



Fall-Nr.: IV 2008/422
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 14.07.2020
Entscheiddatum: 16.04.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 16.04.2010

Art. 43 ATSG. Sachverhaltsermittlung im Rahmen einer Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleichs. Überzeugungskraft sich widersprechender Aussagen von behandelnden Ärzten und von unabhängigen medizinischen Sachverständigen bzw. von unabhängigen medizinischen Sachverständigen unter sich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. April 2010, IV 2008/422).

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen

Miriam Lendfers und Monika Gehrler-Hug; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 16. April 2010

in Sachen

F.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Pro Infirmis St. Gallen-Appenzell, Poststrasse 23, Postfach 1544,
9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

F.____ (Jg. 1963) meldete sich am 15. September 2004 zum Bezug von IV-Leistungen an. Sie gab dabei u.a. an, sie habe keinen Beruf erlernt. Dr. med. A.____ berichtete der IV-Stelle am 27. September 2004, die Versicherte leide an einer chronischen Neurasthenie, an einer chronischen Depression, an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom, an einer Fibromyalgie und an einer psychosozialen Problematik. Sie klage seit Jahren über körperliche Müdigkeit, Erschöpfung und zunehmende Gliederschmerzen. Ausserdem zeige sie ein deutlich depressives Zustandsbild. Sie lebe allein mit fünf Kindern. Durch die Arbeit als Hausfrau sei sie völlig überfordert. Sie könne höchstens zu 50% eine Arbeit übernehmen. Der Chiropraktor Dr. B.____ hatte dem Hausarzt Dr. med. A.____ am 6. März 2004 mitgeteilt, die Versicherte leide an einem panvertebralen Schmerzsyndrom, fraglich spondylogen im thorakalen/lumbalen Bereich mit/bei deutlichen Spondylarthrosen und einer kleinen mediolateralen DH lumbosakral und einem St. n. M. Scheuermann. Die Behandlung sei abgebrochen worden, weil die Versicherte angegeben habe, die Beschwerden hätten eher zugenommen. Die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen hatte dem Hausarzt am 19. August 2003 berichtet, es bestehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom unklarer Aetiologie bei V. a. somatoforme Überlagerung. Zudem liege eine depressive Störung vor. Weder klinisch-neurologisch noch elektroneurographisch hätten sich Hinweise für eine Polyneuropathie gefunden. Bei der subdepressiv erscheinenden Versicherten, die selbst angebe, eine Verbesserung der Schmerzproblematik unter antidepressiven Behandlung mit Fluoxetin erfahren zu haben, sei von einer somatoformen Überlagerung bei einem chronifizierten Schmerzsyndrom im Rahmen einer depressiven Störung auszugehen. Das Röntgeninstitut C.____ hatte am 30. September 2002 berichtet, es liege eine medio-lateral-linksseitige Diskushernie Th11/12 mit Forameneinengung und minimalster Impression des Duralsacks vor. An den Wirbelkörpern zeigten sich ausgeprägte



Scheuermannveränderungen. Die IV-Stelle gab ein rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag.

B.

B.a Dr. med. D.____ führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 27. Oktober 2006 aus, die Versicherte habe im Alter von zehn Jahren zusehen müssen, wie ihre Mutter bei einem Autounfall verblutet sei. Dadurch habe sich ihr Leben einschneidend verändert. Sie habe ein tiefes Gefühl von Einsamkeit empfunden. In der Schule habe sie die Entführung und Ermordung einer Schülerin miterlebt. Sie habe begonnen, diese traumatischen Erlebnisse im Spiel nachzuleben. Nach dem Abbruch des Gymnasiums habe sie in einem Altersheim als Mädchen für alles gearbeitet. Obwohl sie überfordert gewesen sei, habe es sich um ihre glücklichste Zeit gehandelt, weil sie für andere habe da sein und ihre eigenen Bedürfnisse gänzlich zurückstellen können. Mit 21 Jahren habe sie geheiratet und in der Folge vier Kinder geboren. Bei einer Fehlgeburt im Jahr 1990 habe sie erneut eine Konfrontation mit dem Tod erlebt. Danach habe sie vermehrt an Schwächeanfällen und tagelang andauernden Erschöpfungszuständen gelitten. Der Gutachter führte aus, im Vordergrund stünden die Klagen über eine schnelle Erschöpfbarkeit bei körperlicher Arbeit. Haushaltsarbeiten müssten nach spätestens zwei Stunden eingestellt werden. Die Versicherte fühle sich dann leer und ausgelaugt, könne sich nicht mehr konzentrieren und habe ein unüberwindbares Schlafbedürfnis. Diese Zustände träten unvermittelt, ohne Ankündigung und ohne äusseren Grund auf. Sie seien begleitet von unspezifischen Schmerzen am ganzen Körper. Manchmal könne die Versicherte die Arbeit nach einer halben Stunde wieder aufnehmen, manchmal hielten diese Zustände aber auch einige Tage an. Der Gutachter stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode. Er führte weiter aus, nach dem Tod der Mutter habe die Versicherte zahlreiche neurotische Symptome entwickelt. Das neurotische Verhalten habe meist eine Form des Leidens und der Selbstbestrafung zum Inhalt. Es müsse als fehlgeschlagene Verarbeitung des erlittenen Traumas interpretiert werden. Die Versicherte habe sich für die Familie und die Arbeit aufgeopfert, habe ihre eigenen Interessen zurückgestellt und sich oft überfordert. Grenzen seien ihr nur durch die auftretenden Schmerzen und die Erschöpfungszustände gesetzt worden. Die Bedingungen für ein somatisches Syndrom seien nicht gegeben. Es sei nicht entscheidend, die differentialdiagnostische Frage zu



beantworten, ob ein CFS oder eine Depression vorliege. Aus rein psychiatrischer Sicht betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit 50%. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit (Arbeit im gewohnten Bereich oder in einem vertrauten Umfeld) könnte eventuell eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Empfehlenswert sei eine kognitiv verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie. Die bis anhin minimale Dosis von Fluoxetin sollte erhöht werden.

B.b Dr. med. E.____ berichtete im Gutachten vom 30. November 2006, die Versicherte habe angegeben, das gesundheitliche Hauptproblem seien die "Schwächeanfälle". Diese träten annähernd täglich auf und dauerten zwischen wenigen Stunden und eineinhalb Tagen. Die Versicherte sei diesen Anfällen hilflos ausgeliefert. Sie fühle sich dann wie im Fieber, fröstle und habe sehr kalt. Von Kopf bis Fuss tue alles weh und sie fühle sich ganz steif. Sie sei im Kopf benebelt und schwindlig, habe Mühe zuzuhören und etwas im Gedächtnis zu behalten. Der Gutachter gab an, er habe während der Untersuchung nur selten averbale, Sitzentlastungsbemühungen vermittelnde Schmerzäusserungen beobachtet. Die Versicherte habe ihren Bewegungsapparat allgemeinen behutsam-zögerlich bewegt und belastet. Dabei sei nichts aufgefallen, das auf eine konkrete Pathologie hingewiesen hätte. Der Gutachter stellte folgende Diagnose: kein krankheitsrelevantes organmedizinisches Leiden, radiologisch degenerative Segmenterkrankung L5/S1 und Th11/12 (krankmachender Stellenwert fraglich). Er führte dazu aus, die Versicherte habe prioritär die Leidensgeschichte eines chronischen Müdigkeitssyndroms mit den Kardinalsymptomen nicht-schlaferholsame Müdigkeit und Schwächeanfälle mit physisch und mental invalidisierend berichteten Leistungseinbrüchen verlauten lassen. Die Entstehungshintergründe und das langjährig qualitativ gleichwertige Symptomangebot schliessen ein im organmedizinischen angesiedeltes Leiden weitgehend aus. Soweit die angegebenen chronischen Schmerzbeschwerden unspezifisch-generalisierend und syndrombezugnehmend geschildert würden, seien sie Begleitsymptome der Grundstörung. Die auf dem Konsens der beiden Gutachter beruhende Arbeitsunfähigkeit betrage 50%.

C.

Am 19. Juni 2007 erfolgte eine Haushaltabklärung. Gemäss dem entsprechenden Bericht war die Versicherte bis zur Trennung von ihrem Ehemann im Jahr 2002



St.Galler Gerichte

ausschliesslich Familienfrau gewesen. Noch bis 2012 hatte sie ein Wohnrecht im Einfamilienhaus, das dem Ehemann gehörte. Der Mietzins von Fr. 1400.- wurde von den Unterhaltsleistungen des Ehemannes in Abzug gebracht. Die Versicherte erhielt Fr. 900.- monatlich und zusätzlich zweimal Fr. 750.- für den Kinderunterhalt, wobei ein Drittel des Lehrlingslohns abgezogen wurde. Bar ausbezahlt erhielt die Versicherte ca. Fr. 800.- monatlich. Die mit im Haus wohnende Schwiegermutter beteiligte sich mit Fr. 650.- monatlich an den Miet- und Haushaltskosten. Nur noch zwei Kinder (Jg. 1988 und 1993) lebten bei der Versicherten. Mit einer leichten Arbeit in der Abtei G.____ hatte die Versicherte im Jahr 2004 Fr. 6700.- brutto verdient. Die Abklärungsperson wies darauf hin, dass die Versicherte "je länger je mehr" einen Vollerwerb anstreben müsse. Da sie im Erwerb und im Haushalt zu 50% arbeitsunfähig sei, könne eine Aufteilung in die beiden Bereiche unterbleiben. Dr. med. H.____ vom RAD empfahl am 3. Juli 2007, die Versicherte zu einer schadenmindernden psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie zu verhalten. Die IV-Stelle forderte die Versicherte auf, bis 31. August 2007 den behandelnden Psychiater bekanntzugeben. Der von der Versicherten angegebene Dr. med. I.____ berichtete am 13. Mai 2008, die Versicherte leide an einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und – als Komorbidität – an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1). Seit mehreren Jahren bestehe eine hochgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Der Zeitpunkt des Eintritts dieser Beeinträchtigung sei nicht eindeutig bestimmbar. Die Leistungsfähigkeit sei zu 90% vermindert und zwar im Haushalt wie am Arbeitsplatz. Im Hinblick auf das depressive Syndrom sei es in der letzten Zeit eher zu einer Verschlechterung gekommen. Es sei zu bedenken, dass es sich um eine bereits zuvor chronisch verlaufende Störung handle. Die Etablierung einer optimalen Psychopharmakotherapie stehe noch bevor. Damit solle zumindest eine relative Besserung und Linderung der Schmerzen erreicht werden. Dr. med. K.____ vom RAD schlug am 7. April 2008 vor, den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den 1. April 2002 zu setzen, als die Versicherte sich von ihrem Ehemann getrennt habe. Sie empfahl eine erneute psychiatrische Abklärung.

D.

Der Psychiater Dr. med. L.____ führte in seinem Gutachten vom 28. April 2008 aus, die Versicherte habe die Aussentreppe zur Praxis nur von links und rechts durch zwei Hilfspersonen abgestützt überwinden können. Sie habe einen extrem gehbehinderten



Eindruck gemacht, allerdings seien keine Krücken zu sehen gewesen. Den Gang von der Haustür zum Untersuchungszimmer habe die Versicherte zwar allein bewältigt, aber die einzige Treppenstufe habe sie überwunden, indem sie das rechte Bein mit dem Arm hochgehoben habe. Trotzdem habe sie im Verlauf der Untersuchung angegeben, sie fahre noch Auto und sie gehe mit den Hunden spazieren. Längere Zeit zu sitzen sei für sie das Schlimmste. Während der Untersuchung habe die Versicherte immer wieder die Gelegenheit gehabt, kurz aufzustehen und einige Schritte zu gehen. Die Gehschwäche sei danach aber eher verstärkt als abgeschwächt gewesen. Die Grundstimmung sei ausgeglichen und erstaunlich heiter bis fröhlich gewesen. Affektiv habe er die Versicherte als sehr schwingungsfähig erlebt, der emotionale Ausdruck sei fast durchwegs auf der positiven Seite gewesen. Nur einmal sei ein Hauch von Betroffenheit aufgefallen. Die Affektlage habe im Sinn einer belle indifférence entkoppelt gewirkt. Sie sei mit den angegebenen und gezeigten Beschwerden nicht in Einklang zu bringen gewesen. Die Versicherte habe folgende Beschwerden angegeben: Schwächezustände, Kraftlosigkeit, Erschöpfung, Konzentrationsstörungen unterschiedlichen Ausmasses, Kopfschmerzen, wandernde Schmerzen von Kopf bis Fuss und eine Unfähigkeit zur Entspannung. In bezug auf die Therapie bei Dr. med. I.____ scheine es nach den vorgeschriebenen sechs Monaten zu einem Abschluss zu kommen, ohne dass ein therapeutischer Durchbruch hätte erzielt werden können. Die verschiedenen Antidepressiva hätten der Versicherten nach deren eigenen Angaben schlecht getan, sie habe sie nicht ertragen. Sie habe kürzlich die letzte eingenommen. Der Gutachter führte weiter aus, er habe mit den beiden Vorgutachtern telefonieren wollen, aber nur mit Dr. med. E.____ sprechen können. Dieser habe den Eindruck bestätigt, dass der Psychostatus im Teilgutachten von Dr. med. D.____ nicht mit dessen Schlussfolgerungen übereingestimmt habe. Der Gutachter gab folgende Diagnosen an: kombinierte Störung aus dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10 F4) mit Anteilen einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0, allgemeine Schwächezustände, Unfähigkeit zur Entspannung), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4, wandernde Schmerzen mit immer wieder subjektiv hohem Intensitätsgrad) sowie aufgrund der aktuellen Untersuchung vor allem einer dissoziativen Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4, an eine Beinlähmung erinnernde Gehstörung) bei einer vorbestehenden Persönlichkeit mit ausgesprochen histrionischen (die Art, die "Krankheit" als eine solche darzustellen, die 34 vergangenen



Behandlungen und bald auch der aktuellen Behandlung getrotzt habe, macht die "Krankheit" und deren Trägerin zu etwas Bedeutsamem) und wohl auch etwas unreifen Zügen. Die in ihren Anteilen variabel auftretende Störung sei wohl seit der Fehlgeburt 1990 klinisch manifest geworden. Die im Vorgutachten diagnostizierte depressive Erkrankung lasse sich nicht mehr feststellen. Für den aktuellen Beschwerdeverlauf dürfte nicht der frühe Tod der Mutter, sondern die histrionische Persönlichkeitsstruktur verantwortlich sein. Seine Beurteilung schloss der Gutachter mit folgender Aussage ab: "Die diagnostizierten Störungen rechtfertigen – bei Fehlen der üblichen somatischen, psychischen und sozialen Komorbiditätsfaktoren – keine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (auch keine partielle), wobei diese allerdings aufgrund des langjährigen 'Krankheits'-Verlaufs praktisch schwierig zu realisieren sein dürfte". Zur Frage nach der Arbeitsfähigkeit führte er zudem aus: "Die medizinisch (theoretisch) von der diagnostizierten Störung her nicht vorhandene bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten kontrastiert diametral mit deren subjektivem 'Krankheits'-Verständnis und auch der Tatsache, dass sie bald 35 Therapieversuche erfolgreich zum Scheitern gebracht haben wird".

E.

Dr. med. K.____ vom RAD schlug am 22. Mai 2008 vor, als Beginn der Arbeitsunfähigkeit den September 2003 anzunehmen. Sowohl für die angestammte als auch für eine adaptierte Tätigkeit sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50% anzunehmen, allerdings nur bis zur neuerlichen Begutachtung am 28. April 2008. Ab diesem Zeitpunkt sei eine Arbeitsfähigkeit von 100% anzunehmen. Mit einem Vorbescheid vom 1. Juli 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Rentengesuch abzuweisen. Die Versicherte liess am 12. August 2008 durch die Pro Infirmis einwenden, sie könne maximal 20 Std. monatlich arbeiten. Es sei ihr unmöglich, zu 100% zu arbeiten, auch wenn sie als Folge der Scheidung aus finanziellen Gründen eigentlich dazu gezwungen wäre. Dr. med. L.____ hätte unbedingt mit Dr. med. D.____ und Dr. med. I.____ Rücksprache nehmen müssen, um die Differenzen zu klären. Zudem habe er keine testpsychologische Beurteilung vorgenommen und er habe auch keinen Kontakt mit der Arbeitgeberin aufgenommen. Das Gutachten von Dr. med. L.____ erfülle deshalb die Kriterien der Rechtsprechung nicht. Da jedenfalls bis 28. April 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestanden habe, müsse für die Zeit davor ein



Rentenanspruch bestehen. Dieser Stellungnahme lag ein Bericht von Dr. med. I.____ vom 7. August 2008 bei, laut dem primär eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) mit dem symptomatischen Schwerpunkt auf Gefühlen von körperliche Schwäche, Ermüdung und Erschöpfung nach oftmals geringen Anstrengungen vorlag. Dr. med. I.____ hatte weiter ausgeführt, es sei schwierig zu beurteilen, ob als Komorbidität eine affektive/depressive Störung vorliege, weil gemäss ICD-10 für die Klassifikation einer depressiven Episode ein Zeitraum von 14 Tagen verlangt werde. Im Verlauf der Behandlung habe er eher den Eindruck gewonnen, dass es sich um ausgeprägte, aber rasch, oftmals innerhalb eines Tages wechselnde Stimmungsschwankungen handle. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt und schwankend. Dass die Versicherte überhaupt noch arbeiten könne, sei zu einem grossen Teil dem Arbeitgeber zu verdanken. Dr. med. K.____ vom RAD hielt dazu am 22. August 2008 fest, die von der neurologischen Abteilung des Kantonsspitals St. Gallen am 19. August 2003, vom Hausarzt am 27. September 2004 und im ersten Gutachten vom 27. Oktober 2006 angegebene depressive Störung sei in einer Zeit aufgetreten, in der wegen der Scheidung, der Trennung von zwei erwachsenen Kindern und der pubertierenden Pflegetochter Konflikte aufgetreten seien, die durchaus zu einer depressiven Symptomatik hätten führen können. Mittlerweile habe die Versicherte die Umbruchsituation bewältigt. Dem Gutachten vom 28. April 2008 sei zu entnehmen, dass mittlerweile keine depressive Symptomatik mehr bestehe. Limitierend sei nun eine Neurasthenie, die schon immer bestanden habe, die aber keineswegs eine so hohe Arbeitsunfähigkeit wie im Vorgutachten angegeben bestätigen könne. Weiter lägen eine dissoziative Bewegungsstörung bei einer Persönlichkeit mit histrionischen und unreifen Zügen und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Da keine relevante psychiatrische Komorbidität mehr bestehe, sei auch die somatoforme Schmerzstörung als Gesundheitsschaden ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzuordnen. Also sei eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen. Dr. med. I.____ habe am 7. August 2008 seine eigene frühere Einschätzung in Frage gestellt, denn am 13. März 2008 habe er noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Jetzt habe er nämlich angegeben, es handle sich um wechselnde Stimmungsschwankungen. Aus dem Gutachten von Dr. med. L.____ gehe eine neurotische Tendenz der Versicherten hervor, sich selbst in überfordernde Situation zu manövrieren und dabei eine Art von Glück zu finden. Nur im Rahmen ihrer Schmerzen und ihrer Müdigkeit fühle



sich die Versicherte legitimiert, Hilfe aus dem Familien- und Freundeskreis zu mobilisieren. Ein sekundärer, nicht IV-relevanter Krankheitsgewinn sei unübersehbar. Mit einer Verfügung vom 9. September 2008 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab.

F.

Die Versicherte liess am 22. September 2008 Beschwerde erheben und beantragen, es seien ihr die ihr gesetzlich zustehenden Leistungen zuzusprechen; zumindest sei ihr nach Ablauf des Wartejahres ab September 2004 bis zur Änderung des Invaliditätsgrades im April 2008 eine Rente zuzusprechen. Zur Begründung wurde ausgeführt, die IV-Stelle sei nicht darauf eingetreten, dass in den Jahren 2003 bis 2006 eine depressive Symptomatik vorgelegen habe und dass dann eine relevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei.

G.

Die IV-Stelle beantragte am 12. November 2008 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, alle Gutachter und alle behandelnden Ärzte seien sich einig, dass nur ein psychisches Leiden vorliege. Ob dieses Leiden nun Neurasthenie, Fibromyalgie, CFS oder anhaltende somatoforme Schmerzstörung heisse, könne offen bleiben, denn es bestehe die Vermutung, dass diese Krankheit keine Arbeitsunfähigkeit bewirke, die eine Invalidität auslösen würde. Die Krankheitsfolgen seien nämlich durch eine zumutbare Willensanstrengung überwindbar. Nur im Ausnahmefall sei eine Invalidität anzunehmen. Ein Ausnahmefall sei insbesondere dann anzunehmen, wenn eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere bestehe. Das sei nicht der Fall. Vorübergehende leichte depressive Episoden oder Stimmungsschwankungen reichten nicht aus. Unabhängig davon, ob sich die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zwischen 2004 und 2008 verändert habe, sei aus juristischer Sicht durchgehend von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

H.

Die Versicherte liess am 27. November 2008 einwenden, zumindest für die Zeit von September 2003 bis April 2008 sei eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere ausgewiesen. In dieser Zeit habe nämlich eine mittelschwere Depression



bestanden. Im übrigen seien andere Kriterien eines Ausnahmefalles als die psychische Komorbidität erfüllt. Es sei der Versicherten trotz einer zumutbaren Willensanstrengung nicht gelungen, die Krankheit zu überwinden. Das Leiden bestehe seit 1990, so dass von einem mehrjährigen chronischen Verlauf ohne längerdauernde Besserung auszugehen sei. Ausserdem liege ein sozialer Rückzug vor. Trotz vieler Therapien habe sich der Zustand nicht gebessert. Die Versicherte habe kooperativ und motiviert bei der Psychotherapie mitgewirkt.

I.

Die IV-Stelle verzichtete am 5. Dezember 2008 auf eine Stellungnahme zur Replik.

Erwägungen:

1. Die Beschwerdegegnerin hat die Frage nach der anwendbaren Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich Art. 16 ATSG, Betätigungsvergleich Art. 8 Abs. 3 ATSG, sogenannte gemischte Methode Art. 28a Abs. 3 IVG) offen gelassen, da die Beschwerdeführerin sowohl im Haushalt wie im Erwerb zu 50% arbeitsfähig sei. Immerhin ist im Abklärungsbericht darauf hingewiesen worden, dass die Beschwerdeführerin "je länger je mehr" einen Vollerwerb hätte anstreben müssen. Bei ihrem Verzicht auf eine abschliessende Klärung des Status der Beschwerdeführerin (nur erwerbstätig, nur im Haushalt tätig, gemischt im Erwerb und im Haushalt) hat die Beschwerdegegnerin übersehen, dass die Anwendung der gemischten Methode nach der bundesgerichtlichen Praxis auch bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% im Erwerb und im Haushalt relevant wäre, denn anders als beim reinen Einkommensvergleich und beim reinen Betätigungsvergleich, die auf jeden Fall einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad liefern würden, hätte ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% im Erwerb und im Haushalt nach der gemischten Methode wohl einen unter 40% (Art. 28 IVG) liegenden Invaliditätsgrad zur Folge. Deshalb muss die "Statusfrage" beantwortet werden. Nach ständiger bundesgerichtlicher Praxis ist die Frage, ob eine versicherte Person ohne den Gesundheitsschaden im Haushalt tätig wäre oder einer Erwerbstätigkeit nachginge, anhand der hypothetischen Verhaltensweise dieser versicherten Person im fiktiven "Gesundheitsfall" zu beantworten. Dabei ist abzuklären, ob die versicherte Person ohne den Gesundheitsschaden mit Rücksicht auf die



gesamten Umstände persönlicher, familiärer, sozialer und erwerblicher Art erwerbstätig oder im Aufgabenbereich tätig wäre. Dabei sind auch eine allfällige finanzielle Notwendigkeit der Aufnahme oder der Ausdehnung einer Erwerbstätigkeit, allfällige Erziehungs- oder Betreuungsaufgaben, das Alter und die beruflichen Fähigkeiten, Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (vgl. etwa BGE 125 V 150). Dem Wortlaut, der – erweiterten – Entstehungsgeschichte und insbesondere dem Sinn und Zweck des Art. 8 Abs. 3 ATSG gemäss müsste allerdings auf die objektive Zumutbarkeit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit im fiktiven "Gesundheitsfall" abgestellt werden. Das Bundesgericht hat dieses Interpretationsergebnis - ohne überzeugende Begründung - in konstanter Praxis als falsch qualifiziert (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2007, I 126/07). Die Beschwerdeführerin hat seit 2002 von ihrem Ehemann getrennt gelebt. Sie hat für zunächst fünf Kinder, schliesslich noch für zwei Kinder gesorgt. Die Unterhaltsleistungen des Ehemannes haben gemäss der Abklärung vom 19. Juni 2007 von Anfang an nicht ausgereicht, um den Unterhalt der Beschwerdeführerin und der Kinder zu decken. Das älteste Kind war im Jahr 2003 18-jährig, das jüngste 10-jährig. Angesichts des in diesem Alter reduzierten persönlichen Betreuungsbedarfs der Kinder, der zudem teilweise durch die im Haus lebende Schwiegermutter der Beschwerdeführerin wenigstens insofern hätte gedeckt werden können, dass die Kinder nur selten allein zuhause gewesen wären, wäre es der Beschwerdeführerin im fiktiven Gesundheitsfall objektiv betrachtet zumutbar gewesen, vollzeitlich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, zumal sie ihre Arbeit als Reinigungsfrau zeitlich einigermassen frei hätte einteilen können. Insbesondere angesichts der prekären finanziellen Situation nach der Trennung vom Ehemann und angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin als ungelernete Arbeitnehmerin im fiktiven "Gesundheitsfall" nur ein bescheidenes Erwerbseinkommen hätte erzielen können, so dass bei einem Verzicht auf die volle Ausnützung der Erwerbsfähigkeit eine Sozialhilfeabhängigkeit gedroht hätte, muss auch nach der bundesgerichtlichen Praxis von einer hypothetischen Vollerwerbstätigkeit ausgegangen werden. Da zwischen 2003 und 2008 nacheinander drei der Kinder ausgezogen sind und da die verbleibenden Kinder mit zunehmendem Alter immer weniger auf eine persönliche Betreuung durch die Beschwerdeführerin angewiesen gewesen sind, hätte die Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall" im Verlauf der hier massgebenden Periode 2003 bis 2008 immer weniger Veranlassung gehabt, ihre Arbeitskraft nicht



vollumfänglich in einer Erwerbstätigkeit zu verwerten. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist somit auf jeden Fall anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu ermitteln.

2.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das eine 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 die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Das Valideneinkommen bemisst sich also nach der hypothetischen beruflichen Karriere einer versicherten Person im fiktiven "Gesundheitsfall". Die Beschwerdeführerin hat zwar einige Jahre das Gymnasium besucht, dieses aber vorzeitig abgebrochen und in der Folge keinen Beruf erlernt. Bis zur Trennung von ihrem Ehemann ist sie ausschliesslich als Familienfrau tätig gewesen. Trotz der Erkrankung hat sie dann eine Arbeit im Bereich der Haushaltreinigung aufgenommen. Dabei handelt es sich nicht um jene berufliche Karriere, welche die Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall" eingeschlagen hätte, denn aufgrund des mit dem Besuch des Gymnasiums demonstrierten intellektuellen Potentials muss davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin an sich in der Lage gewesen wäre, im fiktiven "Gesundheitsfall" nach der Trennung vom Ehemann und dem damit verbundenen Zwang zur wirtschaftlichen Selbständigkeit eine qualifizierte Berufsausbildung nachzuholen. Selbst wenn sie aufgrund ihrer prekären finanziellen Situation nach der Trennung auf eine Berufsausbildung hätte verzichten müssen, wäre sie imstande gewesen, mittelfristig eine qualifizierte Erwerbstätigkeit auszuüben, denn der berufliche Werdegang ist längst nicht mehr an Berufsabschlüsse, Diplome usw. gebunden. Es wäre der Beschwerdeführerin also auch ohne nachgeholt Berufsausbildung mit ausreichender Wahrscheinlichkeit möglich gewesen, im fiktiven "Gesundheitsfall" ein Erwerbseinkommen zu erzielen, das höher gewesen wäre als der effektiv erzielte Stundenlohn oder als der Durchschnittslohn der Hilfsarbeiterinnen. Das zwingt dazu, das Valideneinkommen nicht anhand des an der konkreten Stelle bei einem Beschäftigungsgrad von 100% erzielbaren Lohns oder anhand des Zentralwerts der



Löhne von Hilfsarbeiterinnen gemäss der Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik zu bemessen. Mangels eines präziseren Massstabs ist auf den Zentralwert der Löhne von Frauen mit Berufs- und Fachkenntnissen abzustellen. Dieser Zentralwert beläuft sich gemäss der Lohnstrukturerhebung 2002 auf Fr. 4743.-, umgerechnet von 40 auf den schweizerischen Durchschnitt von 41,7 Wochenarbeitsstunden auf Fr. 4944.60 bzw. Fr. 59'335.-. Beim Einkommensvergleich ist also von einem Valideneinkommen in dieser Höhe auszugehen.

3.

3.1 Die zumutbare Invalidenkarriere entspricht nicht der von der Beschwerdeführerin effektiv ausgeübten Erwerbstätigkeit im Kloster G.___. Das gilt nicht nur für den Beschäftigungsgrad, sondern auch für die fachlichen Anforderungen der Arbeit und damit für das Lohnniveau. Die Beschwerdeführerin übt eine Erwerbstätigkeit aus, die als klassische Hilfsarbeit zu qualifizieren ist. Damit stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin durch ihre Krankheit daran gehindert ist, ihre intellektuellen Ressourcen erwerblich umzusetzen und einer qualifizierteren Arbeit nachzugehen, für die ihr auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausreichend Stellen zur Verfügung stünden. Sowohl Dr. med. D.___ als auch Dr. med. L.___ haben keine – objektiv vorhandenen oder auch nur subjektiv empfundenen – psychischen Beeinträchtigungen angegeben, die geeignet wären, die intellektuelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin spürbar herabzusetzen. Diesbezüglich besteht also keine krankheitsbedingte Einschränkung, so dass es der Beschwerdeführerin möglich und zumutbar gewesen wäre, nach der Trennung vom Ehemann eine qualifiziertere und damit besser entlohnte Arbeit anzunehmen. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin durchgehend eine unqualifizierte Hilfsarbeit ausgeübt hat, ist also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den realen und aktuellen Arbeitsmarkt in der Zeit seit 2002 zurückzuführen, der es der Beschwerdeführerin verunmöglicht hat, ihre verbliebene Arbeitsfähigkeit unter voller Ausnützung ihrer intellektuellen Fähigkeiten und damit ihres Lohnpotentials einzusetzen. Da auf das zumutbare Invalideneinkommen und nicht auf das effektiv erzielte Erwerbseinkommen abzustellen ist, muss zur Bemessung des Invalideneinkommens auf die objektiv noch bestehende erwerbliche Leistungsfähigkeit und deren - hypothetische - Verwertung auf dem allgemeinen und ausgeglichenen



Arbeitsmarkt abgestellt werden. Deshalb besteht die zumutbare Invalidenkarriere der Beschwerdeführerin ebenfalls in einer Erwerbstätigkeit, die Berufs- und Fachkenntnisse voraussetzt. Bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist deshalb von einem Jahreseinkommen von Fr. 59'335.- auszugehen.

3.2 Damit fehlt als letztes Element zur Bemessung des Invalideneinkommens und damit im Ergebnis des Invaliditätsgrades die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Erwerbstätigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit liegen divergierende Aussagen vor. Dr. med. D.____ hat in seinem Gutachten vom 27. Oktober 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50% angegeben. Dr. med. L.____ ist in seinem Gutachten vom 28. April 2008 von einer vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit ausgegangen und der behandelnde Psychiater Dr. med. I.____ hat die Arbeitsunfähigkeit am 13. März 2008 mit 90% beziffert. Er hat diese Einschätzung am 7. August 2008 bestätigt. Dr. med. K.____ vom RAD hat diese Widersprüche am 22. August 2008 dadurch aufzulösen versucht, dass sie den Angaben von Dr. med. I.____ jede Überzeugungskraft abgesprochen hat. Begründet hat sie dies damit, dass Dr. med. I.____ auf seine diagnostische Einschätzung zurückgekommen sei. Am 13. März 2008 habe er nämlich noch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode angegeben und am 7. August 2008 habe er dann festgehalten, dass die Kriterien einer depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden Störung nicht erfüllt seien; vielmehr handle es sich um Stimmungsschwankungen. Ob diese Veränderung in der Diagnose, die durchaus auch auf einer besseren Erkenntnis im Verlauf der Therapie beruhen könnte, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. I.____ jeder Überzeugungskraft berauben muss, ist durchaus fraglich, kann aber offen bleiben, denn bei den Angaben von Dr. med. I.____ handelt es sich im Gegensatz zu denjenigen von Dr. med. D.____ und Dr. med. L.____ nicht um die Aussage eines unabhängigen medizinischen Sachverständigen, sondern um die Angaben einer mit medizinischen Fachkenntnissen ausgestatteten Auskunftsperson. Dr. med. I.____ hat nämlich in einer vertraglichen und persönlichen Beziehung zur Beschwerdeführerin gestanden. Als behandelnder Psychiater hat er sich nicht völlig unabhängig äussern können. Vielmehr hat er sich, wie sich etwa seinen Hinweisen auf die real bestehende Arbeitssituation als Grundlage der Arbeitsfähigkeitsschätzung entnehmen lässt, von der seit Jahren konsequent demonstrierten Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der Beschwerdeführerin beeinflussen lassen. Er hat also die bestehende Situation als die



objektiv bestmögliche Verwertung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrachtet. Damit hat er die bei jeder Arbeitsfähigkeitsschätzung zwingend zu beantwortende Frage, wie die Arbeitsfähigkeit aussähe, wenn die betreffende Person eine zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung unternehmen würde, entweder gar nicht gestellt oder nicht objektiv beantwortet. In seinen Aussagen fehlt nämlich jeder Hinweis darauf, dass er versucht hätte, ein objektives Bild von der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu erhalten, etwa indem er den Widersprüchen zwischen der äusserst pessimistischen Selbstdarstellung und gewissen Alltagssituationen wie etwa dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Auto fährt und mit den Hunden spazieren geht, obwohl sie angeblich praktisch nichts arbeiten kann, nachgegangen wäre. Im Ergebnis hat Dr. med. K.____ vom RAD der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. I.____ also zu Recht keine Überzeugungskraft beigemessen.

3.3 Dr. med. K.____ hat die Differenz zwischen den Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. med. D.____ und Dr. med. L.____ dadurch zu erklären versucht, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach der Abklärung durch Dr. med. D.____ verbessert habe, weil die depressive Symptomatik weggefallen sei. Dr. med. D.____ hatte nämlich eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert, während Dr. med. L.____ keine Depression, sondern eine andere psychische Krankheit feststellte. Als Indiz für eine solche gesundheitliche Entwicklung nennt Dr. med. K.____ insbesondere den Umstand, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. D.____ noch in einer seit längerer Zeit anhaltenden problembeladenen Lebensphase befunden habe, die anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. L.____ nicht mehr bestanden habe. Dieser Umstand vermag aber nicht zu erklären, warum Dr. med. D.____ eine Depression diagnostiziert hat, während Dr. med. L.____ eine kombinierte Störung aus dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit Anteilen einer Neurasthenie, einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und vor allem einer dissoziativen Bewegungsstörung bei einer vorbestehenden Persönlichkeit mit ausgesprochen histrionischen Zügen festgestellt hat. Es ist unwahrscheinlich, dass diese Krankheit anlässlich der Abklärung durch Dr. med. D.____ noch nicht bestanden, das Krankheitsbild sich also innerhalb von zwei Jahren derart drastisch verwandelt haben sollte. Das bedeutet, dass entweder die von Dr. med. D.____ oder die von Dr. med. L.____ gestellten Diagnosen falsch oder



zumindest unvollständig gewesen sein müssen. Dr. med. I.____ hat zwar keine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben, aber seine Diagnose einer Neurasthenie ist angesichts der langdauernden Behandlung durchaus plausibel. Da diese Diagnose weitgehend mit derjenigen von Dr. med. L.____ übereinstimmt, erweist sich diese als deutlich überzeugender als diejenige von Dr. med. D.____. Dies wird durch die von Dr. med. L.____, Dr. med. K.____ und Dr. med. I.____ geäusserten Zweifel an der von Dr. med. D.____ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung indirekt bestätigt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr med. D.____ vermag vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen.

3.4 Daraus kann nun aber nicht der Schluss gezogen werden, dass auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. L.____ abgestellt werden müsse. Dr. med. L.____ hat in seinem Gutachten vom 28. April 2008 nämlich nicht angegeben, die Beschwerdeführerin sei trotz der kombinierten Störung voll arbeitsfähig, sondern er hat ausgeführt, diese Störung rechtfertige – bei Fehlen der üblichen somatischen, psychischen und sozialen Komorbiditätsfaktoren – keine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Formulierung weckt den Verdacht, dass Dr. med. L.____ in Anwendung der bundesgerichtlichen Praxis zur Überwindbarkeit der mit einer somatoformen Schmerzstörung einhergehenden Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung (vgl. BGE 131 V 50) angenommen haben könnte, er müsse die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsfähig schreiben, weil neben der kombinierten Störung aus dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen keine weitere psychische Erkrankung vorliege. Dem wäre entgegen zu halten, dass die bundesgerichtliche Praxis, laut der die Folgen der somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbarer Krankheiten vermutlich durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden werden können, nicht ohne weiteres auf die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Krankheit Anwendung finden kann, denn hier ist die somatoforme Schmerzstörung nur eine von mehreren Komponenten der Diagnose. Selbst wenn diese Praxis Anwendung finden muss, kann nicht mangels einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer die Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung unterstellt werden, denn es gibt eine Reihe anderer Faktoren, die den Erfolg einer zumutbaren Willensanstrengung verhindern können. Dazu gehören ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug



in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder das Scheitern einer konsequent durchgeführten Therapie trotz kooperativer Haltung (vgl. etwa BGE 131 V 50 f.). Weder Dr. med. L.____ noch Dr. med. K.____ vom RAD haben sich zur Frage geäussert, ob die Arbeitsfähigkeitsschätzung auf einer Anwendung dieser bundesgerichtlichen Praxis beruht hat und wenn ja, warum die vollständige Überwindbarkeit der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung bejaht worden ist. Solange diese Frage nicht beantwortet ist, fehlt der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. L.____ zum vornherein die erforderliche Überzeugungskraft. Das müsste selbst dann gelten, wenn die Abweichung von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. D.____ überzeugend begründet wäre. Es fehlt also eine mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegte Arbeitsfähigkeitsschätzung, die es erlauben würde, das zumutbare Invalideneinkommen und damit den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin zu bemessen.

4.

Die Sachverhaltsannahmen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin beim Erlass der angefochtenen Verfügung gestützt hat, erweisen sich somit als unzureichend. Der massgebende Sachverhalt steht nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die angefochtene Verfügung ist in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ergangen und erweist sich deshalb als rechtswidrig. Sie ist aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 2002 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Praxisgemäss ist bei diesem Verfahrensausgang in bezug auf die Kostenverteilung von einem vollumfänglichen Unterliegen der Beschwerdegegnerin auszugehen. Deshalb trägt die Beschwerdegegnerin die Kosten des Verfahrens. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Dieser lässt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- als angemessen erscheinen. Da die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung nur eventualiter für den Fall eines Unterliegens der Beschwerdeführerin erfolgt ist, kommt die entsprechende Bewilligung nicht zum Zug.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 9. September 2008 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung des Sachverhalts und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen.