



Fall-Nr.: IV 2009/30
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 24.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 24.05.2011

Art. 28 Abs. 2 IVG. Würdigung Gutachten. Gutachten beweistauglich. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Mai 2011, IV 2009/30).

Entscheid Versicherungsgericht, 24.05.2011

Abteilungspräsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie Löhner, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Philipp Geertser

Entscheid vom 24. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Gmür, Obere Bahnhofstrasse 11, Postfach 253, 9501 Wil SG 1,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ erlitt im Jahr 2003 eine HWS-Distorsion im Rahmen eines Autounfalls. Im März 2006 erlitt die Versicherte erneut einen Autounfall mit einem HWS-Distorsionstrauma. Vom 11. bis 29. Juli 2006 befand sie sich in der Klinik Valens zur Rehabilitation. Die dort behandelnden Ärzte diagnostizierten ein zervikobrachiales und zervikozepales Syndrom, eine Migräne sowie einen Verdacht auf Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik. Sie bescheinigten der Versicherten aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit (act. G 7.1.40-6 ff.).

A.b Am 25. Februar 2007 reichte die Versicherte ohne Angabe der konkret angebehrten Leistungen eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen für Erwachsene ein (act. G 7.1.2). Im Nachgang hierzu ersuchte die IV-Stelle die Versicherte zuletzt im Mahnschreiben vom 2. Juli 2007 um Konkretisierung der angebehrten Versicherungsleistungen und die Einreichung weiterer Unterlagen. Für den Säumnisfall drohte sie ihr einen Aktenentscheid oder Einstellung weiterer Erhebungen an (act. G 7.1.13). In der Verfügung vom 16. August 2007 lehnte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen ab, weil die Versicherte sich zumutbaren Abklärungen widersetze (act. G 7.1.17).

A.c Die Versicherte reichte mit Schreiben vom 5. September 2007 die von der IV-Stelle einverlangten Unterlagen ein und ersuchte um die Ausrichtung von Rentenleistungen (act. G 7.1.20 ff.). Diese Eingabe wurde von der IV-Stelle als Wiederanmeldung entgegen genommen (act. G 7.1.19).

A.d Der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin FMH, berichtete am 17. Dezember 2007, dass die Versicherte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem cervico-brachialen und cervico-cephalen Syndrom und an einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik leide. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine Migräne. Seit 7. März 2006 bis heute sei die Versicherte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Büroangestellte zu 100%



St.Galler Gerichte

arbeitsunfähig bzw. gestützt auf ihre Angaben zu 20%ig arbeitsfähig. Andere Tätigkeiten seien ihr nicht zumutbar (act. G 7.1.40).

A.e Die IV-Stelle nahm am 27. Februar 2008 eine Abklärung zur Ermittlung der im Haushaltsbereich bestehenden Einschränkungen vor. Die Abklärungsperson ging davon aus, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 80% erwerbstätig wäre, was die Versicherte indessen bestritt (sie würde zu 100% erwerbstätig sein; Schreiben vom 16. April 2008, act. G 7.1.55-15) und ermittelte eine Einschränkung im Haushaltsbereich von 40% (vgl. zum Ganzen Abklärungsbericht vom 7. Mai 2008, act. G 7.1.55).

A.f Am 12. März 2008 wurde die Versicherte von Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, und von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Experten ein chronisches cervicocephales bis cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts (ICD-10: M53.0 bzw. M53.1), und ein intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links (ICD-10: M54.4). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine posttraumatische Migräne (ICD-10: G44.841) sowie eine Dysthymia (ICD-10: F34.1). Für leidensangepasste Tätigkeiten verfüge die Versicherte aus bidisziplinärer (rheumatologischer und psychiatrischer) Sicht über eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Darin nicht berücksichtigt sei die sich allenfalls aufgrund der posttraumatischen Migräne ergebende Arbeitsunfähigkeit. Diese wäre im Rahmen einer neurologischen Beurteilung zu quantifizieren. Sie dürfte aufgrund der Angaben gegenüber dem Neurologen bei maximal 20% liegen. Zu den anlässlich der Haushaltsabklärung ermittelten Einschränkungen hielten die Gutachter fest, dass diese im Rahmen der muskulär bedingten "Funktionsdefizite" nachvollziehbar "sein mögen", jedoch ohne dass dabei ein krankheitsbedingtes Defizit zugrunde liege. Die Führung des Haushalts sei der Versicherten zumutbar. Eine 40%ige Einschränkung sei "seitens des Bewegungsapparates" nicht nachvollziehbar (Gutachten vom 13. Juni 2008, act. G 7.1.57).

A.g Mit Vorbescheid vom 29. Juli 2008 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, einen Anspruch auf Rentenleistungen zu verneinen (act. G 7.1.63). Dagegen



St.Galler Gerichte

erhob die Versicherte am 15. September 2008 Einwand (act. G 7.1.65). Die IV-Stelle verfügte am 5. Dezember 2008 entsprechend dem Vorbescheid vom 29. Juli 2008. Sie ging davon aus, dass die Versicherte im Gesundheitsfall zu 80% erwerbstätig wäre und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 0%. Gestützt auf die gutachterliche Einschätzung sei davon auszugehen, dass die Versicherte im Haushaltsbereich nicht eingeschränkt sei (act. G 7.1.70).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 5. Dezember 2008 richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 26. Januar 2009. Die Beschwerdeführerin beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung und die Zusprache einer Rente. Eventualiter sei die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, dass im vom Haftpflichtversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten der Hirslanden-Klinik vom 1. Juni 2006 (vgl. hierzu act. G 1.4) lediglich eine 25%ige Arbeitsfähigkeit bestätigt worden sei. Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 21. August 2006 seien die Ärzte von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Seither habe sich ihr Gesundheitszustand "negativ entwickelt". Insgesamt sei mit dem Hausarzt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten stehe auch in Widerspruch zum Haushaltabklärungsbericht vom 7. Mai 2008 (act. G 1).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 16. April 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass das von ihr eingeholte Gutachten vom 13. Juni 2008 beweiskräftig und die gestützt darauf erfolgte Leistungsablehnung korrekt sei (act. G 7). Mit der Beschwerdeantwort reicht die Beschwerdegegnerin u.a. eine Stellungnahme des RAD vom 24. Februar und 4. April 2009 sowie einen Bericht des behandelnden Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. März 2009 ein (act. G 7.2 ff.).

B.c Mit Präsidialverfügung vom 20. April 2009 wird dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen (act. G 8).



St.Galler Gerichte

B.d Die Beschwerdeführerin hält in der Replik vom 19. Juni 2009 unverändert an den Beschwerdeanträgen fest. Sie stellt die Einreichung von weiteren - vom Haftpflichtversicherer bereits in Auftrag gegebenen - medizinischen Berichten in Aussicht (act. G 12). Mit Schreiben vom 7. Juli 2009 (act. G 14) reicht sie eine Stellungnahme von Dr. E.____ vom 21. Juni 2009 ein (act. G 14.1).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtet unter Hinweis auf ihre Beschwerdeantwort vom 16. April 2009 auf eine Duplik (act. G 15).

B.f Mit Schreiben vom 20. Januar 2011 (act. G 17) reicht die Beschwerdeführerin u.a. die folgenden medizinischen Unterlagen ein: ein ambulantes Assessment des Haushaltes der Rehaklinik Bellikon vom 18. Mai 2010 (act. G 17.1) sowie Berichte von Dr. E.____ vom 18. Januar 2011, 25. April 2009 und 29. August 2008 (act. G 17.2 ff.).

B.g Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Stellungnahme zu den am 20. Januar 2011 eingereichten Unterlagen (act. G 18).

C.

C.a Das Gericht zieht am 16. März 2011 die Akten des Haftpflichtversicherers bei (act. G 19). Während die Beschwerdegegnerin auf eine Akteneinsicht verzichtet, nimmt die Beschwerdeführerin am 28. April 2011 nochmals Stellung (act. G 24).

C.b Auf Nachfrage des Versicherungsgerichts vom 10. Mai 2011 hin teilt die Beschwerdeführerin mit, dass die bereits in Auftrag gegebene neurologische Abklärung an der Hirslanden Klinik nicht stattgefunden habe. Die Gründe für den Verzicht seien ihr nicht bekannt. Das seitens der Haftpflichtversicherung in Auftrag gegebene Gutachten zeige aber immerhin die Notwendigkeit einer neurologischen Begutachtung (act. G 27).

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung.



1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge 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 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. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 5. Dezember 2008 ergangen (act. G 7.1.70), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher 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 Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, 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. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben, soweit nicht ausdrücklich auf die altrechtlichen Bestimmungen verwiesen wird.

1.2 Zunächst ist mit Blick auf die Rentenfrage der Charakter der bereits am 16. August 2007 ergangenen Verfügung zu beurteilen. Art. 43 Abs. 3 ATSG lässt bei der Verletzung der Auskunftspflicht als Sanktion entweder einen Entscheid aufgrund der konkret vorliegenden Akten oder - nach Einstellung der Erhebungen - einen Nichteintretensentscheid zu. In der Verfügung vom 16. August 2007 entschied die Beschwerdegegnerin "aufgrund der vorliegenden Akten" und wies das Rentenleistungsbegehren ab, weil sich die Beschwerdeführerin zumutbaren Abklärungen widersetzt habe (act. G 7.1.17). Die Beschwerdegegnerin legte aber nicht dar, auf welche Gründe sich die Leistungsablehnung stützt. Die fehlende Begründung des leistungsabweisenden Entscheids und das sich aus den Akten ergebende Fehlen einer Aktenwürdigung durch die Beschwerdegegnerin zeigt, dass sie faktisch nicht aufgrund der Akten entschieden, sondern lediglich die Abklärungen eingestellt hat. Vor



diesem Hintergrund hätte die Beschwerdegegnerin zwangsläufig Nichteintreten verfügen müssen. Die Verfügung vom 16. August 2007 ist daher als Nichteintretensentscheid zu qualifizieren. Daran ändert der anderslautende Verfügungswortlaut nichts, ist doch bei der Interpretation einer Verfügung deren rechtlicher Gehalt massgebend (vgl. etwa BGE 120 V 497 E. 1a). Damit geht einher, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist und dieses umfassend - und nicht bloss im Hinblick auf eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung - geprüft hat, nachdem die Beschwerdeführerin am 5. September 2007 die erforderlichen Unterlagen eingereicht hat. Für die Prüfung der vorliegend streitigen, in der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2008 (act. G 7.1.70) materiell behandelten Rentenfrage ist daher von einer am 25. Februar 2007 (act. G 7.1.2) erfolgten IV-Anmeldung auszugehen.

2.

2.1 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, eine versicherte Person sei vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen und es habe ihr auch nicht zugemutet werden können, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Fall gilt gemäss Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität. Die Invalidität im Sinn von Art. 8 Abs. 1 ATSG wird durch einen Einkommensvergleich ermittelt (Art. 16 ATSG). Die Methode zur Bemessung der konkreten Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wird vom ATSG nicht geregelt. Diese Lücke füllt Art. 28a Abs. 2 IVG: Es ist darauf abzustellen, in welchem Mass die betreffende Person behindert ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Person gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Die Bestimmung von Art. 28a Abs. 3 IVG regelt die so genannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bei Personen, die zum Teil erwerbstätig und zum Teil im Aufgabenbereich tätig sind. In einem solchen "gemischten" Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen. Ist bei einer Person, die nur zum Teil erwerbstätig ist, anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs



ohne den Gesundheitsschaden vollzeitlich erwerbstätig wäre, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27^{bis} IVV).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.3 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). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b mit Hinweisen).

3.

Zunächst ist zu klären, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht rechtsgenügend erstellt ist.

3.1 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft,



solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.2 In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2008 auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. C. ___ und D. ___ vom 13. Juni 2006 (act. G 7.1.70). Die Beschwerdeführerin bestreitet dessen Aussagekraft.

3.3 Gegen das interdisziplinäre Gutachten führt sie die davon abweichenden medizinischen Einschätzungen ins Feld (act. G 1 und G 12).

3.3.1 Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 21. August 2006 (stationärer Aufenthalt vom 11. Juli bis 29. Juli 2006) wurde der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit bescheinigt (act. G 7.1.40-6 f.). Der Austrittsbericht wurde von den Gutachtern zur Kenntnis genommen und im interdisziplinären Gutachten wiedergegeben (act. G 7.1.57-5 f.). Anlässlich der interdisziplinären Beurteilung wurde die Einschätzung der Klinik Valens diskutiert (act. G 7.1.57-13) und der rheumatologische Gutachter legte schlüssig dar, weshalb er deren Einschätzung - spätestens ab Jahresanfang 2007 - nicht teilen konnte und aus rheumatologischer Sicht von einer für leidensangepasste Tätigkeiten bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit ausging (G 7.1.57-16). Die Aussagekraft des interdisziplinären Gutachtens wird daher durch den Austrittsbericht der Klinik Valens nicht geschmälert

3.3.2 Im neurologischen Gutachten der Klinik Hirslanden vom 1. Juni 2006 äusserten sich die Experten bezüglich der "vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit" dahingehend, dass die Beschwerdeführerin medizinisch theoretisch als Geschäftsführerin zu vier Stunden pro Tag arbeitsfähig sei. Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit für den Beruf als Büroangestellte/Promotion betrage 50%. Unter Berücksichtigung des Haushalts und der Pflege ihres Kindes bestehe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von 75% (act. G 7.1.75-13). Die Experten der Klinik Hirslanden bezogen die bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten damit auf den angestammten Beruf. Ins Gewicht fällt weiter, dass sie die Beeinträchtigungen ausdrücklich im Rahmen einer Momentaufnahme machten. So hielten sie fest, dass



"angesichts der kurzen Dauer von nur 1 ½ Monaten seit dem zweiten Unfall" die Frage nach der dauernden Einschränkung in Beruf und Haushalt "nicht zuverlässig zu beantworten" sei. Damit geht einher, dass die Experten lediglich zur "vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit" Stellung nahmen. Daher und weil die Erkenntnisse der neurologischen Beurteilung bei der interdisziplinären Begutachtung berücksichtigt wurden (act. G 7.1.57-4 f. und 7.1.57-13 ff.), wird der Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens durch die Einschätzung der Klinik Hirslanden nicht erschüttert.

3.3.3 Der seit 16. Januar 2008 behandelnde Psychiater diagnostizierte im Bericht vom 23. März 2009 eine Anpassungsstörung mit längerdauernder depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.21) - DD: posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und hielt eine halbtägige leidensadaptierte Tätigkeit für zumutbar. Hierfür verfüge die Beschwerdeführerin über eine 70 bis 80%ige Leistungsfähigkeit (act. G 7.4; vgl. bezüglich Befunde und Diagnose auch die Berichte vom 29. August 2008, act. G 17.3, sowie vom 25. April 2009, act. G 17.4). Vorweg ist darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag es nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4 mit Hinweisen). Solche ergeben sich vorliegend nicht aus den Berichten von Dr. E.____. Der behandelnde Psychiater legt namentlich in den Berichten vom 18. Januar 2011 (act. G 17.2) und vom 21. Juni 2009 (act. G 17.5) nicht dar, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den psychiatrischen Gutachter mangelhaft sein soll. Er benennt auch keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die der psychiatrische Gutachter übersehen hätte. Soweit er sich in seinen Berichten mit dem psychiatrischen Gutachten auseinandersetzt, hält er fest, dass der Psychostatus "nicht gross abweichend" sei (Bericht vom 21. Juni 2009, act. G 17.5). Ferner scheint er sich bezüglich der Konzentrationsfähigkeit, der erhöhten Ermüdbarkeit und des verringerten



Durchhaltevermögens primär auf die Angaben der Beschwerdeführerin (act. G 7.4, zu den entsprechenden Klagen vgl. ferner act. G 17.4) zu stützen. Denn im von ihm erhobenen Psychostatus finden sich keine Hinweise für diese Einschränkungen. So beschreibt er die Beschwerdeführerin als bewusstseinsklar, allseits orientiert. Im Gespräch hätten sich keine groben Konzentrations- oder Auffassungs- sowie Merkfähigkeitsstörungen gezeigt (act. G 7.4, G 17.3 und G 17.4). Ergänzend kann auf die nachvollziehbaren Bemerkungen des RAD-Arztes vom 4. April 2009 verwiesen werden (act. G 7.5). Nach dem Gesagten rechtfertigen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters kein Abweichen vom interdisziplinären Gutachten.

3.3.4 Auch die nicht näher begründete Einschätzung des behandelnden Dr. B.____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Innere Medizin FMH, vom 17. Dezember 2007, wonach auch für leidensadaptierte Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (act. G 7.1.40), vermag das schlüssige interdisziplinäre Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

3.4 Die Beschwerdeführerin rügt weiter, dass das interdisziplinäre Gutachten in Widerspruch zur Haushaltsabklärung vom 7. Mai 2008 stehe (act. G 1, S. 6). Der rheumatologische Gutachter hielt die von der Abklärungsperson allein gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin ermittelte Einschränkung von 40% aus medizinischer Sicht für nicht nachvollziehbar (act. G 7.1.57-15). Diese Betrachtungsweise wird durch das ambulante Assessment Haushalt vom 18. Mai 2010 bestätigt, worin lediglich geringfügige Beeinträchtigungen bei der Haushaltsführung festgestellt wurden (act. G 17.1). Die Fragen, ob und in welchem Umfang Einschränkungen im Haushaltsbereich bestehen, können letztlich aber offen gelassen werden, da im vorliegenden Fall nur die Einschränkungen im Erwerbsbereich von Bedeutung sind (vgl. hierzu nachstehende E. 4). Vor diesem Hintergrund erübrigen sich Weiterungen.

3.5 Die Beschwerdeführerin hält es für "ziemlich erschütternd", dass die Gutachter die Beschwerdegegnerin im Hinblick auf deren Bedürfnisse bzw. zur Optimierung der Gutachtenserstellung um eine Rückmeldung gebeten haben (act. G 12, S. 3). Dieses gutachterliche Anliegen ist indessen nachvollziehbar, zumal vorliegend keine Anhaltspunkte für eine unsachliche Beeinflussung oder für ein befangenes Vorgehen bestehen. Auch das Bundesgericht hat die Wichtigkeit der Qualitätskontrolle und von



Rückmeldungen an die medizinischen Gutachter im Geschäftsbericht 2009 betont (Den Experten "das Wissen über das Ergebnis ihrer Expertenarbeit [Ablehnung oder Gewährung der IV-Leistungen] vorzuenthalten, ergibt keinen vernünftigen Sinn.", Geschäftsbericht 2009, S. 16).

3.6 Am rheumatologischen Gutachten bemängelt die Beschwerdeführerin, dass es "gerade einmal rund zwei Stunden" gedauert habe (act. G 12, S. 4). Dieser Kritik kann nicht gefolgt werden. Weshalb eine rund zweistündige rheumatologische Begutachtung per se nicht lege artis sein soll, begründet die Beschwerdeführerin nicht. Entscheidend ist vorliegend jedoch, dass der rheumatologische Gutachter in Kenntnis der Vorakten, gestützt auf aktuelle Röntgenaufnahmen und auf eine umfassende klinische Untersuchung eine schlüssige Beurteilung vorgenommen hat.

3.7 Die Beschwerdeführerin hält das interdisziplinäre Gutachten zusammen mit dem behandelnden Psychiater (vgl. etwa act. G 17.5) auch deshalb für nicht beweistauglich, da eine neuropsychologische Abklärung fehle (act. G 17). In der Tat erfolgte die interdisziplinäre Begutachtung lediglich aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht. Es fehlen eine fachneurologische und fachneuropsychiatrische Beurteilung. Aus dem von neurologischen Experten erstellten ambulanten Assessment Haushalt der Rehaklinik Bellikon vom 18. Mai 2010 ergeben sich jedoch lediglich geringfügige Einschränkungen (vgl. act. G 17.1, S. 5 f.). Es wurde kein auffälliger neurologischer Befund erhoben (act. G 17.1, S. 13 f.) noch ergibt sich daraus ein Anlass für eine neuropsychiatrische Abklärung. Konzentrationsbeeinträchtigungen wurden von den neurologischen Experten nicht beschrieben. Dies deckt sich auch mit der Einschätzung der Klinik Hirslanden, wo im Rahmen der Mentalstatuserhebung die Konzentration während der zweistündigen Untersuchung als "stetig" bezeichnet wurde (act. G 7.1.75-6). Damit geht einher, dass auch im Austrittsbericht der Klinik Valens von einem unauffälligen kognitiven Leistungsprofil mit nur leichten Schwierigkeiten im figurativen Gedächtnis die Rede war (act. G 7.1.40-6). Im Übrigen wurden die von der Beschwerdeführerin geschilderten Konzentrationsschwierigkeiten und Kopfschmerzen auf das Schmerzsyndrom zurückgeführt (act. G 7.1.40-6 und G 7.1.57-21). Vor diesem Hintergrund ist ein neuropsychiatrischer oder neurologischer Abklärungsbedarf zu verneinen.



3.8 Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise für eine bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2008 eingetretene Verschlechterung, weshalb auch unter diesem Blickwinkel kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen besteht.

3.9 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das interdisziplinäre Gutachten vom 13. Juni 2008 auf umfassender Aktenkenntnis sowie interdisziplinären (rheumatologisch-psychiatrischen) Untersuchungen beruht, das Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt und bei der Bestimmung des Invaliditätsgrads eine für leidensangepasste Tätigkeiten bestehende Arbeitsfähigkeit von 80% berücksichtigt.

4.

Des Weiteren ist zu klären, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall erwerbstätig gewesen wäre.

4.1 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 150 E. 2c). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind nach der Rechtsprechung die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt hätten, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c; BGE 117 V 194 f. E. 3b mit Hinweisen; AHI 1997 S. 288 ff. E. 2b, AHI 1996 S. 197 E. 1c, je mit Hinweisen). Weiter ist bei der Abklärung der Statusfrage dem Umstand Rechnung zu tragen, dass es für bereits seit längerem gesundheitlich beeinträchtigte Personen



schwierig ist, die hypothetischen Verhältnisse realistisch einschätzen zu können (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Juni 2007, IV 2006/114, E. 2d).

4.2 Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Beschwerdeführerin am 22. Januar 2008 zwar an, heute - ohne Behinderung - zu 80% einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. G 7.1.42-2). Anlässlich der Abklärung vom 27. Februar 2008 wiederholte sie diese Aussage ("Aus finanziellen Gründen hätte sie ab März 2005 [nach der Trennung] zu 80% erwerbstätig sein müssen", act. G 7.1.55-3). Demgegenüber bestritt die Beschwerdeführerin nach dem Erhalt des Abklärungsberichts zur Unterzeichnung vehement, dass sie im Gesundheitsfall lediglich zu 80% erwerbstätig sein würde. Vor den Unfällen habe sie zu 100% gearbeitet, sogar noch ein bisschen mehr. Wenn sie die Unfälle nicht gehabt hätte, würde sie bestimmt zu 100% arbeiten (Schreiben vom 16. April 2008, act. G 7.1.55-15).

4.3 Die Ausführungen der Beschwerdeführerin, dass sie vor dem ersten Unfall im Jahr 2003 zu 100% eine Erwerbstätigkeit ausgeübt habe, erscheint glaubhaft und wird in den beigezogenen Haftpflichtakten bestätigt (vgl. das Schreiben der Nachbarin vom 11. Juli 2007: "Sie arbeitete nicht nur 100% sondern weitmehr, und das mit viel Freude!", act. G 21; vgl. ferner auch die Stellungnahme zu einem Brief des Haftpflichtversicherers vom 15. Januar 2007, act. G 21, "Z46"). Das 1996 geborene Kind der Beschwerdeführerin, hilft "ausserordentlich viel im Haushalt" mit (act. G 7.1.55) und bedarf keiner Betreuung mehr, die einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit durch die Beschwerdeführerin entgegenstehen würde. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die knappen finanziellen Verhältnisse (vgl. hierzu act. G 7.1.55-3) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Sie ist daher als vollzeitlich Erwerbstätige zu qualifizieren, zumal keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, die Beschwerdeführerin habe gestützt auf versicherungstechnische Überlegungen eine 100%ige Erwerbstätigkeit für den Gesundheitsfall geltend gemacht.

5.

Nach dem Gesagten ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs und ausgehend von einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit der Invaliditätsgrad zu ermitteln.



5.1 Da vorliegend für die Bestimmung des Valideneinkommens keine repräsentative Grundlage besteht, ist entsprechend der Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Anforderungsniveau 4, Frauen, abzustellen. Da die beiden Vergleichseinkommen somit auf derselben Grundlage zu berechnen sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Zu klären ist damit lediglich noch die Frage der Höhe des Tabellenabzugs bei der Bestimmung des Invalideneinkommens.

5.2 Nach der Rechtsprechung hängen die Fragen, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b und 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.3 Vor allem mit Blick auf die verbliebene Restarbeitsfähigkeit von 80%, auf das nicht weitgehend eingeschränkte Spektrum an zumutbaren Tätigkeiten (zu den Anforderungen an leidensangepasste Tätigkeiten vgl. act. G 7.1.57-14) und auf das noch nicht fortgeschrittene Alter der Beschwerdeführerin (geboren 1970, act. G 7.1.2), erscheint ein Tabellenabzug von - wenn überhaupt - höchstens 15% gerechtfertigt. Selbst bei einem Abzug von 15% resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 32% ($100\% - [80\% \times 0.85]$).

6.

6.1 Die Beschwerde vom 26. Januar 2009 ist abzuweisen.

6.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Prozessführung am 20. April 2009 bewilligt (act. G 8). Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin es gestatten, kann sie jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten



Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG i.V.m. Art. 404 Abs. 1 ZPO/CH).

6.3 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^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

6.4 Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen. 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 pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte am 28. April 2011 eine um einen Fünftel gekürzte (Art. 31 Abs. 3 AnwG) Honorarnote im Betrag von Fr. 4'070.-- (exkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 24.1). Im Vergleich zu durchschnittlichen IV-Rentenfällen entstand vorliegend mit Blick auf den mehrmaligen Schriftenwechsel, den Beizug und die Sichtung der Akten des Haftpflichtversicherers ein erhöhter Aufwand. Zu berücksichtigen ist indessen auch, dass der Rechtsvertreter einen Aufwand von 1 ¼ Stunden für ein nicht im Zusammenhang mit dem vorliegenden Verfahren stehendes Schreiben an den Haftpflichtversicherer vom 28. Februar 2009 (vgl. hierzu act. G 21) geltend macht. Im Licht dieser Umstände erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).