



**Fall-Nr.:** IV 2014/372  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.10.2019  
**Entscheiddatum:** 14.07.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.07.2016**

**Art. 7 ATSG, Art. 28 IVG: Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens trotz von den vorbehandelnden Ärzten abweichender diagnostischer Beurteilung bejaht. Anwendung der geänderten Rechtsprechung betreffend somatoformer Schmerzstörungen und gleichgestellter organisch nicht objektivierbarer Beschwerden: die gutachterliche Schätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt die massgeblichen Indikatoren zur Überwindbarkeit der diagnostizierten Neurasthenie. Auf das Gutachten ist abzustellen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Juli 2016, IV 2014/372).**

Besetzung

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2014/372

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 22. März 2012 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab dabei an, seit Oktober 2011 an einer mittelgradigen depressiven Episode zu leiden (IV-act. 1). Die Versicherte arbeitete vom 21. März 2011 bis 30. Juni 2012 als Aushilfsmitarbeiterin Kabelkonfektion bei der B.\_\_\_\_ AG; sie war vom 21. September bis 31. Oktober 2011 zu 100 %, vom 1. November bis 31. Dezember 2011 zu 50 % und vom 1. bis 31. Januar 2012 zu 30 % krankgeschrieben (IV-act. 14-1 ff.; vgl. auch Fremddakten: Bericht des Psychiatrie-Zentrums C.\_\_\_\_ vom 16. März 2012).

A.b Die Versicherte wurde ab dem 22. September 2011 im Psychiatrie-Zentrum C.\_\_\_\_ ambulant behandelt. Vom 6. bis 28. März 2012 und vom 4. bis 25. Juni 2012 wurde sie in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ stationär und dazwischen wiederum ambulant behandelt (Arztbericht des Psychiatrie-Zentrums vom 18. Juli 2012, IV-act. 18; Berichte Psychiatrie-Zentrum an den Krankenversicherer vom 29. November 2011, vom 16. März 2012 und vom 4. Juni 2012, Fremddakten). Der Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2012 zählt als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F 33.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F 13.2) auf. Die Versicherte habe angegeben, zunehmend vergesslich und verwirrt zu sein und sich im Alltag nicht mehr zurecht zu finden. Sie leide an einer bekannten rezidivierenden depressiven Störung und einer bekannten chronischen Schmerzsymptomatik. Sie sei aufgrund einer depressiven Symptomatik mit ausgeprägten Ängsten und zunehmendem Konsum von Lorazepam freiwillig eingetreten. Der Austritt sei aufgrund gesundheitlicher Probleme ihrer Tochter vorzeitig erfolgt (IV-act. 48-8 ff.). Das Psychiatrie-Zentrum hielt am 18. Juli 2012 fest, die aktuelle



## St.Galler Gerichte

ambulante Behandlung umfasse bisher eine Sitzung am 13. Juli 2012. Als Produktionshelferin sei die Versicherte aufgrund einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.21), bestehend seit September 2011, zu 100 % arbeitsunfähig. Die Versicherte sei psychomotorisch sehr unruhig und agitiert. Es seien eine ausgeprägte Tendenz zur Katastrophisierung sowie deutliche Störungen der Auffassung, Konzentration, Anpassungsfähigkeit und des Durchhaltevermögens vorhanden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden seit mindestens Dezember 2012 (richtig wohl: 2011) Störungen durch Sedativa / schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1). Eine (weitere) stationäre Behandlung sei dringend notwendig (IV-act. 18).

A.c Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 17. August 2012 mit, zurzeit seien aufgrund des Gesundheitszustands keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 24).

A.d Anlässlich eines weiteren stationären Aufenthaltes vom 27. August bis 11. Oktober 2012 in der Klinik D.\_\_\_\_ wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2), eine Panikstörung (ICD-10: F41.0) sowie eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2) diagnostiziert. Nach anfänglicher Stabilisierung im Anschluss an den vorhergehenden stationären Aufenthalt im Juni 2012 sei es nach der Entlassung rasch wieder zu einer Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen. Beim Austritt sei die Grundstimmung zwar deutlich besser gewesen als beim Eintritt, aber immer noch leicht gedrückt bei deutlich in beide Richtungen auslenkbarem Affekt (IV-act. 28, undatierter Bericht).

A.e Dr. med. E.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 24. Januar 2013, der Bewegungsablauf der Versicherten sei sehr eingeschränkt und schmerzverzogen. Ein eindeutiges Defizit lasse sich vor allem mittels der Röntgenbilder quantifizieren. Es bestehe eine deutliche kyphotische Knickbildung in Inklination auf Niveau C5/6 und C6/7 mit erheblicher Chondrose und Bandscheiben-Höhenminderung mit punctum maximum C6/7. Im LWS-Bereich bestehe eine angedeutete Instabilität L3/4, und es sei eine deutliche spondylarthrotische Entwicklung von L3/4 und L5/S1 beidseits erkennbar (IV-act. 53-8



f.). MR-Aufnahmen der HWS und LWS vom 5. Februar 2013 zeigten in LWK 3/4 eine ausgeprägte linksausladende Bandscheibenprotrusion mit gut möglicher radikulitischer Reizung der Wurzel sowie eine chronische spondylochondrotische Reaktion, eine leichte Facettenarthrose rechts LWK 4/5 sowie eine linksausladende Bandscheibenprotrusion in LWK 4/5 ohne Einengung der Neuroforamina (IV-act. 53-2 f.; Spital F.\_\_\_\_, Bericht vom 5. Februar 2013).

A.f Vom 6. bis 21. Februar 2013 wurde die Versicherte in der Klinik G.\_\_\_\_, psychiatrische Dienste H.\_\_\_\_, stationär behandelt. Es wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und als Nebendiagnosen psychische Störung und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F13.2) sowie eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41.0) festgestellt. Die Versicherte brach die Therapie ab, um sich um ihr Enkelkind zu kümmern (IV-act. 53-10 f.).

A.g Im Verlaufsbericht des Psychiatrie-Zentrums vom 26. April 2013 wurde festgehalten, als Hauptdiagnose liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10: F33.2), vor. Als Nebendiagnosen wurden eine Panikstörung (ICD-10: F41.0), psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F13.20) sowie sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10: R52.2) aufgeführt. Aufgrund der depressiven Symptome und der Angstsymptomatik sei die Versicherte nicht in der Lage, einer Berufstätigkeit nachzugehen. Sie reagiere auf alltägliche Anforderungen mit massiven Überforderungsgefühlen, Panikattacken sowie Überflutungsgefühlen. Gedankenkreisen und übermässige Besorgnis verunmöglichten ihr, sich längere Zeit auf etwas zu konzentrieren. Aufgrund der somatischen Beschwerden (Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen) sei die Versicherte körperlich kaum belastbar. Es bereite ihr Mühe, längere Zeit in derselben Position zu sitzen oder zu stehen oder bestimmte Bewegungen auszuführen (IV-act. 39-1 f., 4 f.).

A.h Während der tagesklinischen Behandlung im Psychiatrie-Zentrum C.\_\_\_\_ wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10: F33.2), eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10: F41), eine psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder



## St.Galler Gerichte

Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F13.2) sowie ein sonstiger chronischer Schmerz (ICD-10: R52.2) diagnostiziert. Die Versicherte habe grosse Mühe bekundet, regelmässig am Programm teilzunehmen. Bei Einlassen auf Problembereiche sei es zu Tremor, Hyperventilation und Zunahme der Schmerzen gekommen. Die Versicherte sei vorzeitig ausgetreten, weil sie sich diskriminiert gefühlt habe (IV-act. 48-5 ff.).

A.i Am 10. Juni 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten wiederum mit, aufgrund des Gesundheitszustandes seien berufliche Massnahmen nicht möglich (IV-act. 44).

A.j Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 25. November 2013 von Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, psychiatrisch begutachtet (Gutachten vom 29. April 2014). Der Gutachter diagnostizierte eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2) sowie eine Neurasthenie (ICD-10: F48.0). Die neurotische Störung (Neurasthenie) und die Benzodiazepinabhängigkeit beeinflussten sich gegenseitig ungünstig. Im angestammten Beruf als Produktionsmitarbeiterin wäre gegenwärtig eine Arbeitstätigkeit von sechs Stunden pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit wäre dabei um 30 % reduziert. Die Gesamtarbeitsfähigkeit in der als angepasst geltenden angestammten Tätigkeit betrage 50 % (IV-act. 63-15, 19 f.).

A.k Gestützt auf eine Stellungnahme des RAD vom 19. Mai 2014 (IV-act. 68) kündigte die IV-Stelle im Vorbescheid vom 20. Mai 2014 eine Abweisung des Leistungsbegehrens an (IV-act. 71). Dagegen erhob die Versicherte am 17. Juni 2014 Einwand und verlangte die Zusprache einer Rente (IV-act. 74).

A.l Mit Verfügung vom 4. Juli 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Gemäss Gutachten von Dr. I. \_\_\_\_, leide die Versicherte an einer Neurasthenie und einer Benzodiazepinabhängigkeit. Die diagnostizierte Neurasthenie sei überwindbar. Die Benzodiazepinabhängigkeit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht als IV-relevant zu werten. Gemäss Gutachten sei davon auszugehen, dass nach erfolgter Behandlung der Suchtstörung (Entzug und Entwöhnung) keine dauerhaften Funktionsdefizite zu erwarten seien (IV-act. 75).

B.



## St.Galler Gerichte

B.a Mit Beschwerde vom 22. August 2014 beantragt A.\_\_\_\_ sinngemäss, die Verfügung vom 4. Juli 2014 sei aufzuheben und ihr seien Rentenleistungen zuzusprechen. Zur Begründung beruft sie sich auf einen Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. August 2014 (act. G 1.2). Daraus ergebe sich eine vom Gutachter abweichende Beurteilung ihrer Beschwerden, weshalb die Sache neu zu beurteilen sei (act. G 1).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Oktober 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vermöge keine Zweifel am Gutachten zu wecken. Der Gutachter habe im Gegensatz zu Dr. J.\_\_\_\_ IV-fremde Einflussfaktoren grossmehrheitlich ausgeschlossen. Der Beschwerdeführerin sei es im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht zumutbar, ihren Benzodiazepinkonsum einzustellen. Die Diagnose betreffend die diesbezügliche Abhängigkeit sei IV-rechtlich daher irrelevant. Die Diagnose der Neurasthenie vermöge praxisgemäss keine Invalidität im Rechtssinne zu begründen. Die Kriterien für ein ausnahmsweises Abweichen von diesem Grundsatz seien nicht erfüllt. Insofern sei aus rechtlicher Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen (act. G 5).

B.c Mit Entscheid vom 16. Oktober 2014 bewilligte die Verfahrensleitung antragsgemäss die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 6).

B.d Die Beschwerdeführerin verzichtet auf eine Replik (act. G 8).

## Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt



(Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen



Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Vorerst ist zu prüfen, ob auf das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ abgestellt werden kann. Umstritten ist in erster Linie seine diagnostische Beurteilung.

2.2 Der Gutachter führt zur Diagnose der Neurasthenie an, er habe nur wenige Symptome objektivieren können, nämlich eine Affektlabilität, einen bedrückten Affekt, eine leichte psychomotorische Unruhe und Schwierigkeiten in der Umsetzungsfähigkeit. Viele der geltend gemachten Beschwerden wie Konzentrations-



und Gedächtnisstörungen sowie Anhaltspunkte für eine Panikstörung bzw. phobische oder typische generalisierte Ängste seien objektiv nicht feststellbar gewesen (IV-act. 63-13, 15, 16). Gegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung spreche das Fehlen eines klar episodenhaften Verlaufs mit abgrenzbarer voller Remission der Beschwerden; es lägen vielmehr anhaltende Beschwerden vor (IV-act. 63-15, 16). Bei der Untersuchung sei kein deutlich oder typisch ausgeprägtes depressives Syndrom vorhanden gewesen (IV-act. 63-16). Das Vorliegen einer typischen Panikstörung habe sich nicht beweisen lassen (IV-act. 63-16). Gut vereinbar mit den bisherigen Expertisen und den Ergebnissen seiner Untersuchung sei die Diagnose einer Neurasthenie mit eher diffusen Beschwerden und mit histrionischen Erlebens- und Verhaltensmustern (entsprechend einer Persönlichkeitsakzentuierung; IV-act. 63-15). Möglicherweise liessen sich die früher einer Panikstörung zugeordneten Beschwerden der Neurasthenie und den histrionischen Persönlichkeitsmerkmalen zuordnen (IV-act. 63-16). Der Gutachter führt weiter an, eine Benzodiazepinabhängigkeit liege vor. Dabei handle es sich am ehesten um eine sekundär zur neurotischen Störung (Neurasthenie) entstandene Abhängigkeit. Der Dauergebrauch von Benzodiazepinen könne affektive Symptome, Angstsymptome und körperliche Beschwerden ohne organische Ursachen verschlechtern. Die neurotische Störung und die Benzodiazepinabhängigkeit beeinflussten sich gegenseitig ungünstig. Die sich daraus ergebenden Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und die Substanzwirkung der Benzodiazepine oder Absetzphänomene bewirkten die geschätzte Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Suchtfolgekrankheiten im engeren Sinne lägen nicht vor (IV-act. 63-15, 22). Die diagnostische Würdigung des Gutachters erscheint schlüssig und nachvollziehbar, indem er seine Diagnosen letztlich damit begründet, dass die durch die behandelnden Institutionen beschriebene deutliche Einbusse der Auffassung und Konzentration (Arztberichte Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2012, IV-act. 18-3, und vom 26. April 2013, IV-act. 39-3) sowie die vormals erhobenen unruhigen bzw. panischen Zustände (Arztberichte Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2012, IV-act. 18-3, und vom 26. April 2013, IV-act. 39-1 f.; Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ über die stationäre Behandlung vom 27. August bis 11. Oktober 2012, IV-act. 28-3) im Zeitpunkt der Untersuchung nicht (mehr) vorhanden bzw. objektivierbar gewesen seien. Es ist daher für den Zeitpunkt der Begutachtung von den Diagnosen einer Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F13.2) und einer Neurasthenie (ICD-10: F48.0)



auszugehen. Da der Gutachter die Benzodiazepinabhängigkeit als Folge der Neurasthenie beurteilt und diese zu den der somatoformen Schmerzstörung gleichgestellten organisch nicht objektivierbaren Beschwerdebildern gehört (vgl. BGE 139 V 550, E. 2.2), ist die entsprechende Rechtsprechung anzuwenden.

3.

3.1 Das Bundesgericht hat die Vermutung, diese Leiden seien überwindbar, in BGE 141 V 281 aufgegeben und durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 294 f. E. 3.5 f.). Gemäss geänderter Rechtsprechung ist das funktionelle Leistungsvermögen anhand von Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 296 f. E. 4.1 und S. 298 ff., E. 4.3). Diese betreffen den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, diagnose-inhärenter Mindestschweregrad, Behandlungserfolg oder -resistenz, Teilnahme an beruflichen Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen, psychische und körperliche Begleiterkrankungen, Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten Körperbeschwerden (zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, Persönlichkeitsentwicklung und -struktur; zit. Urteil E. 4.1.3, 4.3.2), den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (Gleichmässigkeit der Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, sozialer Rückzug, soziale Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung, Inanspruchnahme therapeutischer Optionen als Hinweis auf den tatsächlichen Leidendruck; zit. Urteil E. 4.4). Behandlungserfolg oder -resistenz, also Verlauf und Ausgang von Therapien, sind wichtige Schweregradindikatoren. So dürften bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden, mithin kaum chronifizierten Krankheitsgeschehen in der Regel noch therapeutische Optionen bestehen (zit. Urteil, E. 4.3.1.2). Die bisher einzelnen Kriterien der „psychiatrischen Komorbidität“ und der „körperlichen Begleiterkrankungen“ sind in einem Indikator zusammengefasst, wobei ersterer keine Vorrangstellung mehr zukommt (zit. Urteil, E. 4.3.1.3). Der medizinische Gutachter hat das Leistungsvermögen einzuschätzen und dabei den einschlägigen Indikatoren zu folgen. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin gehend, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung



sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen in diesem Sinn, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (zit. Urteil, E. 5.2.2. und 5.2.3). Wenn und soweit die medizinischen Experten die rechtlichen Vorgaben beachten, scheidet daher eine rechtliche Parallelüberprüfung im Sinne einer "freihändigen Anwendung" der zu beachtenden Standardindikatoren aus (Urteil des Bundesgerichts vom 18. November 2015, 9C\_125/2015, E. 5.5). Die rechtliche Überprüfung des Gutachtens hat mithin gegebenenfalls auch die Würdigung der Indikatoren der Überwindbarkeit zu umfassen.

3.2 Der Gutachter hält fest, die Beschwerdeführerin habe sich vage und ausweichend geäußert und fast alle gestellten Fragen nach dem Vorhandensein von Symptomen bejahend geantwortet, obwohl dafür keine medizinischen Gründe ersichtlich seien. Auf näheres Nachfragen hätten sich aber zu den angegebenen Symptomen kaum Details explorieren lassen. Die Befunderhebung sei daher erschwert gewesen. Es gebe Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz von Beschwerden mit dramatisierender Beschwerdedarstellung und einer Diskrepanz zwischen geltend gemachten schweren Beschwerden und dem Fehlen von sachverhaltstypischen Details zu diesen Beschwerden (IV-act. 63-5, 12, 15). Die Schilderungen über deutlich beeinträchtigende Beschwerden seien nicht konsistent dazu, dass kaum konkrete Angaben zu den Beschwerden zu erhalten gewesen seien. Medizinische Gründe für diese Inkonsistenz hätten sich nicht ergeben (IV-act. 63-17). Von unzureichenden Deutschkenntnissen als Ursache der vagen Aussagen ist nicht auszugehen, nachdem der Gutachter festhielt, die Kommunikation in deutscher Sprache sei gut möglich gewesen (IV-act. 63-12), so dass bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit die vom Gutachter aufgezeigten Inkonsistenzen zu berücksichtigen sind. Die Beschwerdeführerin schilderte weiter, seit Beginn ihrer Erkrankung habe sie sich immer mehr zurückgezogen. Sie habe überhaupt keine Freizeitbeschäftigungen oder Hobbys, habe keine Lust zum Schwimmen, Spazieren oder Radfahren. Früher habe sie getanzt, sei gelaufen, habe Handball gespielt. Andererseits berichtet sie, sie treffe fast täglich ihre Nachbarin und habe eine enge Beziehung zu ihrer Tochter und ihrer Enkelin. Etwa einmal im Monat treffe sie sich



mit einer Freundin in Liechtenstein und gehe manchmal einen Kaffee trinken (IV-act. 63-9). Auch wenn der Gutachter vermerkt, zu Details des Erlebten und der Aktivitäten sei kaum etwas zu erfahren gewesen, die Schilderung des Tagesablaufs bleibe wenig anschaulich (IV-act. 63-9), ergibt sich aus den Angaben der Beschwerdeführerin zwar eine Einschränkung ihrer sozialen Kontakte, aber dennoch auch ein gewisses Potential an Ressourcen. Dem Gutachter waren die Belastungsfaktoren namentlich zweier gescheiterter Ehen (IV-act. 63-6 f.), der engen finanziellen Verhältnisse (IV-act. 63-8), der psychischen Krankheit und des Suizidversuchs ihrer Tochter (IV-act. 63-11 f.) sowie der Freiheitsstrafe ihres Sohnes (IV-act. 63-9) bekannt (vgl. dazu auch Berichte des Psychiatrie-Zentrums C.\_\_\_\_ vom 26. April 2013, IV-act. 39-3 und betreffend Aufenthalt vom 27. August bis 11. Oktober 2012, IV-act. 28-2) und sie sind in die Beurteilung eingeflossen (IV-act. 63-14). Zum therapeutischen Verlauf führt der Gutachter aus, er sei auch von Besserungen geprägt, doch seien die Behandlungsergebnisse nicht zufriedenstellend. Die Beschwerdeführerin habe jedoch nicht ausreichend Motivation und Eigenanstrengung in die Behandlungen eingebracht, so dass das Scheitern der Behandlungsbemühungen nicht einfach der Krankheit zugeschrieben werden könne (IV-act. 63-22). Auch die Behandelbarkeit und die erfolgte Behandlung wurden somit gewürdigt. Für eine von der medizinischen abweichende rechtliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit besteht somit nach neuer Rechtsprechung vorliegend kein Grund.

3.3 Der Gutachter schätzt die Arbeitsfähigkeit auf sechs Stunden bei um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit, entsprechend einer Gesamtarbeitsfähigkeit von 50 %. Dieses Leistungsbild könne auf Grund des bei der Untersuchung festgestellten Zustandes mindestens ab Anfang November 2013 angenommen werden (IV-act. 63-19, 20). Zur Begründung führt der Gutachter aus, die sich aus der gegenseitigen Beeinflussung ergebenden Schwierigkeiten in der Emotionsregulation und die Substanzwirkung der Benzodiazepine oder Absetzphänomene bewirkten eine Leistungsminderung bei der Arbeit (IV-act. 63-15). Die Auswirkungen der Benzodiazepinabhängigkeit und der Neurasthenie liessen sich nicht gut trennen. Folgen der psychischen Störungen seien vor allem Schwierigkeiten bei der Emotionsregulation und bei der Umsetzung von Handlungen mit Schwierigkeiten, sich für Vorhaben zu entschliessen, diese Entschlüsse aufrecht zu erhalten und ausdauernd in die Tat umzusetzen (IV-act. 63-19). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint in



Anbetracht der Befunde, der beschriebenen Auswirkungen der diagnostizierten Beeinträchtigungen und der bezüglich der Neurasthenie zu berücksichtigenden Indikatoren nachvollziehbar. Die Benzodiazepinabhängigkeit ist gemäss Gutachten überwiegend wahrscheinlich Folge der Neurasthenie (IV-act. 63-15) und damit eines Gesundheitsschadens, dem selber Krankheitswert zukommt und der somit invalidenversicherungsrechtlich relevant ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [heute: sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 4. April 2002, I 401/01, E. 2b/bb ff.). Auch die Abweichung von den Einschätzungen des Psychiatricentrum C.\_\_\_\_ sowie der Klinik D.\_\_\_\_, die der Beschwerdeführerin seit 13. Juli 2012 stets eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (IV-act. 18-3; IV-act. 28-2; IV-act. 39-3) attestiert hatten, erscheint plausibel, da anlässlich der Begutachtung keine schweren depressiven oder panischen Symptome (mehr) erhoben werden konnten. Wenn der Gutachter andererseits eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit "nach einer längeren Abstinenz von Benzodiazepinen" prognostiziert (IV-act. 63-15, 21), so bedeutet das keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die hier massgebenden Verhältnisse bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses. Nach den gutachterlichen Feststellungen sind das Suchtleiden und die neurotische Störung eng miteinander verknüpft. Die Behandelbarkeit eines psychischen Leidens sagt nichts aus über dessen invalidisierenden Charakter (BGE 127 V 294) und steht einem (allenfalls befristeten) Rentenanspruch nicht entgegen (Urteil 8C\_148/2014 vom 29. August 2014 E. 3.1).

3.4 Zusammenfassend berücksichtigt das Gutachten die angegebenen Beschwerden, basiert auf einer umfassenden Untersuchung und ist in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Zu den somatischen Befunden (IV-act. 53-2) nahm Dr. med. K.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, am 16. September 2013 Stellung und führte aus, eine Physiotherapie habe mässigen Erfolg gezeitigt. Im weiteren Verlauf sei das psychiatrische Problem wieder deutlich im Vordergrund gestanden (IV-act. 53-1). Demnach kann ohne weitere medizinische Abklärungen dem Gutachter gefolgt werden, dass eine wesentliche chronische körperliche Begleiterkrankung nicht vorliege (IV-act. 63-22). Der im Beschwerdeverfahren vorgelegte Bericht der behandelnden Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH vom 17. August 2014 (act. G 1.2) enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, sondern beschränkt sich auf diagnostische



Ausführungen. Er ist nicht geeignet, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter in Frage zu stellen, zumal sich mit Blick auf die neue Rechtsprechung (vgl. E. 3.2) aus der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht ohne weiteres eine höhere Arbeitsunfähigkeit ergäbe, als sie der Gutachter attestiert. Auf das Gutachten kann demnach abgestellt werden; es ist somit von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab November 2013 auszugehen (IV-act. 63-19). Betreffend die Zeit vor November 2013 führt der Gutachter aus, den früheren Berichten sei eine Konsistenzprüfung der geschilderten Beschwerden nicht zu entnehmen, so dass eine retrospektive Beurteilung schwierig sei (IV-act. 63-19 f.). Es kann somit gemäss Gutachten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit schon vor November 2013 lediglich 50 % betragen habe. Ohnehin bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während den stationären Aufenthalten vom 6. bis 28. März 2012 und vom 4. bis 25. Juni 2012 (IV-act. 18-2), vom 27. August bis 11. Oktober 2012 (IV-act. 28) und vom 6. bis 21. Februar 2013 (IV-act. 53-10) sowie während der tagesklinischen Behandlung vom 12. März bis 21. Juni 2013 (IV-act. 48-4). Für den Zeitraum vor November 2013 ist daher auf die Arbeitsunfähigkeitseinschätzung der behandelnden Ärzte abzustellen.

4.

4.1 Die von den behandelnden Ärzten der Beschwerdeführerin attestierte Arbeitsunfähigkeit betrug vom 21. September bis 26. Oktober 2011 100 %, vom 27. Oktober bis 31. Dezember 2011 50 %, vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2012 30 % und danach (bis zur Begutachtung) 100 % (IV-act. 42-1; IV-act. 48-2, Bericht Psychiatrie-Dienste Süd vom 16. März 2012 an den Krankenversicherer [Fremdakten], Abrechnung des Krankenversicherers vom 14. Juni 2013 [Fremdakten]). Durchschnittlich lag somit während des Wartejahres vom 21. September 2011 bis 20. September 2012 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) eine Arbeitsunfähigkeit von rund 86 % vor (rund 9 Monate à 100 %, 2 Monate à 50 %, 1 Monat à 30 %), weshalb offen bleiben kann, ob die in Rz. 4002 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] angeführte Rechtsprechung anzuwenden ist (vgl. dazu Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. August 2015, IV 2013/162, E. 6.1 ff.). Zuzufolge der Anmeldung am 22. März 2012 (IV-act. 1) besteht



gemäss Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG ab 1. September 2012 Anspruch auf eine ganze Rente.

4.2 Für die Zeit ab 1. November 2013 ist von einer Teilarbeitsfähigkeit von 50% auszugehen. Dabei stellt sich die Frage, welche Einkommensverhältnisse im Zusammenhang mit der Ermittlung des Invaliditätsgrades miteinander zu vergleichen sind. Nach eigenen Angaben verfügt die Beschwerdeführerin über keine berufliche Ausbildung (IV-act. 1-4). Sie erzielte gemäss Auszug aus dem individuellen Konto in den Jahren 1997 bis 2003 jährliche Erwerbseinkommen von bis zu rund Fr. 47'000.-- (IV-act. 10-4). Danach weist der IK-Auszug Stellen von unterjähriger Dauer sowie zeitweisen Bezug von Arbeitslosenentschädigung auf (IV-act. 10-3; IV-act. 10-1). In ihrer Anstellung als Hilfsarbeiterin Kabelkonfektion wurde der Beschwerdeführerin von April bis August 2011 ein durchschnittlicher Bruttolohn von Fr. 4'226.-- ausgerichtet (IV-act. 14-8). Es rechtfertigt sich daher, sowohl für das als gesunde Person hypothetisch erzielbare Einkommen (Valideneinkommen) als auch für das Invalideneinkommen von einem statistischen durchschnittlichen Lohn einer Hilfsarbeiterin auszugehen. Bei Abstellen auf die gleiche Einkommensbasis ist ein Prozentvergleich entsprechend der Arbeitsfähigkeitsschätzung zulässig und angebracht (vgl. dazu BGE 104 V 136 f. E. 2b und Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2, mit weiteren Verweisen). Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% resultiert ein Invaliditätsgrad von 50% und somit ein Anspruch auf eine halbe Rente, wobei hier die Frage offen gelassen werden kann, ob ein Tabellenlohnabzug (BGE 126 V 75) zu berücksichtigen ist oder nicht, nachdem ein Abzug von mindestens 20%, welcher zu einem Invaliditätsgrad von 60% führen würde und somit rentenrelevant wäre ( $1 - [0.8 \times 50\%] = 60\%$ ), offensichtlich nicht in Betracht fällt. Der Anspruch auf eine halbe Rente besteht sodann in Anwendung der Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ab 1. Februar 2014.

5.

5.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 4. Juli 2014 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2012 eine ganze Rente und mit Wirkung ab 1. Februar 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Festsetzung und



Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 4. Juli 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. September 2012 eine ganze Rente und mit Wirkung ab 1. Februar 2014 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.