

# AR\_GERICHTE OG O3V-17-4 vom 19. Dezember 2017

AR Gerichte, 2017-12-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar\\_gerichte OG\\_O3V-17-4](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ar_gerichte OG_O3V-17-4)

FR: AR\_GERICHTE OG O3V-17-4 du 19 décembre 2017

IT: AR\_GERICHTE OG O3V-17-4 del 19 dicembre 2017

## Regeste

Obergericht Appenzell Ausserrhoden 3. Abteilung Urteil vom 19. Dezember 2017  
Mitwirkende Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter Dr. med. S. Graf, H.P.  
Fischer, Ch. Wild, Dr. F. Windisch Obergerichtsschreiberin M. Epprecht Verfahren

## Erwägungen

### E. 1

Formelles

#### E. 1.1

Gemäss Art. 57 ATSG23 i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b JG24 beurteilt das Obergericht als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG25).

#### E. 1.2

Wurde ein Rentenanspruch wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verneint, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.<sup>26</sup>

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden

20 Act. 4 21 Act. 5 22 Act. 11 23 Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) 24 Justizgesetz vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) 25 Bundesgesetz vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) 26 Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201); BGE 130 V 71 E. 2.2 Seite 5 Wahrscheinlichkeit erstellt sein.<sup>27</sup> Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen.<sup>28</sup> Beweisführungsbelastet ist die versicherte Person, diese hat die Veränderung glaubhaft zu machen; der Untersuchungsgrundsatz spielt insoweit nicht.<sup>29</sup>

Die Vorinstanz hielt gestützt auf den Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. C\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Mai 2015 und vom 14. Januar 2016 eine anspruchsrelevante Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV für ausreichend glaubhaft ausgewiesen und trat materiell auf das neue Leistungsbegehren ein.<sup>30</sup> Demgemäss hat eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage zu unterbleiben.<sup>31</sup>

### **E. 1.3**

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist.<sup>32</sup> Somit besteht eine grundsätzliche Analogie zwischen Rentenrevidierung und Neuanschuldung.<sup>33</sup>

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanschuldung.<sup>34</sup>

In verfahrensrechtlicher Hinsicht liegt eine Neuanschuldung vom Dezember 2014 vor. Die IV- Stelle lehnte mit Verfügung vom 14. Juni 2013 das Leistungsbegehren ab, wobei diese Verfügung – nachdem das Obergericht mit Urteil vom 19. Februar 2014 die dagegen

27 BGE 138 V 218 E. 6; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N. 16 zu Art. 17 ATSG 28 Urteil des Bundesgerichts 9C\_226/2016 vom 31. August 2016 E. 3.2 mit Hinweis 29 MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 123 zu Art. 30-31 IVG 30 IV-act. 145, IV-act. 146 und IV-act. 152 31 MEYER/REICHMUTH, a.a.O., N. 119 zu Art. 30-31 IVG mit Hinweis auf BGE 109 V 108 E. 2b 32 BGE 117 V 198 E. 3.a 33 BGE 133 V 108 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_611/2016 vom 20. Juli 2017 E. 2.1 34 Urteil des Bundesgerichts 9C\_226/2016 vom 31. August 2016 E. 3.1 mit Hinweis u.a. auf BGE 133 V 108 E. 5.4; BGE 130 V 71 E. 3.2.3 und E. 3.2.4 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_526/2010 vom 15. September 2010 E. 2 mit Hinweisen Seite 6 erhobene Beschwerde abwies – in Rechtskraft erwuchs.<sup>35</sup> Demgemäss ist vorliegend der Zeitraum vom 14. Juni 2013 bis zur angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2017 zu vergleichen.

### **E. 1.4**

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der weiteren Prozessvoraussetzungen ergibt, dass diese sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind.<sup>36</sup>

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

## **E. 2**

Materielles

### **E. 2.1**

Die Vorinstanz vertrat in der angefochtenen Verfügung die Ansicht, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der letzten Begutachtung nicht wesentlich und anhaltend verändert. Das Gutachten sei mit Ausnahme der vorübergehend attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50% aufgrund des Medikamentenkonsums voll verwertbar. Neue bisher unbekannte Tatsachen seien nicht bekannt gemacht worden.

Die Beschwerdeführerin stellt sich hingegen auf den Standpunkt, gemäss Gutachten sei aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen, weshalb eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Im Übrigen korrespondiere die psychiatrische gutachterliche Diagnose nicht mit der Einschätzung der langjährigen Psychiaterin der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdeführerin zu

100% arbeitsunfähig sei. Die psychischen Störungen seien in Übereinstimmung mit dem RAD nicht auf einen Medikamentenmissbrauch zurückzuführen, weshalb diese aus anderen Gründen vorlägen. Ferner sei die gutachterliche Auffassung des Neurologen, wonach es sich bei den Schwindelbeschwerden um eine undifferenzierte Somatisierungsstörung handle, falsch. Die Beschwerdeführerin sei im neuro-otologischen Fachbereich nicht untersucht worden, sondern nur neurologisch. Aus neuro-otologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig. Das Gutachten habe falsche Diagnosen gestellt und aufgrund der Differenzen sei zwingend ein Obergutachten einzuholen.

35 IV-act. 114-14f/36 und IV-act. 121( Verfahren Nr. O3V 13 25) 36 Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG, bGS 143.1)

Seite 7

## **E. 2.2**

Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können.<sup>37</sup>

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht die Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht die andere medizinische These abstellt.<sup>38</sup> Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind.<sup>39</sup>

## **E. 2.3**

Das polydisziplinäre Gutachten des MRZ vom 21. September 2016 beruht auf den von der Vorinstanz eingereichten und den zusätzlich eingeholten Akten, den Angaben der Beschwerdeführerin sowie den in der Begutachtungsstelle durchgeführten Untersuchungen.<sup>40</sup>

### **E. 2.3.1**

37 BGE 132 V 99 E. 4 38 BGE 125 V 351 E. 3a 39 BGE 134 V 231 E. 5.1 40 IV-act. 173-1ff/143 Seite 8 Dr. med. D\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, diagnostizierte im rheumatologischen Teilgutachten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Ganzkörperschmerzsyndrom (Fibromyalgiesyndrom) bei/mit Geringer PHS links (normales Röntgen 10. Juni 2016), St.n. dreimal Handgelenksganglion-Operation links mit unklarem Aktivem Streckausfalls Dig III- V, Subjektiv Panvertebralsyndrom mit referred pain Symptomatik beidseits (altersnormale Röntgenbilder ganzes Achsenskelett 10. Juni 2016) sowie Periarthrosis genu beidseits bei St. n. arthroskopischer Menishektomie 2009 und 2010 bei genua valga (altersnormale Röntgenbilder 10. Juni 2016).<sup>41</sup> Die anlässlich der Begutachtung in der Medas Ostschweiz im August 2012 gestellten Diagnosen eines Fibromyalgiesyndroms mit vegetativen Begleitbeschwerden, insbesondere Hyperalgesie und Hypästhesie der linken Extremitäten und ein chronisches zervikozephalales Syndrom sowie beginnende leichte mediale Gonarthrosen beidseits seien aufgrund des zwischenzeitlichen Verlaufs und der beschriebenen Befunde aufrechtzuerhalten.<sup>42</sup> Aus rein rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin vom klinischen Befund her eine geeignete Tätigkeit wiederaufnehmen, grundsätzlich jede körperlich leichte Arbeit ohne repetitiv belastende und anhaltende Tätigkeiten einzelner Gelenkgruppen (linke Schulter, Hände) und/oder Arbeiten in klimatisch ungünstigen Räumen (z.B. Kühlräume, Arbeitsplätze mit viel Durchzug, sowie ausschliesslich stehend-gehend). Für solche Tätigkeiten bestehe ab Untersuchungsdatum eine volle Arbeitsfähigkeit mit uneingeschränkter Leistung, vorerst im Sinne der Angewöhnung nach 5-jähriger Absenz zu 50% halbtags mit Steigerung nach 2-3 Monaten auf 100%.<sup>43</sup>

Die Ausführungen von Dr. med. D\_\_\_ leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und erscheinen schlüssig. Daher kommt dem rheumatologischen Teilgutachten, welches im Übrigen von Seiten der Parteien unbestritten blieb, voller Beweiswert zu.<sup>44</sup>

### **E. 2.3.2**

Dr. med. E\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, stellte im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.<sup>45</sup> Er führte im Teilgutachten aus, dass für die durch die Beschwerdeführerin beklagte diffuse Schwindelsymptomatik sich im Rahmen der klinischen neurologischen Untersuchung kein Anhalt für eine peripher oder zentral vestibuläre Störung ergebe. Die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben seien organpathologisch nicht nachvollziehbar.

<sup>41</sup> IV-act. 173-57/143 <sup>42</sup> IV-act. 173-57/143 <sup>43</sup> IV-act. 173-58/143 <sup>44</sup> IV-act. 176-4/5 <sup>45</sup> IV-act. 173-75/143 Seite 9 Überwiegend wahrscheinlich handle es sich beim vorgetragenen Schwindel um eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Im Rahmen der aktuellen neurologischen Untersuchung und der apparativen Zusatzdiagnostik ergäben sich keine Hinweise auf eine organische Ursache des Schwindels. Die Erkrankung sei durch eine Psycho- und eine Verhaltenstherapie zu behandeln.<sup>46</sup> Weiter hielt er zur Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht fest, dass seit dem Zeitpunkt der heutigen Untersuchung bei der Beschwerdeführerin keine neurologische Erkrankung vorliege, die geeignet sei, das positive Leistungsbild im versicherungsmedizinisch-relevanten Sinne mittel- und längerfristig zu mindern. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Steckermontage und als Verpackungsangestellte lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Fachgebiet attestieren.<sup>47</sup> Zum Bericht von Dr. med. F\_\_\_, Facharzt Oto-Rhino-Laryngologie, vom 20. April 2015 stellte er fest, dass dessen Ausführungen aus

neurologischer Sicht nicht gefolgt werden könne und es sich um eine fachfremde Beurteilung handle. Es hätten sich keine Hinweise auf eine organische Ursache des Schwindels ergeben, insbesondere beständen keine Hinweise auf ein Subclavian-Steal-Syndrom, eine Erkrankung des Vestibularorgans, Durchblutungsstörungen im Bereich des Hirnstammes oder auf eine Morbus Menière. Trotz der seit zehn Jahren beklagten Schwindelanfälle befinde sich die Beschwerdeführerin in keiner fachärztlichen neurologischen Behandlung.<sup>48</sup> Im von Dr. med. E\_\_\_ erwähnten Bericht vom 20. April 2015 führte Dr. med. F\_\_\_ aus, dass sich im Verlauf von zehn Jahren aus topo-anatomischer und patho-physiologischer Sicht das klinische Beschwerdebild aus neuro-otologischer Sicht geändert habe, da vor allem in den letzten drei bis vier Jahren eine zentrale vestibuläre Komponente und auch eine cervico-cephale Komponente mit intersensorischen Mismatch dazu gekommen sei.<sup>49</sup> In der Stellungnahme von Dr. med. F\_\_\_ zum polydisziplinären Gutachten vom 27. Februar 2017, welche sich mit Ausnahme der jüngsten neuro-otologischen Untersuchung im Februar 2017 auf den hier interessierenden Gesundheitszustand bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 30. Januar 2017 bezieht und somit grundsätzlich berücksichtigt werden kann,<sup>50</sup> wies er unter anderem auf den langjährigen Verlauf der Schwindelbeschwerden und deren medikamentöse Therapie hin. Anhand der bisherigen audio-neuro-otometrischen und aequilibrimetrischen Untersuchungen habe man die Beschwerden objektivieren und diese diagnostisch topo-anatomisch und patho-physiologisch zuordnen können. Dr. med. F\_\_\_ stellte in seinem Arztbericht folgende Diagnosen: Labyrinthopathie links; peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung, zentral nicht kompensiert; multi-senso-motorisches Vertigo Defizit Syndrom; pantonale sensori-neurale Schwerhörigkeit links sowie Cervico-

46 IV-act. 173-72f/143 47 IV-act. 173-76/143 48 IV-act. 173-78 49 IV-act. 144-2/230 50 BGE 132 V 215 E. 3.1.1 Seite 10 Cephalgien beidseits. Aus neuro-otologischer Sicht betrage die derzeitige Arbeitsunfähigkeit 100%.<sup>51</sup> Zum Gutachten des MZR stellte er fest, dass die Beschwerdeführerin in seinem Fachbereich, Audio-Neuro-Otologie und Aequilibrimetrie, gar nicht untersucht worden sei. Mit der durch Dr. med. E\_\_\_ vorgenommenen neurologischen Untersuchung könne man keine peripher-vestibuläre Funktionsstörung oder sonst eine multimodale Funktionsstörung innerhalb des komplexen Gleichgewichtssystems objektiv erfassen. Daher sei die Behauptung des Neurologen mehr als gewagt, dass es sich bei den Schwindelbeschwerden um eine undifferenzierte Somatisierungsstörung handle, wobei mehrere Male im Verlauf von Jahren neuro-otometrisch eine labyrinthäre, bzw. peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung mit gleichem Ausfallmuster habe objektiviert werden können. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der komplexen chronischen Symptomatik der Beschwerdeführerin und dem eingesetzten polydisziplinären ärztlichen MZR-Team. Obwohl Schwindel und Gleichgewichtsbeschwerden das klinische Beschwerdebild der Beschwerdeführerin ziemlich dominieren, sei sie im Rahmen des Gutachtens weder von einem Hals-Nasen-Ohrenarzt noch von einem Neuro-Otologen untersucht worden. Dr. med. E\_\_\_ sei als Neurologe und als Psychiater am Gutachten beteiligt gewesen, weshalb es nicht erstaune, dass nach seinem Dafürhalten es sich bei dem durch die Beschwerdeführerin vorgetragenen Schwindel um eine undifferenzierte Somatisierungsstörung handle. Diese aporische Schwindeldiagnose sei nicht nur fachlich falsch, sondern wirke sich für die Beschwerdeführerin auch schädigend aus und rücke eine psychische Ursache des Schwindels in den Vordergrund, was die neuro-otologischen Abklärungen im Verlauf von Jahren objektiv widerlegen.<sup>52</sup>

Das Ergebnis der gutachterlichen Abklärung des Neurologen Dr. med. E\_\_\_ steht somit in einem klaren Widerspruch zur fachärztlichen Beurteilung von Dr. med. F\_\_\_. Während ersterer Hinweise auf eine organische Ursache des Schwindels verneint, bejaht letzterer eine solche. Die Feststellung von Dr. med. E\_\_\_, wonach den Ausführungen von Dr. med. F\_\_\_ aus neurologischer Sicht nicht gefolgt werden könne und es sich um eine fachfremde Beurteilung handle, lässt unerwähnt, dass sich die Beschwerdeführerin bereits seit September 2005 wegen Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden bei Dr. med. F\_\_\_, mithin einem Facharzt Oto-Rhino-Laryngologie, in Behandlung befindet.<sup>53</sup> Insofern erscheint der Vorwurf der fachfremden Beurteilung fraglich. Tatsache ist, dass die Beschwerdeführerin bis anhin zwar fachärztlich, jedoch nie gutachterlich von einem Hals-Nasen-Ohren-Facharzt oder von einem Arzt mit Fachbereich Neuro-Otologie untersucht worden war. Zwar ist es unter anderem Aufgabe des RAD, eine umfassende Einordnung 51 Act. 2.4 52 Act. 2.4-3ff/5 53 IV-act. 128-4/8 Seite 11 vorzunehmen, welche Fachdisziplinen an einer Begutachtung zu beteiligen sind.<sup>54</sup> Und die Vorinstanz hat das polydisziplinäre Gutachten (Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin) auch vorschriftsgemäss angekündigt und dieses wurde seitens der Beschwerdeführerin nicht beanstandet.<sup>55</sup> Dennoch erscheint aufgrund des erwähnten klaren Widerspruchs angezeigt, das MZR-Gutachten zu ergänzen und die Schwindelbeschwerden gutachterlich von einem Facharzt aus dem erwähnten Fachbereich abklären zu lassen.

### **E. 2.3.3**

Im Bericht der neuropsychologischen Untersuchungsbefunde kam Dr. sc. hum. Dipl. Psych. G\_\_\_ zum Schluss, dass die Testergebnisse der Beschwerdeführerin als nicht valide angesehen werden müssen und keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde liefern. Aus neuropsychologischer Sicht könne wegen mangelnder Mitarbeit keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden.<sup>56</sup>

### **E. 2.3.4**

Im psychiatrischen Teilgutachten stellte Dr. med. E\_\_\_ als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Psychische und Verhaltensstörungen durch Konsum von psychotropen Substanzen, im Sinne von psychische und Verhaltensstörungen durch Konsum von Opioiden, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig aktiver Konsum im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit (ICD-10: F11.24), DD Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F11.10) sowie Psychische und Verhaltensstörungen durch Konsum von Sedativa und Hypnotika, Abhängigkeitssyndrom im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit, gegenwärtig aktiver Konsum (ICD-10: F13.24), DD Schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.10). Aus psychiatrischer Sicht sei bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Behandlung mit Benzodiazepinen und Opioid Analgetika eine mindestens 50%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bis zum Absetzen der Substanzen sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in anderen Tätigkeiten ausgewiesen. Eine erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde nach Absetzen der Substanzen frühestens in sechs Monaten empfohlen.<sup>57</sup> Weiter führte er aus, es könne auf die psychiatrische Beurteilung der Medas Ostschweiz abgestellt werden. Nicht bestätigt werden könne die vom Psychiatrischen Zentrum Appenzell Ausserrhoden sowie von Dr. med. H\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, St. Gallen, diagnostizierte depressive Störung sowie die diagnostizierte

54 Urteil des Bundesgerichts 9C\_656/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 3.2 mit Hinweis; vgl. IV-act. 145- 2/2 55 IV-act. 146, IV-act. 148, IV-act. 157, IV-act. 158, IV-act. 162 56 IV-act. 173-83ff/143 57 IV-act. 173-105ff/143 Seite 12 andauernde Persönlichkeitsänderung.<sup>58</sup> Die RAD-Ärztin Dr. med. C\_\_\_ hielt in ihrer Beurteilung vom 24. November 2016 zum Gutachten fest, eine verminderte Arbeitsfähigkeit auf 50% sei mangels Diagnose eines schädlichen Konsums oder gar einer Abhängigkeitserkrankung nicht nachvollziehbar. Auf das MZR-Gutachten sei abzustellen mit Ausnahme der Diagnosen im psychiatrischen Teilgutachten und der allein darauf basierenden Minderung der Arbeitsfähigkeit.<sup>59</sup> Auch die Beschwerdeführerin beziehungsweise deren behandelnde Psychiaterin Dr. med. H\_\_\_ vertritt im Bericht vom 30. Dezember 2016 die Ansicht, dass die niedrig dosierten Medikamente keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.<sup>60</sup> Somit erscheint die gutachterliche Auffassung von Dr. med. E\_\_\_, wonach die Medikamente die Ursache der diagnostizierten Arbeitsunfähigkeit sind, zumindest zweifelhaft und bedarf daher einer Klärung.

### **E. 3**

Fazit Zusammenfassend kommt dem MZR-Gutachten nicht volle Beweiskraft zu. Insbesondere bestehen aufgrund der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. C\_\_\_ und der Ausführungen der behandelnden Psychiaterin Dr. med. Dr. med. H\_\_\_ Zweifel in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten. Weiter erscheint aufgrund der Kritik des langjährig behandelnden Facharztes Dr. med. F\_\_\_ eine Begutachtung der Schwindelbeschwerden der Beschwerdeführerin durch einen Hals-Nasen-Ohren-Facharzt oder durch einen Arzt aus dem Fachbereich Neuro-Otologie angezeigt. Die Sache ist daher zu weiteren Abklärungen bzw. Präzisierungen oder Ergänzungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.<sup>61</sup>

### **E. 4**

Rechtsmittel: Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden, wenn er einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken könnte oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit und Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz, BGG, SR 173.110, Art. 93 BGG). Andernfalls ist die subsidiäre Verfassungsbeschwerde gegeben (Art. 113 ff. BGG). In beiden Fällen ist die Beschwerde beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).

#### **E. 4.1**

Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Die Vorinstanz unterliegt im vorliegenden Verfahren, da die Rückweisung der Sache zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung praxisgemäss als volles Obsiegen der

58 IV-act. 173-112ff/143 59 IV-act. 176-4/5 60 Act. 2.3 und act. 1/5 61 BGE 132 V 210 E. 4.4.1.4 Seite 13 beschwerdeführenden Partei gilt.<sup>62</sup> Da der Vorinstanz gemäss Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Verfahrenskosten auferlegt werden können, werden keine Kosten erhoben.

## **E. 4.2**

Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Vorliegend wird die Beschwerde an die Vorinstanz zurückgewiesen, womit die Beschwerdeführerin obsiegt.<sup>63</sup> Demnach hat sie Anspruch auf eine Entschädigung zulasten der Vorinstanz.

Die Bemessung der Entschädigung richtet sich im Rahmen von Art. 61 lit. g ATSG nach kantonalem Recht, mithin nach der Verordnung vom 14. März 1995 über den Anwaltstarif (AT, bGS 145.53), wobei Art. 16 AT und nicht Art. 24 AT Anwendung findet.<sup>64</sup>

Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlichen leichten Fall mit durchschnittlicher Menge an Akten sowie keinen besonders aufwändig zu beantwortenden Sachverhalts- und Rechtsfragen. Unter diesen Umständen ist der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'808.-- (Honorar inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zulasten der Vorinstanz zu entschädigen.<sup>65</sup>

62 BGE 132 V 215 E. 6.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_350/2017 vom 30. November 2017 E. 6; UELI KIESER, a.a.O., N. 205 zu Art. 61 ATSG 63 E. 4.1 64 UELI KIESER, a.a.O., N. 187 und 208 ff zu Art. 61 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 5A\_39/2014 vom 12. Mai 2014 E. 2.3; UELI KIESER, a.a.O., N. 187 zu Art. 61 ATSG 65

Pauschalentschädigung Fr. 2'500 + 4% Barauslagen (= Fr. 100.--) = Fr. 2'600.-- + 8% MWSt (= Fr. 208.--) = Fr. 2'808.-- Seite 14 Demnach erkennt das Obergericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A\_\_\_ wird die angefochtene Verfügung vom 30. Januar 2017 aufgehoben und die Sache zu weiteren Abklärungen und anschliessender Neu beurteilung im Sinne der Erwägungen an die Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Sozialversicherungen Appenzell Ausserrhoden eine Parteientschädigung von Fr. 2'808.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zugesprochen.

## **E. 5**

Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

lic. iur. Walter Kobler Die Gerichtsschreiberin:

lic. iur. Monika Epprecht

versandt am: 20.03.18

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.