



Fall-Nr.: IV 2009/235
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 20.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 20.05.2011

Art. 16 ATSG: Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Im konkreten Fall ist in Bezug auf die Diagnose sowie den Arbeitsfähigkeitsgrad kein Sachverhalt ausgewiesen, von dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen wäre, er treffe zu (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 20. Mai 2011, IV 2009/235).

Entscheid Versicherungsgericht: 20.05.2011

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

Entscheid vom 20. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Hochreutener, St. Leonhard-Strasse 20,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ war seit 3. Februar 1997 als Produktionsmitarbeiterin/Glüherin bei der B.____ tätig. Nachdem die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis krankheitsbedingt am 20. Februar 2008 per 31. Mai 2008 aufgelöst hatte (IV-act. 26), meldete sich die Versicherte am 25. Februar 2008 unter Hinweis auf Rheumatismus an den Muskeln, Sehnen und Knochen des ganzen Körpers zum Bezug von IV-Leistungen an und beantragte die Ausrichtung einer Rente (IV-act. 29). Laut Arztzeugnis ihres Hausarztes, Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, war die Versicherte seit 23. August 2007 wegen Krankheit zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 12). Eine rheumatologische Untersuchung sowie eine Schultersonographie beidseits, durchgeführt von Dr. med. D.____, Leitender Arzt Medizin, Spital Heiden, ergab laut Arztbericht vom 3. Dezember 2007 als Diagnosen ein Fibromyalgiesyndrom und eine leichte Bursitis subdeltoidea beidseits. Aufgrund weiterer medizinischer Abklärungen im Spital Heiden hielt Dr. D.____ die Diagnosen eines alimentären Kalzium- und Vitamin D-Mangels sowie einer Eisenmangelanämie bei Hypermenorrhoe infolge eines Uterusmyoms fest. Er bestätigte eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und schätzte die Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden, nicht belastenden Tätigkeit mit Vermeidung von Überkopfarbeit und Überlastung der Schultern auf mindestens 70% (IV-act. 24, 25). Dr. C.____ hielt in seinem Arztbericht vom 11. März 2008 zu den Untersuchungsergebnissen von Dr. D.____ fest, dass dessen Taxierung von 70% angesichts der Gesamtsituation, inklusive auch der Depression, deutlich herabgesetzt werden müsse. Er befürworte eine korrekte und unparteiische Abklärung durch die Invalidenversicherung. Dr. C.____ bestätigte bis auf weiteres eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 25). Am 5. März 2008 holte die IV-Stelle einen Arztbericht der die Versicherte seit 8. Januar 2008 behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E.____, FMH



Psychiatrie und Psychotherapie, ein. Diese stellte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende depressive Störung mit im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen, Störung der Vitalgefühle, sozialem Rückzug, Existenzängsten und passiven Gedanken des Lebensüberdrusses (ICD-10 F38.8) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Eine andere Tätigkeit sei ihr nicht zumutbar. Dies lasse sich durch die andauernden intensiven generalisierten Schmerzen und die darauf folgende chronische depressive Entwicklung begründen (IV-act. 27). Daraufhin wurde die Versicherte psychiatrisch und rheumatologisch untersucht und begutachtet; zudem wurde eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt. Die psychiatrische Untersuchung erfolgte am 9. Juni 2008 durch Dr. med. F.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, in der Klinik Teufen (IV-act. 41). Die rheumatologische Begutachtung und die EFL erfolgten am 19./20. Juni 2008 im Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG (AEH; IV-act. 43). Im bidisziplinären Gutachten vom 3. Oktober 2008 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikovertebrales Syndrom bei Wirbelsäulenfehlform, myofaszial betont, sowie eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F 32.01) im Rahmen einer Anpassungsstörung, sich schleichend entwickelnd seit August 2007, bei chronischem Ganzkörperschmerzsyndrom und chronischen Kopfschmerzen, gestellt. In einer mit der zuletzt ausgeübten vergleichbaren Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht medizinisch-theoretisch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Eine angepasste, leichte, wechselpositionierte Tätigkeit ohne andauerndes Sitzen oder Stehen oder länger dauernde statisch-monotone Arbeit auf und über Schulterhöhe sei der Versicherten aus rheumatologischer Sicht ganztags zumutbar. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Komorbidität mit einer Leistungsminderung von 30% betrage die Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht 70%. Die Arbeitsunfähigkeit gehe aktenkundig auf den 23. August 2007 zurück. Eine namhafte Veränderung sei seither nicht dokumentiert. Die Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen zur Ausübung einer angepassten 70%igen Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar (IV-act. 43). Am 9. Oktober 2008 nahm Dr. med. G.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der



St.Galler Gerichte

Invalidenversicherung zur bidisziplinären Begutachtung Stellung. Er erachtete die Versicherte in einer optimal adaptierten Tätigkeit als zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 44). Mit Schreiben vom 11. Dezember 2008 erklärte die Versicherte gegenüber der IV-Stelle, dass sie sich wegen ihrer Schmerzen nicht in der Lage fühle, einer Arbeit nachzugehen (IV-act. 54). Am 3. Januar 2009 nahm Dr. E.____ zuhanden der Rechtsschutzversicherung der Versicherten zur psychiatrischen Begutachtung von Dr. F.____ Stellung (IV-act. 57). Am 8. Januar 2009 teilte die IV-Stelle mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde (IV-act. 56).

B.

B.a Mit Vorbescheid vom 3. April 2009 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (IV-act. 61, 62).

B.b Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte durch ihre Rechtsschutzversicherung am 14. Mai 2009 Einwand erheben und die Ausrichtung einer ganzen IV-Rente beantragen (IV-act. 63). Am 26. Mai 2009 nahm Dr. G.____ aus medizinischer Sicht nochmals zum Einwand der Rechtsschutzversicherung Stellung (IV-act. 64).

B.c Mit Verfügung vom 27. Mai 2009 entschied die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid und lehnte das Rentengesuch der Versicherten ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 14% ab (IV-act. 65).

C.

C.a Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. R. Hochreutener, St. Gallen, für die Versicherte eingereichte Beschwerde vom 2. Juli 2009 mit den Anträgen, die Verfügung vom 27. Mai 2009 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Viertelsrente ab 1. August 2008, auszurichten. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Streitsache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Der Beschwerde liegt insbesondere ein Austrittsbericht der Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheid (nachfolgend Privatklinik



St.Galler Gerichte

Littenheid) vom 25. Juni 2009 bei, wo die Beschwerdeführerin vom 2. April bis 25. Juni 2009 hospitalisiert gewesen ist.

C.b In der Beschwerdeantwort vom 17. September 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

C.c Mit Replik vom 27. Oktober 2009 hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik.

C.d Auf die Begründungen in den einzelnen Rechtschriften sowie die Ausführungen in den medizinischen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4v, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 27. Mai 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007 sozialrechtliche



Abteilungen des Bundesgerichts] vom 7. Juni 2006 i/S M. [I 428/04] E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat und da in Bezug auf die Änderung der Bestimmung über den Rentenbeginn kein sogenannter Altfall vorliegt, weil der konkrete Versicherungsfall, auf dessen Eintretenszeitpunkt übergangsrechtlich abzustellen ist (vgl. auch das IV-Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007 des Bundesamtes für Sozialversicherungen sowie das Bundesgerichtsurteil vom 28. August 2008, 8C_373/2008, Erw. 2.1), nach dem aufgehobenen Recht vor der 5. IV-Revision nicht vor, sondern erst nach dem 1. Januar 2008 (Arbeitsunfähigkeit erst seit 2007, so dass das Wartejahr frühestens 2008 erfüllt sein könnte) eingetreten wäre. Gemäss der Übergangsregelung kommt also Art. 29 Abs. 1 IVG in der geltenden Fassung zur Anwendung, d.h. ein allfälliger Rentenanspruch würde nicht bereits mit der Absolvierung des Wartejahres, sondern erst sechs Monate nach der Anmeldung entstehen.

1.2 Der Grad der für den Rentenanspruch massgebenden Invalidität ist gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln, bei dem das Einkommen, das die Beschwerdeführerin nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Grundlage der Bemessung des Invalideneinkommens bilden die Arbeitsfähigkeitsschätzung und die Umschreibung der trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch möglichen und zumutbaren Tätigkeiten. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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).



1.3 Nach dem im Sozialversicherungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz hat die Behörde den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Sie hat aus eigener Initiative vorzugehen und darf Parteivorbringen nicht mit der Begründung abtun, diese seien nicht belegt worden (U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N 9 zu Art. 43 ATSG; A. Rumo-Jungo, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3. Aufl. 2003, S. 348; B. Kupfer Bucher, Das nichtstreitige Verwaltungsverfahren nach dem ATSG und seine Auswirkungen auf das AVIG, Diss. Freiburg 2006, S. 117). Die Untersuchungspflicht dauert gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2008 vom 16. Mai 2008, E. 2, so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. auch BGE 132 V 368 E. 5 S. 374). Zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts sind (weitere) Abklärungsmassnahmen vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht, wobei alle Tatsachen rechtserheblich sind, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts [I 110/07] vom 25. Juni 2007, E. 4.2.2., mit Hinweisen; BGE 117 V 282 E. 4a S. 282 f.).

2.

Zu prüfen ist vorab, ob die medizinische Aktenlage eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt, von der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, sie treffe zu. In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2009 auf die bidisziplinäre Abklärung bzw. auf die entsprechende Beurteilung des RAD-Arztes Dr. G.____ vom 9. Oktober 2008 (IV-act. 44). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erachtet diese nicht als beweistauglich und verweist auf die Beurteilung von Dr. E.____ vom 3. Januar 2009 und den Austrittsbericht der Privatklinik Littenheid vom 21. Juni 2009, worin eine ernsthafte Depression belegt sei, welche die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin wesentlich beeinträchtigt.

3.



Nachdem die Beschwerdeführerin wegen Schmerzen im ganzen Körper seit 23. August 2007 100% arbeitsunfähig gewesen war, wurde sie erstmals am 28. November 2007 durch Dr. D.____ rheumatologisch untersucht. Dieser diagnostizierte in den Berichten vom 3. Dezember 2007 und 21. Januar 2008 eine Fibromyalgie (IV-act. 25). Am 19. März 2008 folgte eine psychiatrische Beurteilung der Beschwerdeführerin durch Dr. E.____, die eine anhaltende depressive Störung mit im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen, Störung der Vitalgefühle, sozialem Rückzug, Existenzängsten und massiven Gedanken des Lebensüberdrusses (ICD-10 F38.8) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8) diagnostizierte (IV-act. 27). Zwar handelt es sich bei der Fibromyalgie an sich um eine rheumatische Erkrankung (vgl. ICD-10 M79.0), doch weist sie auch eine psychische Komponente auf. Da sie angesichts ihrer unklaren Ursachen kaum der Kategorie der psychischen oder psychosomatischen Leiden oder gar der organischen Krankheiten zugerechnet werden kann, geht die allgemeine Tendenz in der Wissenschaft dahin, eine Kombination der beiden Elemente anzunehmen, wobei allerdings die psychosomatische Komponente überwiegt (BGE 132 V 65 ff. E. 3.3 [= Praxis 2007 Nr. 38 S. 232 ff.] mit Hinweisen). In Anbetracht der konkreten Sachlage wurde bei der Beschwerdeführerin in der Folge eine bidisziplinäre Begutachtung - psychiatrisch und rheumatologisch - durchgeführt. Anlässlich der AEH-Begutachtung vom 19./20. Juni 2008 klagte die Beschwerdeführerin über Ganzkörperschmerzen und über deutlich im Vordergrund stehende Nackenschmerzen, die bei höherer Intensität zu den Armen, zur Brust, zum Rücken und von dort zum Becken und in den ganzen Körper ausstrahlten. Im AEH-Gutachten vom 3. Oktober 2008 wurde ein zervikovertebrales Syndrom diagnostiziert, wobei zudem auf eine radiologisch objektivierte Wirbelsäulenfehlform im Bereich der BWS im Sinn einer thorakalen partiell fixierten Hyperkyphose, leichten Beweglichkeitseinschränkungen im Halswirbelsäulenbereich und im Bereich der Schulter, hingewiesen wurde. Von rheumatischer Seite ist dem bidisziplinären AEH-Gutachten zu entnehmen, dass die für die Klassifizierung als Fibromyalgiesyndrom notwendige Anzahl Tenderpoints bei gleichzeitig positiven Kontrollpunkten nicht erreicht worden sei. Somit müsse terminologisch von einem Ganzkörperschmerzsyndrom gesprochen werden, wobei eine Abgrenzung zu einem Fibromyalgiesyndrom letztlich hypothetisch sei. Die AEH hielt sodann in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit fest, dass rein theoretisch nichts gegen



eine leichte, wechselbelastende Arbeit spreche. Der Beschwerdeführerin sei eine angepasste leichte wechsellagernde Tätigkeit ohne andauerndes Sitzen oder Stehen und ohne länger dauernde statisch-monotone Arbeit auf und über Schulterhöhe aus rein rheumatologischer Sicht zumutbar. Diese Schlussfolgerung aus somatischer Sicht erscheint schlüssig und überzeugend. Es ist nachvollziehbar, dass die wenig ausgeprägten Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat keine quantitative (eingeschränkter Arbeitsfähigkeitsgrad), sondern lediglich eine qualitative Einschränkung (angepasste Tätigkeit) der zumutbaren Arbeitsfähigkeit bewirken. Die Schlussfolgerung aus somatischer Sicht blieb von beschwerdeführender Seite auch unbestritten. Laut Roche Lexikon Medizin (5. Aufl. München 2003, S. 1791) handelt es sich bei einem Syndrom um ein sich stets mit etwa den gleichen Krankheitszeichen, d.h. einer Symptomatik mit weitgehend identischem "Symptommuster" manifestierendes Krankheitsbild mit unbekannter, vieldeutiger, durch vielfältige Ursachen bedingter oder nur teilweise bekannter Ätiogenese. Insofern wird von den Ärzten mit der fraglichen Diagnose im Regelfall das Beschwerdebild fassbar gemacht, ohne es dabei eindeutig einem organischen Korrelat zuzuordnen. Weil im AEH-Gutachten gesagt wird, das Beschwerdebild lasse sich zum heutigen Zeitpunkt adäquater unter der psychiatrischen Diagnose einordnen, liegt im konkreten Fall eine bidisziplinäre Begutachtung vor, in welcher das Hauptgewicht zu Recht auf die psychiatrische Sichtweise gelegt wurde.

4.

Streitig und zu prüfen ist somit im Folgenden, ob bei der Beschwerdeführerin eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

4.1 Dr. F.____ diagnostizierte im psychiatrischen Teilgutachten vom 2. Juli 2008 eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.01) im Rahmen einer Anpassungsstörung, sich schleichend entwickelnd seit August 2007. Die Beschwerdeführerin sei durch Familie und Beruf über Jahre der Doppelbelastung und am Arbeitsplatz physischen (schwere körperliche Arbeiten, meistens Nachtschichten) und emotionalen Belastungen (schwere zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz) ausgesetzt gewesen. Infolgedessen sei es in den letzten Jahren zu einer



zunehmenden psycho-physischen Erschöpfung gekommen, wodurch sich einerseits die Burnout-Symptomatik und andererseits aufgrund der Anspannungen und muskulären Verspannungen die Fibromyalgieschmerzen entwickelt hätten. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen ihrer Persönlichkeitsdefizite (Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten) offensichtlich eine starke Abgrenzungsproblematik, und die geplante Rückkehr ins Heimatland sei nichts anderes als eine Flucht vor den Gefühlen, dem Leben in der Schweiz ausgeliefert zu sein. Die psycho-physische Dekompensation im August 2007 sei auf eine massive emotionale, intellektuelle und körperliche Überforderung zurückzuführen. Nach dem Verlust der Tagesstruktur sei es zur Verstärkung der Opferrolle bzw. zu einem regressiven Verhalten gekommen, womit die Entwicklung einer Depression sowie eine Schmerzzunahme vorprogrammiert gewesen seien. Während der Exploration vom 9. Juni 2008 habe die Beschwerdeführerin in psychopathologischer Hinsicht leichte Konzentrationsstörungen, leichte formale Denkstörungen, eine leichte Deprimiertheit, Ängste, leichte Antriebsstörungen sowie eine reduzierte psychische Belastbarkeit aufgewiesen. Diese psychopathologischen Befunde (ergänzt durch die anamnestischen Angaben) erfüllten die Kriterien einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen. Die Diagnose von Dr. E.____ könne nicht mit Sicherheit verneint, aber auch nicht bestätigt werden, weil einerseits die beschriebenen Symptome mit dem klinischen Bild übereinstimmten, andererseits jedoch die anhaltende depressive Störung mindestens mehrere Jahre dauern sollte. Bei der Beschwerdeführerin seien die depressiven Symptome seit Sommer 2007 bekannt. Es sei nicht ausgeschlossen, dass im Verlauf eine Dysthymia festgestellt werden könne. In Bezug auf die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen könne ebenfalls über eine mögliche Entwicklung gesprochen werden, sodass diese Diagnose vermutet werden könne. Für eine andauernde Persönlichkeitsänderung müssten die Symptome über mindestens zwei Jahre andauern. Diese Diagnose könne folglich erst im Verlauf verneint oder bestätigt werden. Zusammenfassend leide die Beschwerdeführerin seit Sommer 2007 unter einer sich schleichend entwickelnden depressiven Episode mit somatischen Symptomen im Rahmen der zunehmenden psychosomatischen Erschöpfung seit 2005 (IV-act. 41).

4.2 Die von Dr. F.____ gestellte Diagnose einer depressiven Episode erscheint zunächst - zumindest in Bezug auf den Zeitpunkt seiner Beurteilung - schlüssig und



nachvollziehbar. Während er rund elf Monate nach Eintritt der 100%igen Arbeitsunfähigkeit (23. August 2007) von einer depressiven Episode sprach, ging Dr. E.____ bereits rund sieben Monate nach dem fraglichen Zeitpunkt von einer anhaltenden depressiven Störung aus. Episode ist die Bezeichnung für eine vorübergehende, rückbildungsfähige psychische Störung (Dorsch, Psychologisches Wörterbuch, 14. Aufl. Bern 2004, S. 257). Bei der von Dr. F.____ angeführten, im Verlauf nicht ausgeschlossenen Dysthymia als chronischer Unterform einer depressiven Verstimmung sowie der anhaltenden depressiven Störung müssen jedoch die Symptome längere Zeit, mindestens zwei Jahre lang, andauern (vgl. dazu Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch 2011, S. 518). Dr. F.____ machte nun aber in seinen Ausführungen deutlich, dass er im Zeitpunkt seiner Beurteilung von einem labilen, im Fluss stehenden Krankheitsgeschehen ausging. Er konnte nicht sagen, ob die Diagnose von Dr. E.____ zutrifft oder eines Tages zutreffen wird. Insofern gab er selber zu erkennen, dass seine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht auf einer abschliessenden Begutachtung beruht, sondern als blosser Verlaufsbeurteilung zu betrachten ist. Die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung beurteilt sich sodann nach ständiger Rechtsprechung in der Regel nach dem Sachverhalt, der bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses (27. Mai 2009) eingetreten war (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, BGE 129 V 4 E. 1.2, 129 V 169 E. 1 und 121 V 366 E. 1b, je mit Hinweisen). Die vorliegende medizinische Aktenlage enthält gerade massgebende Hinweise, welche den von Dr. F.____ beschriebenen labilen Gesundheitszustand bestätigen. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin scheint sich bis zum Verfügungserlass geändert bzw. verschlechtert zu haben, womit die Begutachtung von Dr. F.____ im damaligen Zeitpunkt als Momentaufnahme zu betrachten ist, welche für den weiteren Krankheitsverlauf nur eingeschränkt aussagekräftig sein kann. Dr. E.____ teilte dann der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 3. Januar 2009 auch mit, dass die Intensität der Konsultationen auf Wunsch der Beschwerdeführerin und wegen einer Verschlechterung des psychischen Zustands seit Dezember 2008 habe erhöht werden müssen. Klinisch imponiere weiterhin eine zunehmende depressive Entwicklung mit intensiven und andauernden generalisierten Schmerzen, psychomotorischer Hemmung, Anhedonie, Insuffizienzerleben, Existenzängsten, Isolationstendenz, Schlafstörungen und Libidoverlust. Die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig als mittelschwer depressiv zu beurteilen und ihr Zustand sei als



weitgehend chronifiziert zu betrachten (IV-act. 57). RAD-Arzt Dr. G.____ vermochte in seiner Beurteilung vom 26. Mai 2009 die von Dr. E.____ beschriebene Verschlechterung nicht nachzuvollziehen. Die in der ICD-10 beschriebenen Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode seien im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Der aufgeführte Psychostatus unterscheide sich nicht grundsätzlich von demjenigen, wie ihn von Dr. F.____ beschrieben habe (IV-act. 64). Abgesehen davon, dass sich diese letzte Aussage jedoch nicht ohne weiteres bestätigen lässt, ist festzuhalten, dass Dr. E.____ die Beschwerdeführerin wegen der andauernden depressiven Entwicklung vor dem Hintergrund eines Schmerzsyndroms der Privatklinik Littenheid zuweisen musste. Laut dem Austrittsbericht vom 25. Juni 2009 war die Beschwerdeführerin dort vom 2. April bis zum 26. Juni 2009 hospitalisiert. Als Austrittsdiagnosen wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) festgehalten. Die Privatklinik sprach also noch nicht ganz zwei Jahre nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit immer noch von einer depressiven Episode, stufte diese jedoch in Übereinstimmung mit Dr. E.____ ebenfalls als mittelgradig ein (IV-act. 76). Insofern vermag auch die Stellungnahme von Dr. G.____ nicht zu überzeugen. Immerhin befand sich die Beschwerdeführerin rund drei Monate in der Privatklinik Littenheid. Dort wurde sie umfassend untersucht und therapiert, womit der dort gestellten Diagnose - die das Fortbestehen und die Verschlechterung der psychischen Gesundheitsschädigung aufzeigt - ein massgebender Beweiswert zukommt. Die Feststellungen, dass insgesamt ein positiver Verlauf mit deutlicher Stimmungsaufhellung, einer Aktivierung mit Verringerung des Schon- und Rückzugsverhaltens sowie einem vollständigen Rückgang der bei Eintritt ständig vorhandenen passiven Suizidalität festgehalten werden könne, spricht nicht ohne weiteres gegen eine Veränderung des Schweregrads der Depression. Angesichts der im Gutachten von Dr. F.____ geschilderten Krankheitsentwicklung (S. 6 Ziff. 3.6) stellt sich auch die Frage, ob im Verfügungszeitpunkt die von Dr. E.____ vertretene Chronifizierung der Depression nicht bereits eingetreten war. Laut Angaben der Beschwerdeführerin traten erste Beschwerden mit Müdigkeit und Erschöpfung bereits anfangs 2005 auf (vgl. auch IV-act. 27) und Dr. F.____ sprach von einer zunehmenden psychophysischen Erschöpfung seit 2005. - Zusammenfassend ist mithin festzuhalten, dass in Bezug auf die Diagnose im Zeitpunkt des Verfügungserlasses noch kein Sachverhalt ausgewiesen war, von



dem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen gewesen wäre, er treffe zu. Möglicherweise bestand im Verfügungszeitpunkt ein stationärer Gesundheitszustand. Ebenso gut könnte aber ein sich noch in Entwicklung befindlicher Gesundheitszustand vorgelegen haben. Anhand der Akten konnte dazu keine überwiegend wahrscheinlich richtige Aussage gemacht werden, womit von ärztlicher Seite auch die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nicht abschliessend beantwortet werden konnte. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge gestützt auf einen nicht ausreichend abgeklärten Sachverhalt verfügt.

4.3

4.3.1 Letztlich besteht jedoch auch hinsichtlich des Arbeitsfähigkeitsgrads an sich keine schlüssige medizinische Aktenlage. Bereits die Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Diagnose einer leichten depressiven Episode zeigen sich widersprüchlich, womit sie auch keine massgebende Grundlage für eine allfällige Arbeitsfähigkeitsschätzung bei Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode zu bilden vermögen. Laut Gutachten von Dr. F.____ ist der Beschwerdeführerin aufgrund der aktuellen psychopathologischen Befunde aus psychosomatischer Sicht (leichte depressive Episode, diffuse Fibromyalgieschmerzen, psycho-physische Erschöpfung) eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Diese sei auf leichte Konzentrationsstörungen, leichte Antriebsstörungen, leichte formale Denkstörungen sowie auf eine leicht reduzierte psychische Belastbarkeit und psycho-physische Erschöpfung zurückzuführen. Für adaptierte Tätigkeiten sei die Beschwerdeführerin 70% arbeitsfähig. Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Konzentration und Eigeninitiative seien ihr nicht zu empfehlen. Wegen einer Abgrenzungsproblematik brauche sie eine wohlwollende Umgebung und Respekt sowohl von den Vorgesetzten als auch von den Mitarbeitern (IV-act. 41). Dr. G.____ gab in seiner Beurteilung vom 9. Oktober 2008 an, er könne sich der gutachterlichen Einschätzung nur bedingt anschliessen. Es sei schwer verständlich, weshalb eine leichte depressive Episode mit den angeführten Einschränkungen eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken solle. Bei der von Dr. F.____ beschriebenen leidensangepassten Tätigkeit handle es sich nicht um eine optimal adaptierte Tätigkeit. Laut Fachleuten der asim (academy of swiss insurance medicine) müsse eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit so formuliert werden, dass eine volle



Leistungsfähigkeit gegeben sei. In Arbeiten ohne jegliche Anforderungen an Konzentration und Eigeninitiative mit wohlwollendem Umfeld dürfte somit im konkreten Fall von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit auszugehen sein (IV-act. 44). - Der Einwand von Dr. G.____ betreffend den 30%igen Arbeitsunfähigkeitsgrad hat durchaus seine Berechtigung, handelt es sich doch dabei um ein Ausmass zu, welches nicht ohne weiteres einer leichten Depression mit den beschriebenen Symptomen zugeordnet werden kann. Die von ihm formulierte adaptierte Tätigkeit beinhaltet jedoch dieselben Einschränkungen wie diejenige von Dr. F.____. Ein materieller Unterschied ist nicht erkennbar. Weshalb daraus nun letztlich aber eine 100%ige Arbeitsfähigkeit resultieren sollte, ist gleichfalls nicht nachvollziehbar. Aufgrund dieser Umstände ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beurteilung von Dr. G.____ nicht wirklich überzeugt. Angesichts des berechtigten Einwands von Dr. G.____ gegen den geschätzten 30%igen Arbeitsunfähigkeitsgrad und des Umstands, dass dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung eine labile bzw. keine überwiegend wahrscheinlich als gefestigt zu betrachtende Diagnose zugrunde liegt, kann aber auch nicht auf die Beurteilung von Dr. F.____ abgestellt werden.

4.3.2 Mit dem Austrittsbericht der Privatklinik Littenheid stehen sodann zwei Diagnosen - die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung - im Raum, für welche keine Arbeitsfähigkeitsschätzung vorgenommen wurde. In ihrem Bericht zuhanden der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin vom 3. Januar 2009 äusserte sich Dr. E.____ zwar zur Arbeitsfähigkeit in Bezug auf eine mittelschwere Depression. Aber angesichts des Umstandes, dass die Diagnose nicht gefestigt war, kann nicht auf die von Dr. E.____ festgestellte 100%ige Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden, zumal diese auch mit Blick auf die von Dr. F.____ geschätzte 30%ige Arbeitsunfähigkeit bei einer leichten depressiven Episode nicht ohne weiteres als nachvollziehbar erscheint. Dr. F.____ begründete ihre Einschätzung nicht weiter und sie zog auch keinen Vergleich mit anderen Arbeitsfähigkeitsschätzungen im konkreten Fall. Die von ihr erwähnte maximal 4-stündige Beschäftigung pro Tag in einem geschützten Rahmen wurde lediglich als Möglichkeit angeführt und erschien ohne feste Grundlage, zumal sie diese Möglichkeit in ihrem früheren Bericht vom 19. März 2008 noch nicht erwähnt hatte (IV-act. 27). Allgemein ist ausserdem in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin zu bemerken, dass Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund



der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dieser Grundsatz gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutischen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Urteil des Bundesgerichts vom 20. März 2006 i/S S. [I 655/05] E. 5.4 mit Hinweisen). Es darf davon ausgegangen werden, dass Dr. E.____ von der subjektiven Aussage der Beschwerdeführerin, sie fühle sich 150% arbeitsunfähig (IV-act. 54, 56), Kenntnis hatte. In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität nicht (Urteile des EVG vom 2. Dezember 2002 i/S R. [I 53/02] E. 2.2 und vom 9. Oktober 2001 i/S W. [I 382/00] E. 2b).

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für die Invaliditätsbemessung keine ausreichenden Beweisgrundlagen vorliegen. Die Beschwerdegegnerin wird die genaue Diagnose in der massgebenden Zeit, den Arbeitsfähigkeitsgrad in einer adaptierten Tätigkeit sowie - bei Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit - die Frage, der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung und des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess nochmals abzuklären haben (vgl. dazu BGE 132 V 70 E. 4.2.1 und 4.2.2, BGE 130 V 354 E. 2.2.3).

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 2. Juli 2009 unter Aufhebung der Verfügung vom 27. Mai 2009 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu neuer Verfügung 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 Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb



die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

5.3 Die obsiegende beschwerdeführende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im vorliegenden Fall erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2009 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen und zur neuen Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.