



**Fall-Nr.:** IV 2010/190  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.05.2020  
**Entscheiddatum:** 02.01.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 02.01.2012**

**Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG. Erfüllung des sogenannten Wartejahres (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Januar 2012, IV 2010/190). Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl**

**Entscheid vom 2. Januar 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

**Sachverhalt:**

A.



## St.Galler Gerichte

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 30. März 2004 (richtig wohl: 2006) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, berichtete der IV-Stelle am 24. Mai 2006 (IV-act. 8-1/34), die Versicherte leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, einer chronifizierten somatoformen Störung, einer dissoziativen Bewegungsstörung, einer Sensibilitäts- und Empfindungsstörung sowie - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - einem St. n. einer Halluxoperation rechts, einem St. n. Ovarialzystenoperation links und einem St. n. einer OSG-Distorsion mit knöchernem Ausriss des Calcaneus lateralis rechts. Dr. B.\_\_\_\_ gab weiter an, die Versicherte habe eine traumatisch erlebte Operationsnarkose geschildert. Aus dieser traumatisierten Situation heraus hätten erstmals Symptome eines Körpermissgefühls eingesetzt. Etwa sechs Monate nach der Operation sei es zu einer deutlichen Stimmungsverschlechterung und zu Angstattacken mehrheitlich mit einer Somatisierungstendenz (subjektiv empfundene Palpitationen, thorakales Druckgefühl, subjektiv empfundenes Dyspnoegefühl, vegetative Begleitsymptomatik mit Schweissausbrüchen) gekommen. Gleichzeitig hätten erste körperliche Schmerzen eingesetzt. Immer mehr habe sich eine Generalisierung der Schmerzen gezeigt, jeweils begleitet von einem massiven Muskelhartspann mit sekundären Blockierungen vor allem im Bereich der Halspartie. Im Herbst 2005 habe sich die Versicherte zur stationären Rehabilitation in der Klinik C.\_\_\_\_ aufgehalten. Die vorgängig eingeleitete antidepressive/analgetische Therapie mit Cipralext sei dort durch ein weiteres Präparat ausgebaut worden. Die von der Klinik auf 70% festgesetzte Arbeitsunfähigkeit habe aufgrund der weiterhin bestehenden, massiven Schmerzproblematik wieder auf 100% erhöht werden müssen. Derzeit sei die Versicherte immer noch zu 100% arbeitsunfähig. Dr. med. D.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, hatte am 29. August 2005 angegeben (IV-act. 8-20/34), die Versicherte leide an einer Fibromyalgie mit Betonung des linken oberen Körperquadranten. Sie sei seit dem 5. August 2005 zu 100% arbeitsunfähig. Die Klinik C.\_\_\_\_ hatte am 14. Dezember 2005 über den stationären Aufenthalt im Herbst 2005 berichtet (IV-act. 8-12/34) und dabei folgende Diagnosen angegeben: Chronifiziertes Schmerzsyndrom mit funktioneller Komponente, leichtgradige depressive Episode, Nikotinabusus und Adipositas. Die Klinikärzte hatten weiter ausgeführt, beim Eintritt sei eine ausgeprägte Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule festzustellen gewesen. Die Wadellzeichen seien positiv gewesen. 17 von 18



fibromyalgietypischen Tenderpoints seien positiv gewesen, was allerdings auch für die Kontrollpunkte gegolten habe. Die Versicherte sei in ihrer Muttersprache psychiatrisch-psychotherapeutisch exploriert und behandelt worden. Beim Austritt sei sie zu 70%, ab dem 31. Oktober 2005 zu 50% arbeitsunfähig gewesen. Dr. med. E.\_\_\_\_ von der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie hatte am 11. Mai 2006 angegeben (IV-act. 8-9/34), sie habe folgende Diagnosen erhoben: Posttraumatische Belastungsstörung, mittelgradige depressive Episode, chronische somatoforme Schmerzstörung, dissoziative Bewegungsstörung und dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung. Sie hatte weiter ausgeführt, die Versicherte habe angegeben, nach der Halluxoperation im Jahr 2003 habe sie einen Schock erlitten, als sie aus der Narkose aufgewacht sei. Sie habe nämlich nicht mehr atmen können und sie habe ihre Körpermuskeln nicht mehr gespürt. Sie habe die Augen nicht öffnen und auch nicht reden können. Sie habe panische Angst gehabt, dass sie sterben müsse. Dr. E.\_\_\_\_ hatte weiter festgehalten, die Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustands habe fünf bis sechs Monate nach der Operation begonnen. Während des stationären Aufenthalts in der Klinik C.\_\_\_\_ sei neben der depressiven und der Schmerzproblematik eine Konversionsproblematik aufgetreten: Die Versicherte habe sich plötzlich blockiert gefühlt und sie habe ihre Zunge und ihre Lippen nicht mehr bewegen können. Abschliessend hatte Dr. E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht festgehalten, im Vordergrund des Zustandsbildes stünden eine depressive Symptomatik, eine emotionale Instabilität, starke Somatisierungstendenzen, massive Konzentrationsstörungen, Panikattacken und die Konversionssymptomatik. Die Panikattacken, die im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufträten, würden in der Regel durch ein Kältegefühl ausgelöst. Die Symptomatik habe sich so chronifiziert, dass aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe.

A.b Die ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH in Basel hielt in ihrem Gutachten vom 15. Januar 2007 (IV-act. 18) fest, die Diagnosen lauteten: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, Somatisierungsstörung sowie - ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - multilokuläres Schmerzsyndrom der oberen Körperhälfte, derzeit ohne fassbares klinisches Substrat, St. n. Hallux valgus-Operation rechts, aktuell klinisch stumm, Adipositas, erhöhter HbA1c-Wert aktuell mit Verdacht auf Diabetes mellitus. Die Sachverständigen führten weiter aus, die psychiatrischen



Diagnosen hätten eine Arbeitsunfähigkeit von 20% (Verlangsamung des Arbeitstempos, erhöhter Pausenbedarf) zur Folge. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit Anfang 2006, nachdem die Versicherte die während des Aufenthalts in der Klinik C.\_\_\_\_ erlernten "ergonomischen Prinzipien" in den Alltag habe übertragen können. Retrospektive Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit seien immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet. Mit Sicherheit bestehe die Arbeitsunfähigkeit von 20% seit dem Zeitpunkt der Begutachtung. Der Serumspiegel betreffend Deroxat sei dermassen tief gewesen, dass eine regelmässige Einnahme höchst unwahrscheinlich sei. Die Versicherte schätze sich also selbst als nicht sehr krank ein. Von den von der Fachstelle für Sozialtherapie angegebenen Diagnosen könnten einzig eine Somatisierungsstörung und eine leichte depressive Episode bestätigt werden. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung und für eine dissoziative Störung seien nicht erfüllt. Der Verlauf depressiver Störungen sei naturgemäss schwankend. Bereits die Klinik C.\_\_\_\_ habe nur leichte depressive Verstimmungen festgestellt. Im Vordergrund stünden die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und der sekundäre Krankheitsgewinn. Dr. med. F.\_\_\_\_ vom RAD hielt am 30. Januar 2007 fest (IV-act. 21), als Beginn der Arbeitsunfähigkeit könnten auch der Therapiebeginn (November 2005) oder das Ende der Erwerbstätigkeit (August 2005) angenommen werden. Die Arbeitsunfähigkeit habe damals aber nicht 100%, sondern nur 20% betragen. Die Klinik G.\_\_\_\_ berichtete am 4. Mai 2007 (IV-act. 32), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit schwere depressive Episode, an einer Somatisierungsstörung und an einer akzentuierten Persönlichkeit mit abhängigen Zügen. Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Mitarbeiterin bei der Hausreinigung. In einem geschützten Rahmen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Der Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung in der ABI GmbH deutlich verschlechtert. Die depressive Störung sei nun deutlich stärker ausgeprägt. Die die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen hätten sich in der Form geändert, dass sich klare, deutliche passiv-aggressive Persönlichkeitszüge demaskiert hätten, die eine zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die ABI GmbH nahm am 31. Oktober 2007 Stellung (IV-act. 40). Sie führte gestützt auf die zur Verfügung gestellten Akten und die ambulante psychiatrische Begutachtung der Versicherten aus, aktuell könne eine schwere depressive Episode diagnostiziert werden. Hinzu gekommen sei eine dissoziative Störung (Verkrampfungen in der linken Gesichtshälfte, Sensibilitäts-



## St.Galler Gerichte

und Empfindungsstörungen). Aktuell sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. Dr. med. I. \_\_\_ vom RAD gab am 21. November 2007 an (IV-act. 44), die Verschlechterung könne ab Februar 2007 angenommen werden, so dass das Wartejahr im Februar 2008 erfüllt sein werde. Dr. E. \_\_\_ hielt am 1. Februar 2008 fest (IV-act. 52), die Versicherte sei seit mindestens November 2005 schwer psychisch krank. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 23. November 2005.

A.c In einem Vorbescheid vom 11. März 2008 hielt die IV-Stelle fest (IV-act. 62), seit August 2005 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40% sei aber erst ab dem 15. Mai 2007 gegeben. Deshalb habe die Versicherte ab 1. Mai 2007 einen Anspruch auf eine Viertelsrente und ab 1. August 2007 auf eine ganze Rente. Das REM Institut für Expertisen in Medizin und Recht, Zürich, führte in einer als Gutachten bezeichneten Stellungnahme vom 21. April 2008 aus (IV-act. 64-67/103), der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH habe im ersten Gutachten das Vorliegen der von Dr. E. \_\_\_ angegebenen posttraumatischen Belastungsstörung verneint. Die Begründung dafür sei fachlich nicht nachvollziehbar gewesen. Der Sachverständige habe auch nur eine leichte depressive Episode statt der von Dr. E. \_\_\_ festgestellten mittelgradigen depressiven Episode angegeben. Auch dies lasse sich nicht nachvollziehen. Dasselbe gelte für die Verneinung einer dissoziativen Störung. Auch die Ausführungen des Sachverständigen zur Genese der somatoformen Symptome seien unklar. Aufgrund der Mängel in Anamnese, Befund und diagnostischer Beurteilung sei die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 20% nicht schlüssig nachvollziehbar. Abschliessend wurde festgehalten, aufgrund einer reinen Aktenbeurteilung lasse sich die frühere Arbeitsunfähigkeit nicht einschätzen. Im Einwand vom 28. April 2008 zum Vorbescheid (IV-act. 64-1/103) liess die Versicherte durch ihre Rechtsschutzversicherung die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab 1. August 2006, eventualiter ab 1. November 2006 beantragen. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Versicherte sei seit August 2005 ununterbrochen zu 100% arbeitsunfähig. Die anschliessend an den stationären Aufenthalt in der Klinik C. \_\_\_ bestehende Arbeitsunfähigkeit von 70% sei schon kurze Zeit später wieder auf 100% angestiegen. Die depressive Symptomatik habe sich zusehends verschlechtert, so dass im Februar/März 2007 eine stationäre Behandlung habe erfolgen müssen. Im Austrittsbericht sei der Beginn der rezidivierenden depressiven Störung auf Mitte 2005 festgelegt worden. Abschliessend wurde die Übernahme der Kosten des



## St.Galler Gerichte

Privatgutachtens von Fr. 4200.-- durch die IV-Stelle verlangt. Die Psychiatrie-Dienste Süd berichteten am 11. Mai 2009 (IV-act. 78-7/9), die Versicherte sei vom 14. April bis 5. Mai 2009 stationär behandelt worden. Folgende Diagnosen seien erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, dissoziative Störung gemischt und chronisches Schmerzsyndrom mit chronischen Spannungskopfschmerzen. Die Versicherte sei wegen eines Erschöpfungszustands bzw. aufgrund einer akuten Dekompensation eingetreten. Diese sei als Folge eines Schädel-MRI aufgetreten. Anschliessende neurologische Abklärungen hätten aber keine Auffälligkeiten ergeben. Am 18. März 2010 sprach die IV-Stelle der Versicherten rückwirkend ab 1. Mai 2007 eine Viertelsrente und ab 1. August 2007 eine ganze Invalidenrente zu (IV-act. 89, 90). Zur Begründung führte die IV-Stelle insbesondere an (IV-act. 66), seit August 2005 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Aktuell sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. Am 14. Mai 2007 habe eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40% vorgelegen (15. Mai 2006 bis 11. Februar 2007 à 20% und 12. Februar 2007 bis 14. Mai 2007 à 100%). Die in der Stellungnahme zum Vorbescheid angeführten Arbeitsunfähigkeitsdaten stammten hauptsächlich von involvierten Behandlern. Sie seien widersprüchlich und könnten nicht 1:1 übernommen werden. Die Begutachtung durch die ABI GmbH habe eine Restarbeitsfähigkeit von 80% aufgezeigt. Es gebe keinen Grund, an der Seriosität und an der fachärztlich zutreffenden Beurteilung des ABI-Gutachtens zu zweifeln. Die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands (Arbeitsunfähigkeit 100%) sei erstmals am 26. Februar 2007 dokumentiert worden. Die ABI GmbH habe das am 31. Oktober 2007 bestätigt. Die Verschlechterung sei somit ab dem 12. Februar 2007 ausgewiesen.

B.

B.a Die Versicherte erhob am 5. Mai 2010 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. März 2010 (act. G 1). Sie beantragte die Zusprache einer vollen (richtig: ganzen) Invalidenrente ab 1. August 2006, eventualiter ab 1. November 2006, sowie die Übernahme der Kosten der Expertise vom 21. April 2008 von Fr. 4200.-- durch die Einsprachegegnerin (richtig: Beschwerdegegnerin). Die Beschwerdebegründung entsprach weitgehend den Ausführungen im Einwand gegen den Vorbescheid. Die



Beschwerdeführerin ging zusammenfassend davon aus, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 5. August 2005, allenfalls ab November 2005 erstellt sei.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30. Juli 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Sie führte aus, auf die Berichte der Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_ könne nicht abgestellt werden, da sich nur psychische Faktoren auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Dr. B.\_\_\_\_ sei aber Fachärztin für innere Medizin. Dasselbe gelte für die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_. Die Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ seien widersprüchlich. Im Bericht vom Mai 2006 sei eine posttraumatische Belastungsstörung angegeben worden. Im Bericht vom Januar 2008 finde sich diese Diagnose nicht mehr. Trotz unterschiedlicher Diagnosestellung solle die Arbeitsunfähigkeit aber durchgehend 100% betragen haben. Das sei nicht nachvollziehbar. Lasse man die posttraumatische Belastungsstörung ausser Betracht, blieben nur Diagnosen übrig, die nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht als invalidisierend anerkannt werden könnten. Selbst wenn die ABI-Gutachten nicht in sämtlichen Details als mustergültig zu betrachten seien, so seien sie doch im Ganzen plausibel, nachvollziehbar und im Gegensatz zu anderen Berichten auch begründet. In bezug auf diese anderen Berichte sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen dazu neigten, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen. Die Arbeitsfähigkeit könne retrospektiv nicht mehr durch eine Begutachtung abgeklärt werden. Deshalb sei auf die Einschätzung der ABI GmbH abzustellen.

B.c Die Beschwerdeführerin wandte am 16. August 2010 insbesondere ein (act. G 10), sie habe das verordnete Antidepressivum nicht sehr unregelmässig oder in wesentlich geringerer Dosis als angegeben eingenommen. Im Übrigen hätte auch eine regelmässige Einnahme zu keiner Besserung des Zustandsbildes geführt. Die Einschätzungen der behandelnden Ärzte hätten immer mit denjenigen von Dr. E.\_\_\_\_ übereingestimmt. Zudem habe sie sich mit Dr. E.\_\_\_\_ in der Muttersprache verständigen können. Im Gutachten der ABI GmbH sei nicht erklärt worden, wie sich die im Mai 2006 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode zurückgebildet haben solle. Weil die Umstellung von Cipralext auf Paroxetin erst kurz zuvor erfolgt sei, habe letzteres nicht nachgewiesen werden können. Dass die Beschwerdegegnerin ihre Untersuchungspflicht in bezug auf den Gesundheitszustand vor der Begutachtung



## St.Galler Gerichte

verletzt habe, dürfe nicht ihr, der Beschwerdeführerin, angelastet werden. Gemäss einem beiliegenden Verlaufsbericht des Psychiatrischen Zentrums H.\_\_\_\_ (act. G 10.2.1 und 10.2.2) war bereits am 23. November 2005 eine mittelgradige Depression (nebst einer posttraumatischen Belastungsstörung) festgestellt worden. Am 12. Dezember 2005 war von einer Verschlechterung der Stimmungslage ausgegangen worden. In der Folge war anlässlich der Konsultationen jeweils keine wesentliche Veränderung des Zustandsbilds zu erkennen gewesen.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 31. August 2010 auf eine Stellungnahme (act. G 12).

### **Erwägungen:**

1.

Gemäss Art. 16 ATSG ist für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person 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 zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.1 Die Beschwerdegegnerin hat einen derartigen Einkommensvergleich vorgenommen. Gestützt auf dessen Resultat hat sie der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente zugesprochen. Damit hat sie konkludent jede Möglichkeit einer Verminderung der behinderungsbedingten Erwerbseinbusse mittels einer medizinischen Behandlung und /oder einer beruflichen Eingliederung verneint, denn eine den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" übergehende Rentenzusprache wäre zum vornherein rechtswidrig, was der Beschwerdegegnerin natürlich bewusst gewesen ist. Deshalb muss trotz des Fehlens eines entsprechenden Hinweises in der angefochtenen Rentenverfügung davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdegegnerin entsprechende Eingliederungsmöglichkeiten geprüft und verneint hat, bevor sie die Rente zugesprochen hat. Die medizinische und/oder berufliche Eingliederung bildet deshalb ebenfalls Gegenstand der angefochtenen Verfügung und -



über die gesetzlich geregelte, zwingende Abhängigkeit des Rentenanspruchs von der Erfüllung der Eingliederungspflicht - auch Gegenstand des Beschwerdeverfahrens. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben am 31. Oktober 2007 (vgl. IV-act. 40) aufgrund der aktuellen gesundheitlichen Situation jede medizinische oder berufliche Eingliederungsmöglichkeit verneint. Immerhin haben sie aber eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung nach Ablauf von zwei Jahren vorgeschlagen. Sie haben also nicht ausgeschlossen, dass es zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes kommen könnte. Eine solche Verbesserung wäre allenfalls auch in Bezug auf die Eingliederung relevant gewesen. Nun hat Dr. E.\_\_\_\_ aber am 9. September 2009 angegeben (vgl. IV-act. 87), der Befund sei unverändert und für die Zukunft sei nicht mit einer Verbesserung zu rechnen. Das dürfte der Grund dafür gewesen sein, dass die vorgeschlagene psychiatrische Verlaufsbeurteilung unterblieben ist, d.h. die Beschwerdegegnerin hat diese Angaben von Dr. E.\_\_\_\_ - zu Recht - als überzeugend qualifiziert. Sie ist also beim Erlass der angefochtenen Verfügung am 18. März 2010 berechtigterweise davon ausgegangen, dass längerfristig nach wie vor weder eine berufliche noch eine medizinische Eingliederungsmöglichkeit bestehe.

Bei ihrem Einkommensvergleich ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Angaben im Gutachten der ABI GmbH vom 31. Oktober 2007 (vgl. IV-act. 40) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, d.h. davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin überhaupt kein Invalideneinkommen erzielen könne, so dass ein Invaliditätsgrad von 100% resultiere. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den psychiatrischen Sachverständigen der ABI GmbH hat sich die Beschwerdeführerin stationär in der Klinik G.\_\_\_\_ aufgehalten. Der Sachverständige hat sich offenbar weitgehend auf die telephonischen Angaben der zuständigen Ärztin der Klinik G.\_\_\_\_ sowie auf den Bericht dieser Klinik vom 4. Mai 2007 (IV-act. 32) abgestützt. Seine Ausführungen zur Untersuchung sind nämlich nur kurz ausgefallen. Er hat damit nicht nur die Beurteilung der Art und der Schwere der Erkrankung durch die behandelnden Klinikärzte, sondern auch deren Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit als objektiv richtig qualifiziert. Da er sich dabei auch auf das Ergebnis seiner eigenen Untersuchung abgestützt hat, erweist sich diese Einschätzung als überzeugend. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht einen Invaliditätsgrad von 100% angenommen und der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zugesprochen.



Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD hat am 21. November 2007 (vgl. IV-act. 44) den Zeitpunkt des Beginns des ersten stationären Aufenthalts in der Klinik G.\_\_\_\_ (12. Februar 2007) als den Beginn der vollständigen Arbeitsunfähigkeit angenommen. Für die Zeit davor ist die Beschwerdegegnerin von der im ersten Gutachten der ABI GmbH angegebenen Arbeitsunfähigkeit von 20% ausgegangen. Im zweiten Gutachten hat der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH gestützt auf die Angaben der Klinik G.\_\_\_\_ ausgeführt, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich nach der ersten Begutachtung deutlich verschlechtert. Die vorbestehende rezidivierende depressive Störung sei nun stärker ausgeprägt und entspreche einer schweren depressiven Episode mit zu Anfang starker Suizidalität. Aber auch die Diagnosen hätten sich dergestalt geändert, dass sich nun deutliche passiv-aggressive Persönlichkeitszüge demaskiert hätten, die sich zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, zumal die Angstkomponente verstärkt auftrete, wenn die Beschwerdeführerin allein sei. Die Veränderung der Diagnose in der Form der Demaskierung passiv-aggressiver Persönlichkeitszüge ist von den Ärzten der Klinik G.\_\_\_\_ nicht als bessere Erkenntnis eines seit längerer Zeit unverändert anhaltenden, aber "maskierten" Gesundheitszustands verstanden worden, wie es ein umgangssprachliches Verständnis des Begriffs "demaskieren" eigentlich nahelegen würde. Die Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ sind vielmehr davon ausgegangen, dass diese Demaskierung - bzw. die damit verbundene Veränderung der Diagnosen - als eine Verschlimmerung zu betrachten sei. Da ihnen nicht nur das erste Gutachten der ABI-GmbH, sondern auch die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ vorgelegen haben dürfte, sind sie über die massive Abweichung in der Einschätzung der Schwere der psychischen Erkrankung informiert gewesen. Dass sie trotzdem von einer Verschlechterung ausgegangen sind, spricht dafür, dass sie die Einschätzung im ersten Gutachten der ABI GmbH als plausibler betrachtet haben als diejenige der behandelnden Psychiaterin. Die Angaben der Klinik G.\_\_\_\_ decken sich also mit denjenigen des psychiatrischen Sachverständigen der ABI GmbH. Dasselbe muss für die Angaben der Klinik C.\_\_\_\_ angenommen werden. Die Beschwerdeführerin ist während des stationären Aufenthalts in der Klinik C.\_\_\_\_ psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt worden. Dabei ist nur eine leichtgradige depressive Episode festgestellt worden. Die geklagten Schmerzen sind seither subjektiv eher in den Hintergrund getreten und die Blockaden und Gefühlsstörungen werden nun als



stärker beeinträchtigend empfunden. Auch das spricht eher für die vom psychiatrischen Sachverständigen der ABI-GmbH angenommene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands, denn es zeigt, dass neue Diagnosen aufgetreten sind. Im Übrigen haben die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ in der Erwartung, dass die Beschwerdeführerin wieder in das Arbeitsleben zurückfinden werde, eine zwar anfangs noch recht hohe (70%), dann aber bald abnehmende Arbeitsunfähigkeit angegeben. Für eine von Anfang an sehr hohe Arbeitsunfähigkeit sprechen also nur die Angaben der behandelnden Ärzte. Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ sind keine psychiatrischen Fachärzte, so dass ihnen die Spezialkenntnisse und insbesondere die einschlägige Erfahrung zur Beurteilung der Art und der Schwere einer Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und insbesondere zur Einschätzung der daraus resultierenden, objektiven Arbeitsunfähigkeit fehlen dürften. Schon aus diesem Grund ist die Überzeugungskraft ihrer Arbeitsfähigkeitsschätzungen als gering einzustufen, so dass sie keine ernsthaften Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung im ersten Gutachten der ABI GmbH zu wecken vermögen. Dr. E.\_\_\_\_ ist zwar Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aber ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag auch nicht zu überzeugen, weil die Erfahrung zeigt, dass behandelnde Ärzte die allzu pessimistische Selbsteinschätzung ihrer Patienten häufig teilen. Vorliegend kommt hinzu, dass Dr. E.\_\_\_\_ zwar ebenfalls von einer fortlaufenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgegangen ist, gleichzeitig aber die Auffassung vertreten hat, es habe von Anfang an eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Wenn das richtig wäre, hätte sich der psychische Gesundheitszustand also von sehr schlecht hin zu katastrophal entwickelt, was sich aber insbesondere mit den Angaben der Klinik C.\_\_\_\_ nicht in Übereinstimmung bringen lässt. Deshalb vermag die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ für die Zeit vor dem (ersten) Eintritt der Beschwerdeführerin in die Klinik G.\_\_\_\_ weder zu überzeugen noch ernsthafte Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung in den beiden Gutachten der ABI GmbH zu wecken. Es ist deshalb mit Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD davon auszugehen, dass ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100% erst ab dem Beginn der ersten stationären Behandlung in der Klinik G.\_\_\_\_ erstellt ist. Zwar dürfte sich die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands nicht von einem Tag auf den anderen eingestellt haben, so dass auch der Arbeitsunfähigkeitsgrad wohl nicht am 11. Februar 2007 noch 20% und am 12. Februar 2007 (Klinikeintritt) dann bereits 100% betragen hat. Die



Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgrads vor dem 12. Februar 2007 lässt sich anhand der dem Gericht vorliegenden Akten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachvollziehen. Von weiteren Abklärungen zu dieser Entwicklung ist kein näherer Aufschluss zu erwarten. Zulasten der die materielle Beweislast tragenden Beschwerdeführerin ist deshalb davon auszugehen, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit erst ab dem 12. Februar 2007 nachgewiesen ist und dass bis dahin eine Arbeitsunfähigkeit von 20% bestanden hat. Das sogenannte Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) war am 14. Mai 2007 erfüllt, d.h. ab diesem Tag belief sich die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 40% (272 Tage à 20% und 92 Tage à 100% Arbeitsunfähigkeit). Der höchstrichterlichen Rechtsprechung gemäss hat damit aber noch kein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente entstehen können, obwohl der Invaliditätsgrad bereits 100% betragen hat (vgl. die Rz 4002 und 4013 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] sowie die dort angeführte Rechtsprechung). Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40% hat den Rentenanspruch bis Mai 2007 auf eine Viertelsrente beschränkt. Erst im August 2007 hat die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit den Wert von 70% erreicht, so dass die Beschwerdeführerin ab 1. August 2007 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2.

Da sich die angefochtene Rentenverfügung als rechtmässig erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Auf das Gesuch der Beschwerdeführerin, es sei ihr zulasten der Beschwerdegegnerin eine Entschädigung in der Höhe der Kosten des REM-Gutachtens zuzusprechen, kann nicht eingetreten werden, da diese Kosten im Rahmen des Verwaltungsverfahrens entstanden sind. Über einen allfälligen Vergütungsanspruch hätte also zunächst verfügt werden müssen. Das ist bisher unterblieben, so dass in diesem Kostenpunkt noch gar kein Anfechtungsgegenstand vorliegt. Das im Beschwerdeverfahren gestellte Begehren der Beschwerdeführerin kann auch nicht als Rechtsverweigerungsbeschwerde interpretiert werden. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr richtet sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Dieser ist als durchschnittlich zu



werten, so dass sich eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen erweist. Diese Gebühr ist durch den von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Vorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird, soweit auf sie eingetreten werden kann, abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.