändere sich auch die Ausgangslage für die beruflichen Massnahmen. Die IV-Stelle habe sich mit den Einwänden in der Stellungnahme zu den Vorbescheiden nicht auseinandergesetzt und damit den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Das Gutachten G.\_\_\_/F.\_\_\_ sei mehr als zwei Jahre alt und deshalb ungeeignet, die nötige Aktualität zu liefern. Dr. D.\_\_\_ habe neue medizinische Unterlagen eingereicht, welche die Einschätzung der Gutachter widerlegten. Da die Gutachter nicht versucht hätten, mit Dr. D.\_\_\_ Kontakt aufzunehmen und sich mit seiner abweichenden Meinung auseinanderzusetzen, sei das Gutachten unvollständig. Es sei auch in bezug auf die otorhinolaryngologischen Beschwerden unvollständig. Zudem beruhe es auf veralteten Röntgenbildern. Auch die psychiatrische Einschätzung sei veraltet. Sie stelle zudem auf eine Momentaufnahme ab. Die Anamnese sei unvollständig erhoben worden. Es fehlten nämlich der frühe Unfalltod des Vaters, die Aggression des ersten Ehemannes, Angaben zum Allgemeinstatus und zum äusseren Erscheinungsbild der Versicherten. Das Gutachten setze sich nicht mit abweichenden medizinischen Berichten auseinander und die gezogenen Schlussfolgerungen (in bezug auf die retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung) seien nicht nachvollziehbar. Das Gutachten sei deshalb für die streitigen Belange nicht umfassend und nicht schlüssig. Dr. E.\_\_\_ vom RAD sei



nicht Psychiater, sondern Allgemeinmediziner. Beim Einkommensvergleich hätte ein zusätzlicher Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen von 25% erfolgen müssen. Die neue Begutachtung werde ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit nur 25% betrage und dass eine Verwertung dieser Restarbeitsfähigkeit nur noch in einem geschützten Rahmen möglich sei. Damit werde in bezug auf die beruflichen Eingliederungsmassnahmen eine neue Entscheidungsgrundlage bestehen.

E.

Die Beschwerdegegnerin beantragte am 19. April 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G4). Sie hielt fest, dass sie in der angefochtenen Verfügung auf die Einwände der Beschwerdeführerin ausführlich eingegangen sei. Das Gutachten G.\_\_\_\_ sei schlüssig, weil klinisch kein Schwindel nachweisbar gewesen sei und weil die neuen Röntgenaufnahmen des Beckens in bezug auf die LWS nur altersentsprechende degenerative Veränderungen gezeigt hätten. Die von Dr. F.\_\_\_\_ festgestellte leichte depressive Störung sei entsprechend der höchstgerichtlichen Rechtsprechung nicht invalidisierend. Die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ sei nicht schlüssig, denn sie stelle auf die bei Schmerzpatienten übliche dramatische Symptomatik ab. Es sei zudem gerichtsnotorisch, dass Dr. D.\_\_\_\_ stets tiefe Arbeitsfähigkeiten attestiere. Sein Bericht enthalte keine Gesichtspunkte, die bei der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet seien, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Es gebe keinen Hinweis auf eine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung. Ein zusätzlicher Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen sei nicht notwendig, weshalb keine Invalidität bestehe. Ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung setze behinderungsbedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche voraus. Allfällige Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin bei der Stellensuche seien nicht auf die Behinderung zurückzuführen. Deshalb falle die Arbeitsvermittlung in den ausschliesslichen Zuständigkeitsbereich der Arbeitslosenversicherung. Da die Beschwerdeführerin gar nicht eingliederungsfähig sei, bestehe nicht nur kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung, sondern auch kein Anspruch auf andere berufliche Eingliederungsmassnahmen.

F.



## St.Galler Gerichte

Die Beschwerdeführerin liess in der Replik vom 26. Mai 2010 einwenden, es bleibe dabei, dass das Gutachten veraltet sei, weil die Beschwerdegegnerin sich erst mit eineinhalb Jahren Verspätung zu einem Vorbescheid habe durchringen können. Der nun notwendig gewordene Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik Wil zeige, dass sie keiner Erwerbstätigkeit nachgehen könne. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei von den Gutachtern gar nicht gestellt worden. Angesichts der nachweisbaren somatischen Beeinträchtigungen sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin zum Schluss gelangt sei, dass die depressive Störung lediglich eine Reaktion auf nicht objektivierbare Schmerzen bzw. auf deren Begleiterscheinungen sei. Es sei von verselbständigten Gesundheitsschäden auszugehen, die invalidisierenden Charakter aufwiesen. Da Dr. F.\_\_\_\_ nicht über die von Dr. D.\_\_\_\_ geführte Krankengeschichte verfügt habe, sei sein Gutachten nicht beweistauglich. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin beruhten auf der unrichtigen Annahme, es liege eine somatoforme Schmerzstörung ohne relevante Komorbidität vor. Weil diese Annahme in den tatsächlichen Verhältnissen aber keine Stütze finde, seien die Schlussfolgerungen der Beschwerdegegnerin unrichtig.

G.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 4. Juni 2010 auf eine Duplik (act. G8).

### **Erwägungen:**

1.

Die Beschwerdegegnerin hat über die Gesuche um berufliche Eingliederungsmassnahmen und um eine Invalidenrente getrennt verfügt. Das war korrekt, denn es handelt sich um zwei voneinander unabhängige Rechtsverhältnisse, über die getrennt entschieden werden muss. Hier fehlt nämlich die in vielen Fällen aus dem Grundsatz der Eingliederung vor Rente (vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2.A., Vorbemerkungen N. 47) resultierende Bedingtheit der Rentenverfügung, die jeweils darauf zurückzuführen ist, dass erst dann ein Rentenanspruch bejaht werden kann, wenn von einer beruflichen Eingliederung keine (weitere) Reduktion der rentenspezifischen Invalidität zu erwarten ist. Formal betrachtet hat die



Beschwerdeführerin also zwei Beschwerden erhoben, die eine gegen die Rentenabweisung vom 15. Februar 2009, die andere gegen die Abweisung des Gesuchs um berufliche Eingliederungsmassnahmen vom 16. Februar 2009. Da der massgebende Sachverhalt beider Beschwerdeverfahren weitgehend derselbe ist und da die Parteien identisch sind, rechtfertigt sich aus verfahrensökonomischen Gründen eine Behandlung der beiden Beschwerden in einem einzigen Urteil.

2.

Die angefochtene Verfügung vom 15. Februar 2010, mit der die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint hat, enthält eine ausführliche Stellungnahme zu den Vorbringen im Einwand vom 29. September 2009. Dass sich diese Stellungnahme nicht mit sämtlichen Detailargumenten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt hat, schadet nicht, denn dem Anspruch eines Verfügungsadressaten auf eine ausreichende Verfügungsbegründung (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG) ist Rechnung getragen, wenn eine Auseinandersetzung mit den Hauptargumenten erfolgt. Dabei hat die verfügende Verwaltung ein erhebliches Ermessen bei der Bestimmung dessen, was sie als Hauptargumentation betrachten will. Es liegt also keine Verletzung der Begründungspflicht vor, nur weil ein Verfügungsadressat seine Einwände anders gewichtet als die verfügende Verwaltung. Die Verfügung vom 15. Februar 2010 enthält eine ausreichende Begründung, denn die Beschwerdeführerin ist damit in die Lage versetzt worden, zu entscheiden, ob sie die Verfügung akzeptieren oder anfechten will, und eine allfällige Beschwerde rechtsgenügend zu begründen (vgl. Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3.A., S. 459). Dasselbe gilt für die Verfügung vom 16. Februar 2010, mit der die Beschwerdegegnerin das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen hat. Die Begründung ist zwar kurz, aber das korrespondiert mit dem Umstand, dass der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin im Einwand vom 29. September 2009 nicht dargelegt hat, weshalb die im Vorbescheid angekündigte Abweisung des Gesuchs um berufliche Eingliederungsmassnahmen aus anderen Gründen als der angeblich unzureichenden medizinischen Aktenlage rechtswidrig sein solle.

3.



Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, 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 zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.1 Grundlage der Bemessung des Valideneinkommens bildet jene erwerbliche Situation, in der sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht krank geworden wäre. Diese hypothetische erwerbliche Situation wird als Validenkarriere bezeichnet. Ausgehend von dieser Validenkarriere wird das Valideneinkommen ermittelt. Meist besteht die Validenkarriere in der hypothetischen weiteren Ausübung der letzten Arbeitstätigkeit, so dass das Valideneinkommen anhand jenes Lohnes zu ermitteln ist, den die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt an ihrem letzten Arbeitsplatz erzielen würde. Die Beschwerdeführerin hat ab 2000 als Produktionsangestellte gearbeitet. Im Jahr 2002 ist ihr gekündigt worden. Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses ist nicht auf gesundheitliche Probleme zurückzuführen gewesen. Schon aufgrund dieses Umstands kann die Validenkarriere nicht in einer hypothetischen Weiterführung des Arbeitsverhältnisses der Jahre 2000 bis 2002 bestehen. Da die letzte Erwerbstätigkeit zudem mehrere Jahre zurückliegt, muss die Validenkarriere anhand der erwerblichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin bestimmt werden. Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt und sie hat sich während ihrer Erwerbstätigkeit auch keine qualifizierten beruflichen Kenntnisse angeeignet. Es deutet auch nichts darauf hin, dass sie sich, wäre sie weiterhin erwerbstätig gewesen, beruflich weitergebildet hätte. Es gibt aber auch keine Indizien dafür, dass die Beschwerdeführerin nur völlig unqualifizierte Hilfsarbeiten hätte ausüben und deshalb nur einen unterdurchschnittlichen Lohn hätte erzielen können. Ebenso wenig gibt es Indizien dafür, dass die Beschwerdeführerin im hypothetischen "Gesundheitsfall" ihre Arbeitsfähigkeit in einer bestimmten Branche besser als in anderen Branchen verwerten könnte. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht auf eine hypothetische durchschnittliche Hilfsarbeiterinnenkarriere geschlossen und dementsprechend das Valideneinkommen ausgehend vom Zentralwert der Löhne der Hilfsarbeiterinnen in allen Branchen ermittelt. Wohl aufgrund des tiefen im individuellen Beitragskonto (IK) verbuchten Lohns 2000 bis 2002 ist die Beschwerdegegnerin



zunächst davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin teilzeitlich tätig gewesen sei. Auch der psychiatrische Gutachter ist von einer Teilzeitbeschäftigung ausgegangen, wobei nicht bekannt ist, ob er das von der Beschwerdeführerin selbst erfahren oder ob er das den Akten (vgl. die interne Anfrage an den RAD, IV-act. 24) entnommen hat. Die Beschwerdegegnerin ist dann aber, wie sich einer Telephonnotiz vom 6. Dezember 2007 entnehmen lässt (vgl. IV-act. 34), gestützt auf die Angaben des letzten Arbeitgebers davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin doch vollzeitlich erwerbstätig gewesen sei. Da einer unbestätigten Telephonnotiz kein ausreichender Beweiswert beizumessen ist und da es Indizien dafür gibt, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich teilzeitlich erwerbstätig gewesen sein könnte, steht der Beschäftigungsgrad in der Periode 2000 bis 2002 nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Über den hypothetischen Beschäftigungsgrad, von dem das RAV ab 2002 ausgegangen ist, lässt sich den Akten nichts entnehmen. Nun handelt es sich bei der Bestimmung der Validenkarriere, zu der auch der hypothetische Beschäftigungsgrad gehört, naturgemäss um eine Prognose - aus der Sicht des Zeitpunkts der Entstehung eines allfälligen Rentenanspruchs - für die Zukunft. Eine solche Prognose kann nicht nur anhand der erwerblichen Vergangenheit einer versicherten Person gestellt werden, denn sonst würde jede Entwicklungsmöglichkeit zum vornherein ausgeschlossen. Im vorliegenden Fall ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Beschwerdeführerin keine Kinder hat, niemanden betreuen muss, zwar verheiratet ist, aber in einem sehr distanzierten Verhältnis zum Ehemann lebt, und auch sonst in keiner Art und Weise daran gehindert ist, ganztätig erwerbstätig zu sein. Auch wenn über die finanziellen Verhältnisse der Eheleute nichts bekannt ist, kann doch aufgrund des Umstands, dass der Ehemann bereits pensioniert ist, davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin auch wirtschaftlich betrachtet im hypothetischen "Gesundheitsfall" zu 100% erwerbstätig wäre. Die plausibelste Hypothese für die Validenkarriere ist also eine vollzeitliche Ausübung einer Hilfsarbeit. Demnach hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den gesamten Zentralwert der Löhne aller Branchen gemäss der Tabelle TA1 im Anhang zu der vom Bundesamt für Statistik erstellten Lohnstrukturerhebung als Valideneinkommen in den Einkommensvergleich eingesetzt.

3.2 Die Beschwerdeführerin ist nach 2002 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Die Invalidenkarriere ist deshalb ebenfalls hypothetisch zu ermitteln.



Aus der Sicht des rheumatologischen Gutachters bestehen verschiedene qualitative, d.h. auf die Art und nicht auf den Arbeitsfähigkeitsgrad bezogene Einschränkungen. Eine der somatischen Beeinträchtigung angepasste Erwerbstätigkeit wäre höchstens mittelschwer belastend und sie wäre wirbelsäulenadaptiert (keine stereotypen Bewegungen), sie umfasste kein Heben und Tragen von schweren Lasten, keine Arbeit über Kopf und auch keine Arbeit auf Leitern, Gerüsten oder an Maschinen mit Verletzungspotential. Diese Einschränkungen haben nicht zur Folge, dass die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar wäre. Sie haben auch nicht zur Folge, dass die Beschwerdeführerin nur noch unterdurchschnittlich bezahlte Hilfsarbeiten ausüben könnte. Der allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt weist nach der allgemeinen Lebenserfahrung ausreichend Stellen auf, an denen eine adaptierte Hilfsarbeit ausgeführt werden muss. Diese Stellen sind durchaus durchschnittlich entlohnt, da auch Eigenschaften wie Konzentrationsfähigkeit, Zuverlässigkeit, Aufmerksamkeit, Sorgfalt usw. entschädigt werden. Die Auswirkungen der Beeinträchtigung der körperlichen Gesundheit sind also nur geeignet, den in Frage kommenden Ausschnitt aus dem Markt für Hilfsarbeiten zu verengen, was - IV-rechtlich irrelevant - die Chancen, eine offene Stelle zu finden, einschränkt. Mit dieser Verengung ist aber keine Reduktion der Höhe des erzielbaren Lohns verbunden. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist somit von demselben Durchschnittseinkommen wie bei der Bemessung des Valideneinkommens auszugehen.

3.3 Zu untersuchen bleibt, ob aus rein somatischer Sicht eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Der rheumatologische Gutachter hat aus der Sicht seines Fachgebiets keine Arbeitsunfähigkeit angegeben. Das stimmt mit den Angaben von Dr. B.\_\_\_\_ und von Dr. C.\_\_\_\_ überein. Dr. B.\_\_\_\_ hat dem Wirbelsäulenleiden in seinem Bericht vom 8. Januar 2007 (vgl. IV-act. 11) in der Liste der Diagnosen den letzten Rang eingeräumt. Er hat darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin vor allem regelmässig Medikamente beziehe und dass sie gelegentlich wegen des LWS-Schmerzsyndroms die Physiotherapie besuche. Hätte dieses Schmerzsyndrom nach der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ eine (Teil-) Arbeitsunfähigkeit ausgelöst, so hätte das Eingang in den Bericht gefunden und die Auswirkungen auf den Alltag wären deutlich geschildert worden. Dr. C.\_\_\_\_ hat bereits am 22. November 2006 nur noch (sich weiter abschwächende) leichte



Schwindelbeschwerden festgestellt (vgl. IV-act, 31-1/7). Auch das deutet nicht auf eine arbeitsfähigkeitsrelevante Beeinträchtigung hin. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat nur das Alter des Gutachtens, das Fehlen aktueller Röntgenbilder und das Fehlen einer Auseinandersetzung mit den Angaben von Dr. C. \_\_\_ gerügt. Er hat keine medizinischen Berichte eingereicht, die eine abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten würden. Der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist durchgehend als stationär bezeichnet worden. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass sich nach der Begutachtung eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung eingestellt haben könnte. Eine solche Verschlechterung hätte sich zumindest in einer entsprechenden Behandlung durch den Hausarzt Dr. B. \_\_\_ und allenfalls durch Dr. C. \_\_\_ nachweisen lassen. Arbeitsfähigkeitsrelevante Schwindelbeschwerden wären bei der klinischen rheumatologischen Untersuchung mit Sicherheit aufgefallen, zumal der Gutachter die Berichte von Dr. C. \_\_\_ kannte und sich deshalb eines Abklärungsbedarfs in dieser Richtung bewusst war. Der rheumatologische Gutachter hat neue Röntgenaufnahmen des Beckens machen lassen. Wäre das auch für die LWS seitlich nötig gewesen, hätten entsprechende Aufnahmen ohne nennenswerten Zusatzaufwand erstellt werden können. Entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ist es aber nicht so, dass jede rheumatologische Begutachtung zwingend aktuelle Röntgenbilder erfordert. Im vorliegenden Fall ist von einem stationären Zustand in bezug auf die LWS auszugehen gewesen. Der rheumatologische Gutachter hat in dieser Situation berechtigterweise auf unnötige Aufnahmen verzichtet. Ist der Gesundheitszustand unverändert geblieben, so ist auch das Alter des rheumatologischen Gutachtens irrelevant. Inwiefern die Feststellung, die Angaben der Beschwerdeführerin seien äusserst diffus, unspezifisch und auslotend gewesen und die Beschwerdeführerin habe stark suggestibel gewirkt, auf eine Befangenheit des rheumatologischen Gutachters hinweisen könnte, ist nicht nachvollziehbar. Die an die Adresse des rheumatologischen Gutachters gerichteten Rügen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin sind nicht stichhaltig. Das rheumatologische Gutachten entspricht zudem allen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit es vollen Beweiswert entfalten kann: Es erscheint als schlüssig, es ist nachvollziehbar begründet, es ist in sich widerspruchsfrei usw. (vgl. etwa BGE 125 V 353 f.). Demnach steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit



fest, dass die Beschwerdeführerin aus rein somatischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit quantitativ nicht eingeschränkt ist.

3.4 Da Dr. D.\_\_\_\_ seinen Bericht erst mit zweijähriger Verspätung erstattet hat, hat sich der psychiatrische Gutachter nicht dessen abweichender Einschätzung auseinandersetzen können. Dr. D.\_\_\_\_ hätte die Möglichkeit gehabt zu begründen, warum er die Auffassung des psychiatrischen Gutachters aus medizinischer Sicht nicht teilen könne. Er hat sich aber darauf beschränkt, seine Meinung darzulegen. Die Rolle des Gutachtenskritikers ist deshalb dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zugefallen. Dieser hat in medizinischer Hinsicht nur auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ abstellen können. Seine Kritik beruht auf der Prämisse, dass der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ richtig sei, so dass das Gutachten dort, wo es vom Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ abweiche, automatisch falsch sein müsse. Begründet wird diese Prämisse damit, dass Dr. D.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin seit langer Zeit behandle, ihre Krankheit und ihre Persönlichkeit also durch und durch kenne und deshalb eine fundierte Diagnose stellen und die Arbeitsfähigkeit richtig einschätzen könne, während der psychiatrische Gutachter sich auf eine völlig ungenügende Momentaufnahme habe abstützen müsse. Der psychiatrische Gutachter habe nämlich nicht über die von Dr. D.\_\_\_\_ geführte Krankengeschichte verfügt und er habe auch keine vollständige Anamnese erhoben. Beide Argumente treffen grundsätzlich zu. Die daraus gezogene Schlussfolgerung ist hingegen nicht richtig, denn auch eine Momentaufnahme kann alle notwendigen Details enthalten. Wäre die Beschwerdeführerin tatsächlich auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung mindestens mittelgradig depressiv und würde sie ausserdem an einer gemischten Angststörung und an einer somatoformen Schmerzstörung leiden, so hätte sie sich in der Zeit vor der Begutachtung und insbesondere auch während der Begutachtung anders verhalten. Ihr Verhalten ist aber dasjenige einer höchstens leicht depressiven Person gewesen. Der psychiatrische Gutachter hat keine Hinweise auf eine mindestens mittelgradige Depression und auf eine gemischte Angststörung gefunden und nach seiner Erkenntnis sind auch die Voraussetzungen einer somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt gewesen. Sollte die Beschwerdeführerin trotzdem mindestens mittelgradig depressiv gewesen sein, so muss sich die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter verstellt haben, d.h. sie muss ihm eine nur leicht depressive Person vorgespielt haben, während sie eigentlich mindestens mittelgradig depressiv gewesen ist. Abgesehen davon, dass nicht



ersichtlich ist, weshalb sich die Beschwerdeführerin so hätte verhalten sollen, dürfte es ihr praktisch unmöglich gewesen sein, dieses Vorspielen während der gesamten Exploration so konsequent durchzuhalten, dass es für den psychiatrischen Gutachter nicht erkennbar gewesen wäre. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung nur leicht depressiv gewesen ist. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Anamnese auch noch detaillierter hätte erhoben werden können. Hätte eine Angststörung und darauf aufbauend eine mittel- bis schwergradige Depression vorgelegen, so hätte der erfahrene psychiatrische Gutachter das trotz der nicht ganz vollständigen Anamnese auch erkannt. Dazu bedurfte es keiner Kenntnis der von Dr. D.\_\_\_\_ geführten Krankengeschichte. Gerade bei psychischen Erkrankungen kommt es zwischen den behandelnden Ärzten und den Gutachtern oft zu grossen Differenzen bei der Diagnosestellung und bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die Hauptursache dafür ist erfahrungsgemäss der Umstand, dass insbesondere langjährige Therapieverhältnisse den behandelnden Arzt daran hindern, die gesundheitliche Situation des Patienten objektiv und unvoreingenommen zu betrachten und insbesondere auch dem Kriterium der zumutbaren Willensenergie zur Überwindung der Krankheits- und daraus folgend der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung noch Rechnung zu tragen. Der Gutachter ist anders als der Therapeut nicht über längere Zeit der pessimistischen, im Alltag konsequent demonstrierten Selbsteinschätzung der psychisch kranken Person ausgesetzt und er ist deshalb auch nicht versucht, bei der Diagnosestellung dem langjährig gezeigten Verhalten Rechnung zu tragen. Er ist deshalb eher in der Lage, den objektiven Gesundheitszustand hinter dem geklagten und demonstrierten Gesundheitszustand zu finden. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht darauf hingewiesen, dass Dr. D.\_\_\_\_ bereits in vielen Fällen Diagnosen gestellt hat, die weit schwerer gewesen sind, als die anschliessende Begutachtung dann ergeben hat. Dasselbe gilt für die von ihm abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Unter diesen Umständen kann den Angaben von Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Januar 2009 (vgl. IV-act. 46) nicht jener überragende Beweiswert beigemessen werden, den der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin möchte. Im Gegenteil vermögen die Angaben von Dr. D.\_\_\_\_ nicht einmal so starke Zweifel an der Richtigkeit der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters zu wecken, dass dessen Angaben als nicht überwiegend wahrscheinlich richtig qualifiziert werden müssten. Auch das psychiatrische Gutachten erfüllt nämlich



all jene Anforderungen an eine Expertise, die bereits im Zusammenhang mit der rheumatologischen Begutachtung angegeben worden sind. Die Beschwerdeführerin hat somit im Zeitpunkt der Begutachtung überwiegend wahrscheinlich an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig dysthymes Zustandsbild (leichte depressive Episode), gelitten. Indizien dafür, dass sich daran bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung etwas geändert hätte, fehlen. Dass die Beschwerdeführerin auf den Tod der Schwester mit einer Trauerphase reagiert hat, ist normal und hat keine längerdauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands (mit der Folge einer längerdauernden Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit) ausgelöst. Selbst Dr. D.\_\_\_\_ ist in seinem Bericht vom 5. Januar 2009 implizit von einem unverändert andauernden psychischen Gesundheitszustand ausgegangen. Er hat nämlich durchgehend seit dem Beginn der Behandlung am 26. November 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 75% bei seither unveränderter Diagnose angegeben (vgl. IV-act. 46).

3.5 Die Beschwerdegegnerin hat geltend gemacht, dass bei einer solchen Diagnose rechtsprechungsgemäss von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer der körperlichen Beeinträchtigung angepassten Hilfsarbeit auszugehen sei, da die Beschwerdeführerin trotz der von den Gutachtern festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 25% mittels einer zumutbaren Willensanstrengung zu 100% arbeiten könnte. Belastende psychosoziale Faktoren mit dementsprechend depressiven Verstimmungszuständen begründeten keine Invalidität im Sinn von Art. 8 Abs. 1 ATSG, weshalb die vom psychiatrischen Gutachter diagnostizierte depressive Störung nicht invalidisierend sei, zumal es sich nicht um ein selbständiges, von der Schmerzstörung losgelöstes Leiden handle. In dem von der Beschwerdegegnerin erwähnten Urteil vom 7. August 2009 (8C\_285/2009, Erw. 3.31) hat das Bundesgericht festgestellt, dass eine Kombination aus einer somatoformen Schmerzstörung und aus einer leichten depressiven Episode keine Arbeitsunfähigkeit bewirke, wenn nicht weitere Umstände vorhanden seien, die geeignet seien, die Vermutung der willentlichen Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zu widerlegen. Das muss erst recht für jene Fälle gelten, in denen die leichte depressive Episode selbständig auftritt. Im vorliegenden Fall fehlt es an einer psychischen Komorbidität. Die chronischen körperlichen Beeinträchtigungen sind seit längerer Zeit unverändert. Sie wirken sich gemäss den überzeugenden Angaben des rheumatologischen Gutachters nicht auf die



Arbeitsfähigkeit aus und sie sind nicht so belastend, dass sie eine Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung verunmöglichen oder auch nur beeinträchtigen würden. Von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug kann nicht gesprochen werden, ein primärer Krankheitsgewinn liegt nicht vor und die Therapiebemühungen sind nicht endgültig gescheitert. Die Beschwerdeführerin ist also jedenfalls für die Zeit ab der Begutachtung zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung als zu 100% arbeitsfähig zu qualifizieren sei. Für die Zeit davor haben die Gutachter keine explizite Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben, da es viele Situationen gegeben habe, in denen die Diagnose schlimmer hätte sein können. Nun hat Dr. D.\_\_\_\_ aber eine seit dem Behandlungsbeginn am 28. November 2006 anhaltende 75%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben. Das kann nur so interpretiert werden, dass es keine Situationen gegeben hat, in denen die Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht für längere Zeit stärker beeinträchtigt gewesen wäre als bei der Begutachtung. Im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2007 fehlt für die Zeit ab dem 20. Dezember 2005 ein Hinweis auf eine relevante Einschränkung in somatischer Hinsicht. Demnach steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit ab dem frühestmöglichen Beginn eines Rentenanspruchs (aArt. 29 Abs. 1 lit. b i.V.m. aArt. 48 Abs. 2 Satz 1 IVG: zwölf Monate vor der Anmeldung am 20. November 2006, also ab 1. November 2005) nicht in einem rentenbegründeten Ausmass arbeitsunfähig gewesen ist.

3.6 Da für das Validen- und das Invalideneinkommen von ein und demselben Zentralwert der Tabelle TA1 im Anhang zu der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung auszugehen ist, kann sich der Einkommensvergleich auf einen sogenannten Prozentvergleich beschränken. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100% kann unter diesen Umständen nur aus einem allfälligen zusätzlichen Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen eine Invalidität resultieren. Mit diesem zusätzlichen Abzug wird den Nachteilen einer in ihrer Gesundheit beeinträchtigten Person Rechnung getragen, die nicht direkt aus der Arbeitsunfähigkeit, sondern indirekt aus allfälligen Konkurrenznachteilen gegenüber gesunden Arbeitnehmern resultieren. Ein rein ökonomisch denkender Arbeitgeber würde die Beschwerdeführerin nämlich trotz des Arbeitsfähigkeitsgrads von 100% nicht zum gleichen Lohn wie eine gesunde Hilfsarbeiterin anstellen, denn ihre



Beschäftigung wäre mit einem erhöhten Risiko von Krankheitsabsenzen verbunden und sie könnte nicht ohne weiteres an anderen, nicht adaptierten Arbeitsplätzen eingesetzt werden, wenn dort eine Absenz aufträte usw. Keinen Nachteil hätte die Beschränkung auf körperlich leichte Tätigkeiten zur Folge, denn es gibt keinen statistischen Nachweis dafür, dass körperlich anspruchsvolle Hilfsarbeiten besser entlohnt würden als körperlich leichte Hilfsarbeiten. Die Nachteile der Beschwerdeführerin sind nicht schwerwiegend, aber sie müssten doch durch einen Minderverdienst kompensiert werden, damit die Beschwerdeführerin die gleichen Chancen auf eine Anstellung hätte wie eine gesunde Hilfsarbeiterin. Die Grenze des zusätzlichen Abzugs liegt bei 25%. Angesichts der geringen Nachteile der Beschwerdeführerin erscheint ein Abzug von 5% als gerechtfertigt. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100% ergibt der Einkommensvergleich in der verkürzten Form des Prozentvergleichs also einen Invaliditätsgrad von 5%. Selbst wenn man von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von lediglich 75% ausginge und einen zusätzlichen Abzug von 5% gewährte, würde der Invaliditätsgrad die Grenze von 40% nicht erreichen. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch also auf jeden Fall zu Recht abgewiesen.

4.

Die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2010 trägt die Überschrift: Kein Anspruch auf berufliche Massnahmen. Das Gesetz über die Invalidenversicherung kennt eine breite Palette von beruflichen Eingliederungsmassnahmen. Die angefochtene Verfügung äussert sich nicht dazu, auf welche dieser Eingliederungsmassnahmen sie sich bezieht. Die Akten der Beschwerdegegnerin, insbesondere das Beratungsprotokoll der Eingliederungsberaterin (vgl. IV-act. 48), zeigen, dass sich das entsprechende Verwaltungsverfahren auf die Arbeitsvermittlung (Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG) beschränkt hat. Das Dispositiv der angefochtenen Verfügung lautet auf Abweisung des Leistungsbegehrens, aber in der Verfügungsbegründung ist die Rede von der Einstellung der Eingliederungsmassnahmen. Korrekt ist das Verfügungsdispositiv, denn die Eingliederungsberaterin hat die Beschwerdeführerin nie dazu gebracht, bei der Arbeitsvermittlung mitzuwirken. Deshalb sind auch keine Arbeitsvermittlungsbemühungen erfolgt. Entgegen dem Eindruck, den die in der Verfügungsbegründung verwendete Formulierung erweckt, ist also nie mit einer Arbeitsvermittlung begonnen worden, die nun mit der angefochtenen Verfügung



revisionsweise hätte eingestellt werden müssen. Die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren abgewiesen, weil die Beschwerdeführerin von Anfang an subjektiv gar nicht vermittlungsfähig gewesen ist. Die Beschwerdeführerin hat die Mitwirkung bei der Stellensuche verweigert und es ist davon auszugehen, dass sie eine ihr angebotene offene Stelle gar nicht angetreten hätte. Die Beschwerdeführerin hat denn auch nachträglich (vgl. act. G1 S. 11) eingeräumt, dass sie sich für auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr einsetzbar halte. Die angefochtene Abweisungsverfügung erweist sich somit als rechtmässig.

5.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen sind die Beschwerden gegen die beiden Verfügungen vom 15. und vom 16. Februar 2010 abzuweisen. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG), weshalb das entsprechende Begehren abzuweisen ist. Die Beschwerdeverfahren in IV-Sachen sind kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Zwar liegen zwei Beschwerdeverfahren vor. Die gemeinsame Verfahrensleitung und die Erledigung in einem Urteil haben den Verfahrensaufwand so tief gehalten, dass es sich rechtfertigt, von einem durchschnittlichen Aufwand für ein einziges Beschwerdeverfahren auszugehen und die Gerichtsgebühr praxisgemäss auf Fr. 600.- festzusetzen. Diese Gebühr ist durch den Kostenvorschuss im gleichen Betrag gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr 600.- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.