



**Fall-Nr.:** IV 2013/32  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 12.05.2020  
**Entscheiddatum:** 20.02.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 20.02.2015**

**Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Würdigung medizinischer Gutachten. Bemessung der Invalidität mittels Prozentvergleichs (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Februar 2015, IV 2013/32).**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Evelyn Heiniger

#### **Entscheid vom 20. Februar 2015**

in Sachen

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente**



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im März 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, seit 2007 an Depressionen zu leiden. Der behandelnde Arzt, med. pract. B.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie FMH, hatte der Versicherten am 20. März 2009 eine seit mindestens anfangs Dezember 2008 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 3). In einem ersten Telefongespräch mit einer Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes Ostschweiz (RAD) gab er an, die Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.2). Sie befinde sich in ambulanter fachpsychiatrischer Behandlung (mit Antidepressiva); der Gesundheitszustand sei instabil. Die Versicherte habe wiederholt Suizidgedanken. Anamnestisch habe sie bereits seit zwei Jahren schwere depressive Episoden. Aus Scham, Angst und der Hoffnung, es selbst bewältigen zu können, habe sie aber damals noch keinen Arzt aufgesucht (IV-act. 14).

A.b Vom 9. bis 26. November 2009 war die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-act. 33-2). Dort wurde ihr eine schwere depressive Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen (ICD-10: F32.3) und Störungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (F13.2) diagnostiziert. Die Versicherte befinde sich in einem sehr depressiven Zustand mit immer wieder auftretenden suizidalen Gedanken und fraglichen psychotischen Symptomen. Die Ärzte hielten einen fort dauernden Aufenthalt in der Klinik oder eine Weiterbehandlung in der Psychiatrischen Tagesklinik für angezeigt. Eine weitere psychiatrisch/ psychotherapeutische Behandlung sei dringend zu empfehlen. Als Übergangslösung sei die psychiatrische Spitex organisiert worden.

A.c Vom 8. März bis 21. Mai 2010 erfolgte eine teilstationäre Behandlung in der Psychiatrischen Tagesklinik D.\_\_\_\_ (IV-act. 37). Die behandelnden Ärzte teilten mit, die Versicherte leide an einem depressiven Zustandsbild mit Erschöpfung, rascher Ermüdbarkeit, Antriebsmangel, Freudlosigkeit und z.T. Hoffnungslosigkeit, Energieverlust und geringer Belastbarkeit. Falls durch das Weiterführen der



medikamentösen und psychiatrischen Behandlung eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht werden sollte, könne zumindest mit einem teilweisen Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Die Versicherte wünsche sich wieder eine Arbeit, aktuell glaube sie jedoch nicht, dass dies möglich sein werde. Diese Hoffnungslosigkeit sei als Symptom der Depression zu interpretieren (IV-act. 37-2). Bei Austritt habe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden (vgl. dazu auch der Austrittsbericht, act. 70-8).

A.d Am 4. Oktober 2010 wurde der Versicherten mitgeteilt, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes aktuell keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 41).

A.e Am 16. und 18. Mai 2011 wurde die Versicherte in der MEDAS Ostschweiz polydisziplinär begutachtet (IV-act. 55). Der psychiatrische Sachverständige, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt fest, zum Untersuchungszeitpunkt habe eine mittelgradige- / bis zum Teil schwere depressive Symptomatik im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung mit deutlichen Stimmungsschwankungen, deutlicher Antriebsminderung, innerer Unruhe, Selbstzweifeln, Mutlosigkeit, vermehrter Erschöpfbarkeit, verminderter Ausdauer, zum Teil Ängsten und auch Schlafstörungen festgestellt werden können. Für das Vorliegen einer psychotischen Symptomatik hätten sich keine ausreichenden Hinweise gefunden (IV-act. 55-8). Der psychiatrische Gutachter stellte folgende Diagnosen:

"- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptomatik (ICD-10: F33.2)

- Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, abhängigen und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.1)."

Seit Dezember 2008 sei bei instabilem Gesundheitszustand von einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 50-100% auszugehen. Bei aktuell weiterhin instabilem Gesundheitszustand sei die Arbeitsfähigkeit auch in einer adaptierten Tätigkeit derzeit hochgradig herabgesetzt (bei 70-100%). Eine Behandlung im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar. Der



## St.Galler Gerichte

rheumatologische Gutachter stellte bei normaler Wirbelsäulenstatik, normalem Bewegungsausmass der Halswirbelsäule und frei beweglichen Gelenken, eine generalisierte tendomyotische Druckempfindlichkeit fest (IV-act. 55-6). Dieses unspezifische myofasziale Schmerzsyndrom habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter empfahlen eine Nachbegutachtung nach durchgeführter stationärer und anschliessend fortgeführter ambulanter psychotherapeutischer Behandlung inkl. Optimierung der Psychopharmakotherapie in etwa sechs bis neun Monaten (IV-act. 55-14).

A.f Vom 7. Juni bis 1. Juli 2011 wurde die Versicherte auf der Kurzzeittherapiestation des Psychiatrischen Zentrums D.\_\_\_\_ stationär behandelt (IV-act. 67). Es wurde der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0) geäussert. Die Versicherte habe von bedrohlichen Stimmen berichtet. Sie sehe auch schreckliche Bilder. Die Ärzte hielten fest, der Antrieb sei stark vermindert, der Affekt deprimiert mit beeinträchtigtem Vitalgefühl. Die Versicherte sei wenig schwingungsfähig. Es bestehe ein deutlicher sozialer Rückzug. Die Versicherte leide an Durchschlafstörungen mit Alpträumen. Die Ärzte empfahlen dringend einen weiteren stationären Aufenthalt mit medikamentöser Einstellung. Die Versicherte sei gegen ärztlichen Rat auf eigenen Wunsch ausgetreten. Bei Austritt habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

A.g Am 22. Juli 2011 wurde die Versicherte auf ihre Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht hingewiesen (IV-act. 57). Sie habe sich einer 8-12 wöchigen stationären psychiatrischen Behandlung mit nachfolgender weiterer ambulanter Behandlung zu unterziehen.

A.h Vom 3. August bis 2. September 2011 war die Versicherte erneut im Psychiatrischen Zentrum D.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-act. 62). Die Ärzte berichteten, bei Eintritt seien die bedrohlichen, imperativen Stimmen weiterhin sehr einschränkend gewesen. Schwerpunkt der Behandlung sei die Fortführung und Umstellung der antipsychotischen Medikation gewesen. Unter der Medikation mit Seroquel habe sich eine langsame Verbesserung des Stimmenhörens eingestellt. Bei Austritt sei die Versicherte aber weiterhin in einem reduzierten Allgemeinzustand gewesen. Das Stimmenhören sowie die teilweise auch optischen Halluzinationen hätten



## St.Galler Gerichte

fortbestanden. Sie habe sich in einer depressiven Stimmungslage befunden. Die Arbeitsunfähigkeit habe bei 100% gelegen.

A.i Am 22. Februar 2012 berichtete med. pract. B.\_\_\_\_, trotz der stationären Behandlungen habe sich am Gesundheitszustand nichts geändert. Die Symptomatik – schwer depressiv und psychotisch – sei nach wie vor gleich. Die Versicherte sei nicht mehr in der Lage ihren Alltag alleine zu bewältigen. Sie werde mit grosser Wahrscheinlichkeit zu 100% arbeitsunfähig bleiben. Die Behandlung habe zusammen mit der medikamentösen Therapie das Ziel, ein labiles Gleichgewicht aufrecht zu erhalten und eine akute Suizidalität zu verhindern (IV-act. 70-3).

A.j Der RAD ordnete daraufhin eine Verlaufsbeurteilung bei Dr. E.\_\_\_\_ an (IV-act. 71), die am 12. Juli 2012 durchgeführt wurde (IV-act. 75). In seinem Verlaufsgutachten hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, das als einziges nicht zur depressiven Symptomatik passende Symptom des Stimmenhörens, habe aus gutachterlicher Sicht bei der aktuellen Untersuchung nicht im eigentlichen Sinne psychotisch gewirkt. Auch weitere schizophrene Symptome hätten nicht festgestellt werden können. Aus gutachterlicher Sicht könne die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie deshalb nicht bestätigt werden. Insbesondere histrionische Persönlichkeitszüge könnten erfahrungsgemäss zu sehr dramatischen, vielgestaltigen Beschwerdeschilderungen über etwaige Krankheitssymptome führen. Die aktuell vorliegende psychische, depressive Symptomatik stelle sich als gebessert bzw. bei adäquater insbesondere konsequenter Behandlung als voraussichtlich noch weiter besserungsfähig dar. Eine weitere konsequente und intensive Fortführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei unbedingt zu empfehlen. Die Versicherte zeige auch verschiedene gute Ressourcen. Sie sei in der Lage, den Haushalt mit gewisser Unterstützung zu bewältigen. Sie pflege wenige, aber intensive Kontakte und kümmere sich um ihre Söhne. Derzeit würden in etwa mittelgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit bestehen. Zudem seien die Stress- und Frustrationstoleranz sowie die Konfliktfähigkeit vermindert und das Abgrenzungsvermögen etwas eingeschränkt. In der angestammten Tätigkeit sowie adaptiert bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 50% mit noch möglicher weiterer Besserungstendenz (IV-act. 75-15).



## St.Galler Gerichte

A.k Der RAD-Arzt war der Ansicht, das Gutachten sei insgesamt vollständig und konsistent, womit darauf abgestellt werden könne. Die Versicherte sei als Raumpflegerin zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 76).

A.l In einer internen Notiz vom 1. Oktober 2012 hielt der Rechtsdienst fest, Z-Codierungen werde keine invalidisierende Wirkung zugebilligt. Die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode / depressive Störung leite sich aus einer ganzen Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren ab. Rechtsprechungsgemäss könne somit die depressive Störung nicht als invalidisierend anerkannt werden. Im Übrigen aggraviere die Versicherte und es werde eine Rentenbegehrlichkeit erwähnt. Gestützt auf die Aktenlage sei ein Rentenanspruch nicht ausgewiesen (IV-act. 77).

Dementsprechende kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2012 an, sie werde das Rentengesuch der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% ablehnen (IV-act. 80).

A.m Am 26. November 2012 erhob die procap St. Gallen-Appenzell für die Versicherte Einwand (IV-act. 83). Es wurde die Zusprache von beruflichen Massnahmen und einer Teilrente beantragt. Der psychiatrische Gutachter habe in beiden Gutachten eine 50-100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2008 attestiert. Es sei nicht nachvollziehbar, wieso die IV-Stelle die medizinischen Fakten nicht akzeptiere, obwohl die beiden Gutachten unter Berücksichtigung der Rechtsprechung erstellt worden seien. Der Gutachter habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Schätzung der Arbeitsunfähigkeit alleine auf IV-relevanten Faktoren basiere.

A.n Mit Verfügung vom 30. November 2012 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid (IV-act. 85).

B.

B.a Am 21. Januar 2013 erhob der Rechtsvertreter der Versicherten Beschwerde und stellte den Antrag, die Verfügung vom 30. November 2012 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G 1). Zur Begründung führte er an, der Gutachter habe der Beschwerdeführerin für



die Zeit zwischen 2008 und 2011 eine schwankende Arbeitsunfähigkeit von 50%-100% attestiert. Ab September 2011 liege eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Der RAD habe das Gutachten bestätigt und festgehalten, dass ein stabiler Gesundheitszustand bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% vorliege. Die Diagnose einer Depression mittelgradigen bis schweren Ausmasses, die grundsätzlich Anspruch auf eine Invalidenrente geben würde, sei durch diverse psychiatrische Spezialisten festgestellt worden. Der Rechtsdienst habe sich dann in seiner kurzen Begründung ohne weitere Überprüfung auf den Standpunkt gestellt, dass es sich vorliegend um eine Diagnose handle, die nicht zu einer Rente berechtige. Es handle sich vorliegend aber weder um eine somatoforme Schmerzstörung noch um eine Fibromyalgie, sondern klarerweise um eine Depression mittelschweren- bis schweren Ausmasses. Dass im Gutachten auch psychosoziale Faktoren erwähnt würden, führe nicht dazu, dass es sich nicht um eine rentenbegründende Invalidität handle. Die Beschwerdegegnerin habe wiederholt weitere Abklärungen getätigt und der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente ab Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei gar nicht geprüft worden.

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, vorliegend seien praktisch ausschliesslich psychosoziale Umstände auszumachen. Es sei offensichtlich, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr gedenke, ins Erwerbsleben einzusteigen, zumal sie einen zu grossen Schuldenberg abzutragen habe. Es bestehe ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn und eine zu einem guten Teil über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende Tendenz zu Aggravation sowie ein dysfunktionales Krankheits- und Vermeidungsverhalten, das von den Familienangehörigen unterstützt bzw. akzeptiert werde. Hier sei auch das im Gutachten erwähnte Wetteifern der Schwestern um eine Rente zu erwähnen. Beruhe die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder ähnlichen Konstellationen, liege regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Z-Codierungen fielen nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens und mittelschwere psychische Störungen gälten als therapeutisch angebar. Der Gutachter habe festgehalten, dass bei adäquater und konsequenter Behandlung von einer Verbesserung ausgegangen werden könne. Die Beschwerdeführerin lege aber eine ambivalente Therapiemotivation an den Tag.



## St.Galler Gerichte

B.c Am 6. März 2013 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege entsprochen (act. G 7).

B.d Mit Replik vom 22. April 2013 machte der Rechtsvertreter geltend, die psychosozialen Faktoren würden die psychiatrische Diagnose nicht in einem wesentlichen Ausmasse mitbestimmen. Dr. E. \_\_\_ habe die vorliegenden psychosozialen Faktoren benannt und diese nicht in seine Beurteilung einbezogen. Die Z-Diagnosen seien lediglich Nebendiagnosen. Die Hauptdiagnose sei die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt. Ab Dezember 2009 bis September 2011 sei der Beschwerdeführerin eine ganze Rente zuzusprechen. Ab September 2011 (bzw. nach den Kriterien der gesundheitlichen Veränderung drei Monate danach) müsse der Beschwerdeführerin bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%, mindestens eine halbe Rente zugesprochen werden.

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet.

### **Erwägungen:**

1.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, SR 830.1 [ATSG]), das heisst der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach ärztlicher Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).



1.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Für die Bemessung des Invaliditätsgrades sind die zuständige Behörde und später das Gericht auf von den Ärzten zur Verfügung zu stellende Unterlagen angewiesen. Aufgabe der Ärzte ist es denn auch, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261, E. 4 mit weiteren Hinweisen). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung dürfen sich Verwaltung und Gericht weder über die medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen, noch sind die ärztlichen Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer sozialversicherungsrechtlichen Tragweite zu übernehmen. Die rechtsanwendende Behörde hat sorgfältig zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus, unbeachtlich sind (BGE 130 V 356, E. 2.2.5).

1.4 Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung können psychische Beeinträchtigungen der Gesundheit in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG bewirken (BGE 139 V 562, E. 7.1.4, Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2007, I 290/06, E. 4.2.1). Ein geistiger oder psychischer Gesundheitsschaden liegt dann vor, wenn aufgrund eines Geburtsgebrechens, eines Unfalles oder einer Krankheit eine bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der mentalen, intellektuellen, kognitiven oder emotionalen Funktionen besteht, welche durch therapeutische Massnahmen nicht



ausreichend behoben werden kann und die Arbeitsfähigkeit langdauernd vermindert oder verunmöglicht (Kreisschreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz. 1007). Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, welches schlüssig von einem Facharzt festgestellt wird und nachweislich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C\_537/2011, E. 3.2). Das klinische Beschwerdebild darf nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, die von den belastenden soziokulturellen und psychosozialen Faktoren herrühren, sondern es hat davon unterscheidbare Befunde zu umfassen, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenzustand. Damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann, muss eine von soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegen (Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2011, 8C\_302/2011, E. 2.5.1).

2.

2.1 Im Dezember 2008 begab sich die Beschwerdeführerin erstmals in psychiatrische Behandlung. Der behandelnde Psychiater beurteilte sie zum damaligen Zeitpunkt, unter antidepressiver Medikation, als zu 100% arbeitsunfähig. Auch die Ärzte der Psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ und des Psychiatrischen Zentrums D.\_\_\_\_ schätzten die Beschwerdeführerin als schwer depressiv und nicht arbeitsfähig ein. Der psychiatrische Gutachter hielt im ersten Gutachten zunächst ebenfalls fest, die Arbeitsfähigkeit sei hochgradig herabgesetzt und die Einschränkung bewege sich zwischen 70-100%. Die schwere depressive Symptomatik im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung verursache deutliche Stimmungsschwankungen, eine deutliche Antriebsminderung, innere Unruhe, Selbstzweifel, Mutlosigkeit, vermehrte Erschöpfbarkeit, verminderte Ausdauer, mit Ängsten und Schlafstörungen. Es gebe zwar möglicherweise Hinweise auf Aggravation, es bestehe aber dennoch ein ernst zu nehmendes, relativ schweres psychiatrisches Krankheitsbild, dass zunächst adäquat und konsequent behandelt werden müsse. In seiner Verlaufsbeurteilung kam Dr. E.\_\_\_\_ dann zum Schluss, es könne ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn und



eine über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende Tendenz zu Aggravation festgestellt werden. Er benannte diverse psychosoziale Faktoren, die für die Beschwerden eine Rolle spielen würden, hielt aber gleichzeitig fest, dass er als Gutachter seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Ausklammerung dieser Aspekte vorzunehmen habe. Das von den behandelnden Ärzten verwendete biopsychosoziale Krankheitsmodell, das die psychosozialen Belastungsfaktoren in die Arbeitsfähigkeitsschätzung mit einbeziehe, sei denn auch der Grund, weshalb die Behandler zu einer höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelangt seien. Seit Entlassung der Beschwerdeführerin aus der stationären Behandlung im September 2011 sei aus gutachterlicher Sicht und nach IV-rechtlichen Kriterien von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

2.2 Die beiden psychiatrischen Gutachten erscheinen insgesamt als vollständig und konsistent. Die gesamte Krankengeschichte wurde erfasst und die relevanten Vorbefunde berücksichtigt und gewürdigt. Gestützt auf eigene Beobachtungen und Untersuchungen erfolgte eine Diagnose und eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter nahm Stellung zur angestammten Tätigkeit und umschrieb ideal adaptierte Tätigkeiten. Abschliessend wurden Therapievorschläge aufgezeigt. Die aus der Darstellung der Situation abgeleitete Arbeitsfähigkeitsschätzung ist gut und nachvollziehbar begründet, so dass darauf abgestellt werden kann. Auch der RAD-Arzt hat sich der Einschätzung des Gutachters von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit angeschlossen.

2.3 Im ersten Gutachten hatte Dr. E.\_\_\_\_ noch eine rezidivierende depressive Störung aktuell schwer ausgeprägt, festgestellt. Die Arbeitsfähigkeit sei hochgradig herabgesetzt. Ab September 2011 hielt er einen 50%igen Arbeitsfähigkeit für gegeben. In seiner Verlaufsbeurteilung stellte er dann fest, dass sich die depressive Symptomatik unter der Behandlung leicht gebessert hatte und aktuell "nur" noch mittelgradig war. Unter Berücksichtigung dieser Einschätzung ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab Dezember 2009 bis August 2011 zu 100% arbeitsunfähig war. Ab September hat eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50% vorgelegen. Unter diesen Voraussetzungen steht ein möglicher Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zur Diskussion.

3.



3.1 Es gilt der Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, Vorbemerkungen, N 47); deshalb ist zunächst zu prüfen, ob allenfalls berufliche Massnahmen notwendig sind. Die Berechnung des Invaliditätsgrades setzt in Anwendung von Art. 7 f. und 16 ATSG sowie Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG die Durchführung sämtlicher Eingliederungsmassnahmen voraus, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern und dadurch den Invaliditätsgrad zu vermindern. Kann mittels geeigneter und zumutbarer beruflicher Eingliederungsmassnahmen eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit bewirkt werden, besteht eine Pflicht zur Durchführung der entsprechenden Massnahmen. Die IV-Stelle und die versicherte Person sind verpflichtet, alle beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, die geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern und damit den Invaliditätsgrad zu verringern.

3.2 Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt und vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung als Hilfsarbeiterin gearbeitet. Eine rentenrelevante berufliche Eingliederung müsste also in einer qualifizierten Berufsausbildung (sog. höherwertige Umschulung) bestehen, da bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% nur ein deutlich über dem durchschnittlichen Hilfsarbeiterinneneinkommen liegendes Lohnniveau eine Erwerbseinbusse von weniger als 50%, idealerweise sogar von weniger als 40%, ergeben würde. Da die Beschwerdeführerin allein schon aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in der Lage ist, sich erfolgreich in einen qualifizierten Beruf umschulen zu lassen, kann eine entsprechende berufsberaterische Abklärung ihrer Fähigkeiten unterbleiben. Demnach besteht keine berufliche Eingliederungspflicht im Sinne des Grundsatzes der "Eingliederung vor Rente". Die Beschwerdeführerin hat aber gemäss Art. 18 IVG einen Anspruch auf eine – nicht unter diesen Grundsatz fallende und demnach auch nicht zum Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens gehörende – Unterstützung bei der Arbeitssuche.

4.

Nach dem Gesagten ist nun nachfolgend konkret zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente hat.



4.1 Vor ihrer Erkrankung hat die Beschwerdeführerin mit ihrem Ex-Ehemann ein Restaurant geführt und war im Hotel F.\_\_\_\_ als Raumpflegerin tätig gewesen. Sie ist in der Zwischenzeit geschieden worden und hat zusammen mit ihrem Ex-Ehemann einen grossen Schuldenberg abzutragen. Eine Tätigkeit von weniger als 100% erscheint damit als nicht wahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100% erwerbstätig wäre. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist somit anhand eines reinen Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) zu ermitteln.

4.2 In der Regel wird für die Bestimmung des Valideneinkommens auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt. Das von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Einkommen setzte sich aus ihrem Verdienst aus der Tätigkeit im Gastwirtschaftsbetrieb des Ex-Ehemannes und der Tätigkeit im Hotel F.\_\_\_\_ zusammen. Da das selbst geführte Restaurant bald darauf Konkurs ging, kann darauf aber nicht abgestellt werden. Bei dem Verdienst im Hotel F.\_\_\_\_ hat es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um ein Einkommen gehandelt, das die valide Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgebildet hätte. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus arbeitsmarktlichen Zwängen heraus eine bezogen auf den Zentralwert der Löhne aller Branchen unterdurchschnittlich entlohnte Stelle angenommen hat. Zur Bemessung der validen Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist daher der statistische Durchschnittslohn aller Branchen gemäss der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen. Die Beschwerdeführerin ist als Hilfsarbeiterin zu qualifizieren. Da für die Berechnung des Invalideneinkommens auf denselben Tabellenlohn abzustellen ist, sind die beiden zu vergleichenden Einkommen identisch, so dass ein Prozentvergleich vorzunehmen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 552/04 E. 3.4 vom 8. Juni 2005 und I 479/03 E. 3.1 vom 19. November 2003).

4.3 Die Tabellenlöhne basieren auf den Einkommen gesunder Arbeitnehmer. Als in ihrer Gesundheit beeinträchtigte Arbeitnehmerin hat die Beschwerdeführerin mit indirekten Wettbewerbsnachteilen zu rechnen. Dieser Tatsache ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen. Im vorliegenden Fall erscheint ein Abzug von 15%



als gerechtfertigt, denn ein potentieller Arbeitgeber hätte mit überdurchschnittlich vielen Krankheitsabsenzen der Beschwerdeführerin zu rechnen. Deren Arbeitseinsatz wäre zudem schlecht planbar, da aufgrund der Art der psychischen Beeinträchtigung mit einer von Tag zu Tag schwankenden quantitativen und qualitativen Arbeitsleistung zu rechnen wäre. Hinzu käme ein überdurchschnittliches Bedürfnis der Beschwerdeführerin nach Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten und der Mitarbeiter. Bei einer Einschränkung von 50% und einem Abzug von 15% resultiert ein Invaliditätsgrad von 57.50%.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin hat sich im März 2009 zum Leistungsbezug angemeldet. Damit kann ihr Anspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nach Ablauf von sechs Monaten frühestens im September 2009 entstanden sein. Nachdem sich die Beschwerdeführerin erstmals im Dezember 2008 in psychiatrische Behandlung begeben hat und der behandelnde Arzt sie ab diesem Zeitpunkt für 100% arbeitsunfähig erklärte, ist davon auszugehen, dass der Beginn des Wartejahrs gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG auf Dezember 2008 festzulegen ist. Unter Berücksichtigung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG hat die Beschwerdeführerin damit ab Dezember 2009 Anspruch auf eine ganze Rente.

5.2 Laut psychiatrischem Verlaufsgutachten bestand ab September 2011 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit für die Herabsetzung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Unter analoger Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ist demnach die ganze Rente per 1. Dezember 2011 auf eine halbe Rente herabzusetzen.

5.3 Die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch der Beschwerdeführerin demnach zu Unrecht abgewiesen. Die Verfügung vom 30. November 2012 ist aufzuheben und der Beschwerdeführerin ist rückwirkend für die Zeit ab Dezember 2009 bis November



2011 eine ganze Rente zuzusprechen. Ab Dezember 2011 hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Rente.

6.

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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend beurteilten Angelegenheit als angemessen und ist von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen. Die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die praxisgemäss auf Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgelegt wird.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen.
2. Die Verfügung vom 30. November 2012 wird aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird ab Dezember 2009 bis November 2011 eine ganze Rente und ab Dezember 2011 eine halbe Rente zugesprochen; zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu tragen.
4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.