



Fall-Nr.: IV 2009/444
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 05.11.2019
Entscheiddatum: 30.11.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2011

**Art. 28 Abs. 2 IVG. Rentenanspruch. Würdigung von Gutachten.
Rückweisung zur Vornahme eines ergänzenden psychiatrischen Gutachtens
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30.
November 2011, IV 2009/444).**

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2011

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider
und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 30. November 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, Rosenbergstrasse 42b,

9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 11. Dezember 2007 zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 4.1/1). Ihr Hausarzt Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, attestierte ihr im Arztbericht vom 3. Januar 2008 auf Grund eines lumboradikulären Syndroms L4/5, einer grossen Diskushernie LWK4/5 rechts, einer leichten Duralschlauchimpression, einer Adipositas sowie einer Depression und Hypertonie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von Januar bis 18. Juni 2007 sowie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 19. Juni 2007 (act. G 4.1/14-1). Vom 26. Februar bis 24. März 2007 war die Versicherte zur Erlernung von Schmerz coping-Strategien in der Rheinburg-Klinik hospitalisiert (act. G 4.1/14-6ff.). Per 30. November 2007 kündigte die Arbeitgeberin der Versicherten die Stelle als Sortiererin von Fertigparkett aus gesundheitlichen Gründen (act. G 4.1/15-2, 4.1/15-27).

A.b Im Bericht vom 30. Januar 2008 diagnostizierte Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei welcher die Versicherte seit 27. März 2007 in Behandlung war, eine anhaltende depressive Störung mittelschwerer Ausprägung mit im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen, emotionaler Labilität, Störung der Vitalgefühle, eine Isolationstendenz und schwere Schlafstörungen (ICD-10 Z73.1). Die Arbeitsfähigkeit schätzte die Psychiaterin für leidensangepasste Tätigkeiten auf 50% (act. G 4.1/16ff.).

A.c Vom 28. Januar bis 31. Juli 2008 erfolgte ein Eingliederungsversuch über ein Einsatzprogramm des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) Heerbrugg im Projekt "Sohomet", wo die Versicherte bei Holzbearbeitungsarbeiten offenbar eine Leistungsfähigkeit von 30% zeigte (act. G 4.1/20). Während des Einsatzes war die Beschwerdeführerin durchgehend zu 50% arbeitsunfähig und an 13 Tagen wegen Rücken-, Kopf-, Fersenschmerzen und psychischen Problemen krankheitsabwesend (act. G 1.8).



St.Galler Gerichte

A.d Am 17. und 28. Oktober 2008 fand eine interdisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. D.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, und Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, statt. Im psychiatrischen Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung vom 13. November 2008 befanden die Gutachter die Versicherte in adaptierten Tätigkeiten zu 60% arbeitsfähig (act. G 4.1/34 und 4.1/35).

A.e Mit Vorbescheid vom 31. August 2009 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, einen Anspruch auf Rentenleistungen zu verneinen (act. G 4.1/45). Die Versicherte liess dagegen durch Rechtsanwalt lic. iur. J. Jakob am 12. Oktober 2009 Einwand erheben (act. G 4.1/49).

A.f Nach Einholung einer Stellungnahme beim RAD-Arzt Dr. med. F.____ vom 26. Oktober 2009 verfügte die IV-Stelle am 27. Oktober 2009 im Sinn des Vorbescheids (act. G 4.1/64).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 25. November 2009 mit den Anträgen, die Verfügung vom 27. Oktober 2009 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine halbe Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventualiter sei die Beschwerdeführerin von einer unabhängigen ärztlichen Fachperson erneut psychiatrisch begutachten zu lassen und das Verfahren sei bis zum Vorliegen des ärztlichen Sachverständigenberichts zu sistieren; unter Kostenfolge. Der Rechtsvertreter begründete dies im Wesentlichen damit, dass obgleich die ärztlichen Diagnosen der Gutachter mit denjenigen der Berichte des Hausarztes und der behandelnden Psychiaterin übereinstimmten, die Beurteilungen bezüglich der Auswirkungen auf die Restarbeitsfähigkeit weit auseinanderklafften. Zudem sei die vorgenommene Parallelisierung absolut realitätsfremd, und es sei der Beschwerdeführerin auf Grund der körperlich beschränkten Einsatzmöglichkeiten, einer hohen krankheitsbedingten Ausfallwahrscheinlichkeit und der Unzumutbarkeit, weiterhin Schichtarbeit zu leisten, ein Leidensabzug von mindestens 15% zu gewähren (act. G 1).



B.b Mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2010 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung machte sie neu geltend, dass das Schmerzempfinden bei der Beschwerdeführerin dominiere und sich die depressive Störung aus der anhaltenden Schmerzproblematik entwickelt habe. Daher stelle die anhaltende mittelgradige depressive Episode kein von diesem Schmerzempfinden losgelöstes Leiden von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer dar. Auf Grund des Nichterfüllens der gemäss Rechtsprechung relevanten Kriterien sei nicht von einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung auszugehen. Zusammengefasst erfülle das bidisziplinäre Gutachten zwar im Grundsatz die Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei jedoch in Abweichung von den gutachterlichen Schlussfolgerungen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für somatisch adaptierte Tätigkeiten auszugehen. Dadurch sei in erwerblicher Hinsicht nicht mit einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse zu rechnen, welche zum Anspruch auf eine Rente berechtigen würde. Eine Stellungnahme bezüglich der weiter geltend gemachten Kritikpunkte erübrige sich folglich (act. G 4).

B.c In der Replik vom 29. April 2010 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Mit Verweis auf die ärztlichen Berichte führte ihr Rechtsvertreter aus, dass es sich beim psychischen Leiden um ein solches von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer handle, welches offensichtlich zur Invalidität geführt habe (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 12).

Erwägungen:

1.

Vorliegend streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.

2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes



über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person u.a. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Es besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70% und auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss kommt einem Gutachten oder anderen medizinischen Beurteilungen schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht



feststehen, dass die medizinischen Beurteilungen effektiv nicht den Tatsachen entsprechen, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden in der Regel nicht beurteilen können (Urteil des EVG vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2).

3.

3.1 Zu klären ist vorweg die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt.

3.2 Als medizinische Grundlage dienen der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2009 (act. G 4.1/64) die beiden Gutachten der Dres. D.____ und E.____ (act. G 4.1/34 und 4.1/35). Diese führten in der bidisziplinären Zusammenfassung im Gutachten der Klinik Teufen vom 13. November 2008 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11), einen Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie ein Lumbovertebralsyndrom bei Status nach lumbaradikulärem Syndrom L4 und L5 rechts mit grosser medio-rechtsseitiger und rechts rezessaler Diskushernie L4/L5 rechts mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts und mittelgradiger Spinalkanalstenose, bei kleiner Protrusion L3/L4 rechts mit leichter Duralschlauchimpression ohne Nervenkompression und mit nur leichtgradiger relativer Spinalkanalenge, bei stationärem Befund in der CT-Untersuchung der LWS 10/2008 gegenüber 01/2007, klinisch ohne radikuläre Zeichen, BWS-Hypokyphose und Mammahyperplasie bei starker Adipositas (BMI 35kg/m²) und lumbosakraler Übergangsanomalie mit anlagebedingt schmaler Bandscheibe auf. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine starke Adipositas, leichter Vitamin-D-Mangel und arterielle Hypertonie festgehalten. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht das Heben und Tragen von Lasten bis zu 10kg möglich. Falls die bisherige Tätigkeit die Herstellung von Paketen bis 10kg beinhalte oder entsprechend adaptiert werden könne, sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit zu 60% arbeitsfähig. Die 40%ige Arbeitsunfähigkeit sei auf formale Denkstörungen, reduzierte psychische Belastbarkeit, Antriebsstörungen, rasche Ermüdbarkeit und allgemeine Erschöpfung zurückzuführen. Dabei sei der Beschwerdeführerin trotz Einschränkung die Willensanstrengung für eine 60%ige Arbeit zumutbar. Bezüglich den Leiden ideal angepassten (adaptierten) Tätigkeiten sei



zu berücksichtigen, dass sich Rückenfunktionseinschränkungen je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit auswirken könnten, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen. Bei HWS-Problemen seien oft zusätzlich Überkopfarbeiten sowie Vibrationen, bei Problemen am thorakolumbalen Übergang Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers zu meiden. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung - ob stehend oder sitzend - sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteneinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Ausserdem seien Tätigkeiten mit sehr hohen intellektuellen Anforderungen, sehr hohen Anforderungen an die Konzentration und Eigeninitiative sowie Schichtarbeiten nicht zu empfehlen. In zeitlicher Hinsicht habe von April 2007 bis 17. Oktober 2008 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 17. Oktober 2008 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (act. G 35/10f.).

3.3

3.3.1 In der rheumatologischen Beurteilung gab Dr. E.____ im Teilgutachten vom 7. November 2008 an, dass die Beschwerdeführerin am Untersuchungstag unter Rückenschmerzen ohne Ausstrahlung gelitten habe. Da klinisch keine radikulären Zeichen vorhanden seien, sei die aktuelle Diagnose ein Lumbovertebralsyndrom und nicht ein radikuläres Syndrom. Auf Grund der Beschwerden, der Anamnese und den stationären radiologischen Befunden seien stark rückenbelastende Tätigkeiten nicht ausübbar, andere dagegen zu 100%. Ausserdem hielt die Rheumatologin eine Verschlimmerung der Mammahyperplasie durch die starke Adipositas fest. Günstig sei hier die Aufnahme einer Schulter-Arm-betonten Sportart und als ultima ratio könnte eine Mammareduktionsplastik meist zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden führen. Es sei wahrscheinlich, dass durch diese Massnahmen die Arbeitsfähigkeit auch bei vornübergeneigter Körperhaltung deutlich bessere. Allerdings sei die Besserung ein langsamer Prozess, der ein bis zwei Jahre dauern könne. Im Weiteren würden die Schwielen in der Handinnenfläche rechts und an den Fingerkuppen von Daumen- und Zeigefinger rechts mehr als links zeigen, dass die Beschwerdeführerin mit der rechten Hand und den Fingern beidseits regelmässig kraftvoll zupacke, wozu die von ihr gezeigte Handkraft nicht passe. Schliesslich habe sie auch eine Tablettenpackung mit Kinderschutz problemlos aufmachen können, wofür eine gute Handkraft und -motorik



nötig sei. Hier liege am ehesten eine Selbstlimitierung vor. Im Weiteren hätten Untersuchungen gezeigt, dass keines der von der Beschwerdeführerin angegebenen vier Medikamente im Blut vorhanden gewesen sei. Da auch die tatsächlichen Medikamentenbezüge gestützt auf die Krankenkassenunterlagen sehr gering gewesen seien, bestünde kaum eine Übereinstimmung zwischen der Höhe der Medikamentenbezüge und ihren Angaben zu deren Einnahme. Schliesslich seien auch die vom Hausarzt im Schreiben vom 11. Juni 2008 an die IV erwähnten gelegentlichen Schmerzspritzen von der Krankenkasse nie bezahlt worden (act. G 4.1/34-17f.). Die Gutachterin begründete die von ihr attestierte volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus somatischer Sicht damit, dass die Beschwerdeführerin bereits von den Ärzten der Rheinburg-Klinik nach der Rehabilitation in einer adaptierten Tätigkeit mit Wechselbelastung, Heben bis 5kg und Möglichkeit von Pausen - was einem sehr leichten Belastungsniveau entspreche - ab dem 16. April 2007 als voll arbeitsfähig eingestuft worden sei. Da unterdessen keine radikulären Beschwerden mehr bestünden, sei ein leichtes Belastungsniveau (Heben bis 10kg) vertretbar (act. G 4.1/34-20). Während RAD-Arzt Dr. med. G.____, das rheumatologische Gutachten mit Stellungnahme vom 23. Dezember 2008 als vollumfänglich nachvollziehbar erachtete (act. G 4.1/38-2), hielt RAD-Arzt Dr. F.____ am 26. Oktober 2009 fest, dass er die vorgeschlagene Operation zur Brustverkleinerung als nicht sinnvoll erachte. In Übereinstimmung mit dem Gutachten führte er jedoch aus, dass ein radikuläres Symptom, d.h. eine Wurzelreizung, typischerweise im Laufe der Zeit verschwinde. Es verwundere daher nicht, dass eine solche Symptomatik im Jahr 2007 noch gesehen worden sei, im 2008 jedoch nicht mehr. Dies stelle ganz einfach einen möglichen medizinischen Verlauf dar. Als Folge des im Blut nachgewiesenen geringen Medikamentenspiegels stellte Dr. F.____ prinzipiell die Glaubwürdigkeit aber auch den Leidensdruck der Beschwerdeführerin in Frage (act. G 4.1/51-1).

3.3.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält der gutachterlichen rheumatologischen Beurteilung entgegen, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit nur mit wesentlichen Einschränkungen möglich sei. So hätten die Ärzte der Rheinburg-Klinik die Arbeitsfähigkeit ab 15. April 2007 in adaptierter Tätigkeit lediglich mit der Möglichkeit von Pausen als realisierbar erklärt (act. G 4.1/14-8). Damit müsse die jederzeitige Realisierbarkeit von Arbeitspausen gemeint sein, weshalb auch bei einem Arbeitspensum von 100% die Resterwerbsfähigkeit auf Grund der vermehrten Pausen



lediglich maximal 80% betragen könne. Dr. E.____ begründete den Wechsel von einem sehr leichten Belastungsniveau zu einem leichten beziehend auf den Bericht der Rheinburg-Klinik nachvollziehbar mit dem Wegfall der radikulären Beschwerden (act. G 4.1/34-20). Sie nahm jedoch keine Stellung zur Frage, in welchem Ausmass Pausen einzuschalten seien. Diesbezüglich kann aber auf die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. F.____ vom 11. Januar 2010 verwiesen werde, welcher aus körperlicher Sicht auf Grund vermehrter Pausen eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 80% als nachvollziehbar erachtete (vgl. act. G 4.1/64). Insgesamt erscheint diese Einschätzung gestützt auf die somatischen Beschwerden als wohlwollende maximale untere Grenze im Sinn der Beschwerdeführerin. Im Übrigen erweisen sich die Ausführungen von Dr. E.____ als schlüssig und sorgfältig abgestützt. Da sich auch mit Blick auf die übrigen medizinischen Akten keine inhaltlichen Widersprüche ergeben, kann auf das rheumatologische Gutachten sowie die sich darauf beziehende Stellungnahme von Dr. F.____ vom 11. Januar 2010 abgestellt werden.

3.4

3.4.1 In psychiatrischer Hinsicht befand Dr. D.____, dass die Beschwerdeführerin wie praktisch alle Menschen mit bescheidener Ausbildung zur Körpersprache neige. Die emotionalen Belastungen seien kaum thematisiert, sondern auf die körperliche Ebene projiziert worden. Deswegen sei es seines Erachtens zur Chronifizierung der Rückenschmerzen mit dem Verdacht auf die Bildung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gekommen. Im Rahmen der ständigen Schmerzen, der emotionalen Vorbelastungen und der Zunahme der Selbstwertproblematik bei massiver Gewichtszunahme sei es ungefähr im Februar 2007 zur Entwicklung einer depressiven Störung gekommen, die anhaltend seit April 2007 im mittelgradigen Ausmass vorhanden sei. Die Beschwerdeführerin habe zwar über eine leichte Verbesserung ihrer depressiven Symptomatik im letzten Jahr berichtet, wobei während seiner Exploration vom 17. Oktober 2008 die depressive Symptomatik im mittelgradigen Ausmass festzustellen gewesen sei. Die sinnvolle Tagesstruktur während des halbtägigen Einsatzprogramms des RAV von Januar bis Ende Juli 2008 habe seines Erachtens neben der fachlich kompetenten psychiatrischen Behandlung zur Beruhigung und sogar subjektiven Verbesserung ihres Zustands geführt. Deshalb könne der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht seit April 2007 bis zum



Untersuchungstag eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem Untersuchungstag eine solche von 40% attestiert werden. Diese 40%ige Arbeitsunfähigkeit sei auf formale Denkstörungen, reduzierte psychische Belastbarkeit, Antriebsstörungen, rasche Ermüdbarkeit und allgemeine Erschöpfung zurückzuführen (act. G 4.1/35-8).

3.4.2 Im Widerspruch zu dieser gutachterlichen Beurteilung gingen die behandelnden Ärzte Dr. C.____ und Dr. B.____ von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aus. So hatte Dr. C.____ der IV-Stelle am 30. Januar 2008 geschrieben, dass eine anhaltende depressive Störung mittelschwerer Ausprägung mit im Vordergrund stehenden generalisierten Schmerzen, emotionaler Labilität, Störung der Vitalgefühle, Isolationstendenz und schweren Schlafstörungen bestehe, wobei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer adaptierten Tätigkeit 50% betrage mit einer verminderten Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 20 - 30% (act. G 4.1/16). Obgleich die Psychiaterin im Verlaufsbericht vom 18. Juni 2008 keine Änderung der Diagnose festhielt und den Gesundheitszustand als stationär befand, stufte sie die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nun als zu 100% vermindert ein, dies auf Grund einer Intensivierung der generalisierten Schmerzen sowie aktuell intensiven Schmerzen in den Fersen (act. G 4.1/26). Auch der Hausarzt Dr. B.____ dokumentierte in seinem Bericht vom 11. Juni 2008 keine Veränderung der Diagnose, jedoch eine Zunahme der bereits diagnostizierten Depression und damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Er hielt fest, dass die psychiatrische Medikation zu einer weiteren Gewichtszunahme, Inaktivierung und Verschlechterung der Gesamtsituation geführt habe, wobei er die verbleibende Leistungsfähigkeit in zumutbarer Tätigkeit trotzdem weiterhin auf 50% schätzte (act. G 4.1/25). Dass Dr. D.____ diese früheren ärztlichen Einschätzungen, welche von seiner eigenen Beurteilung wesentlich abweichen, dennoch ausdrücklich als fachlich korrekt und damit plausibel bezeichnete (act. G 4.1/34-9), ist widersprüchlich. Obgleich Dr. C.____ die von ihr attestierte volle Arbeitsunfähigkeit unbegründet liess, weshalb auch dieser Beurteilung nicht ohne Weiteres gefolgt werden kann, hätte sich Dr. D.____ mit der beträchtlichen Abweichung hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung auseinandersetzen müssen bzw. diese sicherlich nicht als plausibel bezeichnen dürfen. Das psychiatrische Teilgutachten erscheint daher ziemlich oberflächlich verfasst und wenig mit den Vorakten abgestimmt. Vielmehr entsteht der Eindruck, der Gutachter



habe zwar die Person der Beschwerdeführerin in psychiatrischer Hinsicht untersucht, die Vorakten demgegenüber kaum beachtet.

3.4.3 Als weiterer Mangel ist festzuhalten, dass die psychiatrische Begutachtung am 17. Oktober 2008 und damit zeitlich vor der rheumatologischen vom 28. Oktober 2008 stattgefunden hat (vgl. act. G 4.1/35-1). Gemäss den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen ist die Erhebung objektiver somatischer Befunde in den meisten Fällen gegenüber der psychiatrischen Diagnostik im zeitlichen Ablauf vorrangig. Grund dafür ist, dass gerade bei der Beurteilung psychosomatischer Krankheitsbilder eine valide somatische Befunderhebung notwendig ist, zumal etliche ICD-10-Diagnosen des Kapitels F den Ausschluss organischer Ursachen verlangen (vgl. SÄZ 2004/85, Nr. 20 S. 1050). Vorliegend konnte Dr. D.____ somit nicht auf eine verbindliche somatische Beurteilung abstellen, weshalb er wohl auch "lediglich" den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung äusserte. Diese Diagnose kann erst dann gestellt werden, wenn feststeht, dass die somatischen Beschwerden nicht oder nicht im vollen Umfang objektiviert sind. Insgesamt führen die genannten Unstimmigkeiten und Widersprüche betreffend das psychiatrische Gutachten vom 13. November 2008 dazu, dass darauf nicht abgestellt werden kann.

3.4.4 Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ zu wenig schlüssig und nicht mit dem rheumatologischen Gutachten abgestimmt ist, weshalb es nicht zu überzeugen vermag. Da auch die übrigen Berichte der behandelnden Ärzte keine ausreichende Grundlage bieten und in psychiatrischer Hinsicht somit ein in allen Teilen nachvollziehbares, überzeugendes Gutachten fehlt, rechtfertigt es sich, die Sache zur Vornahme einer weiteren psychiatrischen Begutachtung durch eine noch nicht mit dem Fall befasste Gutachterstelle an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

Während die Beschwerdeführerin im Eventualbegehren der Beschwerde noch die Vornahme einer neuen Begutachtung mit Verfahrenssistierung beantragt hatte (act. G 1 S. 2), beehrte sie in der Replik vom 29. April 2010, dass auf das bidisziplinäre



Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____ als beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage dem Grundsatz nach abzustellen sei. Einzig die aktenwidrige und nachweislich widerlegte "Verbesserung des Gesundheitszustands zwischen Januar und Juli 2008" sei ausser Acht zu lassen und die zumutbare Restarbeitsfähigkeit sei für die gesamte Zeitdauer auf 50% festzulegen (act. G 10 S. 9). Im Entscheid vom 28. Juni 2011, 9C_243/2010, hat das Bundesgericht jüngst festgehalten, dass die erstinstanzlichen Gerichte die Befugnis zur Einholung gerichtlicher Expertisen nicht ohne Not durch Rückweisung an die Verwaltung delegieren dürfen (E. 4.4.1.1). Würde das Versicherungsgericht vorliegend jedoch selber ein medizinisches Gutachten einholen, wäre dadurch der psychische Gesundheitsverlauf lediglich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2009 zu überprüfen bzw. festzustellen, weil die Sozialversicherungsgerichte bei der Beurteilung einer Streitsache grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen haben (vgl. BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). Nachdem Dr. D.____ in seinem Gutachten jedoch auf eine günstige Prognose hinsichtlich der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geschlossen und eine baldige Verlaufsbeurteilung empfohlen hat (vgl. act. G 4.1/35-8), rechtfertigt sich vorliegend eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin. Diese hat sodann ein psychiatrisches Gutachten bezüglich des Gesundheitsverlaufs bis zum Zeitpunkt der Neuverfügung vorzunehmen und damit direkt über den gesamten Verlauf zu entscheiden. Damit wird vorliegend gegenüber dem selbständigen Einholen eines Gutachtens die Verfahrensstraffung begünstigt. Zudem dürften der Beschwerdeführerin keinerlei Nachteile erwachsen, da auch die Beschwerdegegnerin deren Verfahrensrechte (Mitwirkungsrechte im Verwaltungsverfahren) umfassend zu wahren hat (vgl. Urteil vom 28. Juni 2011, a.a.O., E. 3.4.2.6ff.).

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2009 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen 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. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat mit der Replik vom 29. April 2010 eine Honorarnote über Fr. 3'228.-- (Fr. 3'000.-- Entschädigung + Fr. 228.-- Mehrwertsteuer) eingereicht (act. G 10). Diese erscheint angesichts der Art und des Umfangs der Bemühungen angemessen. Somit hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'228.-- (inklusive Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 27. Oktober 2009 teilweise gutgeheissen. Die Sache wird zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten 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. 3'228.-- (inklusive Mehrwertsteuer) zu bezahlen.