

BS_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.27 vom 4. Januar 2019

Bs Sozialversicherungsgericht, 2019-01-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bs_sozialversicherungsgericht_IV.2019.27

FR: BS_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.27 du 4 janvier 2019

IT: BS_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.27 del 4 gennaio 2019

Erwägungen

E. 2

2.1. Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom 30. März 2017 geht die Beschwerdegegnerin davon aus, der Beschwerdeführerin sei ab Februar 2017 die Ausübung jeder ihren Fähigkeiten und Kenntnissen entsprechende Tätigkeit wieder vollschichtig zumutbar. Für den vorangehenden Zeitraum anerkennt sie, gestützt auf die behandelnden Fachärzte, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit an und gewährt der Beschwerdeführerin ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (März 2016) befristet eine ganze Invalidenrente.

2.2. Die Beschwerdeführerin kritisiert das Gutachten als nicht beweiskräftig. Insbesondere bemängelt sie in Anbetracht ihrer Diagnose die Begutachtung durch einen Orthopäden an Stelle eines Rheumatologen. Ferner bringt sie vor, sowohl die Neuropsychologin als auch der Psychiater seien ihr gegenüber voreingenommen gewesen. In erwerblicher Hinsicht kritisiert die Beschwerdeführerin das Valideneinkommen als zu tief angesetzt.

2.3. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Frage, ob die Beschwerdeführerin über den 28. Februar 2017 hinaus Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 3

3.1. Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen oder verbessern können; b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht vom 6. Oktober 2000 [ATSG; SR 830.1]) gewesen sind; und c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem solchen von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische

Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen definiert ein strukturiertes Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (sog. Indikatorenrechtsprechung BGE 143 V 418).

3.3.2. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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, ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231, 232 E. 5.1 und 125 V 351, 352 E. 3a) und ob der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die Rechtsprechung erachtet es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten auszustellen (vgl. BGE 125 V 351, 352 E. 3b). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210, 232 E. 2.2.2 und 135 V 465, 470 E. 4.4). Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen - zu denen die RAD-Berichte gehören - kann dann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (BGE 139 V 225, 229 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.1).

E. 4

4.1. Im Lichte der dargelegten Rechtsprechung sind nachfolgend die zentralen medizinischen Unterlagen zu beleuchten.

4.2. Anlässlich ihrer Anmeldung zum Leistungsbezug im März 2015 berichtete die Beschwerdeführerin, etwa seit vier Jahren zunehmend unter Depressionen zu leiden (IV-Akte 16). Ihr Hausarzt, Dr. med. H____ gab an, er habe keine Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Seines Wissens stehe die Beschwerdeführerin bei Dr. med. D____ in psychiatrischer Behandlung, allenfalls könne eine Arbeitsunfähigkeit durch eine psychiatrischen Erkrankung begründet sein (Bericht vom 19. März 2015, IV-Akte 21). Dieser wiederum berichtete im April 2015 von einer rezidivierenden depressiven Störung, zum damaligen Zeitpunkt mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) und einer leichten neuropsychologischen Störung, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt (ICD-10: F09). Die Beschwerdeführerin werde mit Antidepressiva und Verhaltenstherapie behandelt und sei seit dem 24. März 2015 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. In circa sechs Monaten sei eine Neubeurteilung angebracht (Bericht Dr. med. D____ vom 18. April 2015, IV-Akte 26). Ein halbes Jahr später bestätigte der behandelnde Psychiater sowohl die Diagnosen als auch die vollständige Arbeitsunfähigkeit und geht von einem stationären Gesundheitszustand aus. Ergänzend führt er aus, nebst der **normalen** depressiven Symptomatik würden eine reduzierte Leistungsfähigkeit, Vergesslichkeit, temporär sich verstärkende Probleme in der Organisation und Erfüllung eigener und fremder Ansprüche (die Beschwerdeführerin weiche zunehmend äusserem Druck aus), emotionale Instabilität

(reizbar-aggressiv / weinerlich) und eine rasche körperliche und psychische Erschöpfung imponieren (Bericht vom 13. November 2015, IV-Akte 33). Im Januar 2016 traten bei der Beschwerdeführerin erstmals Schmerzen und Schwellungen in Bereich der Gelenke auf. Die Abteilung E___ diagnostizierte daraufhin im März 2016 eine ACPA-positive rheumatoide Arthritis und leitete eine entsprechende Therapie ein (Bericht vom 23. März 2016, IV-Akte 34).

4.3.4.3.1. Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wird die Beschwerdeführerin in der Folge vom F___ polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 30. März 2017, IV-Akte 46).

4.3.2. Gegenüber den Gutachtern berichtet die Beschwerdeführerin, im Vordergrund der aktuellen Beschwerden stünden starke Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Müdigkeit, Energielosigkeit, Stimmungsschwankungen und Schmerzen im Bereich der Hände und der Zehen. Dem psychiatrischen Gutachter erscheint die Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung psychopathologisch unauffällig. Er kann keine Beeinträchtigungen der Konzentration feststellen und erlebt bezüglich des Affekts eine unauffällige und ausgeglichene Beschwerdeführerin. Weiter führt er aus, die Kardinalsymptome einer Depression seien ebensowenig feststellbar wie ein echter Interesseverlust, weshalb die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte rezidivierende depressive Störung nicht bestätigt werden könne. In Würdigung der gesamten Aktenlage und der persönlichen Begutachtung könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Eine remittierte Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F42.21), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von zwanghaften, leistungsorientierten und perfektionistischen Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Substanzgebrauch (ICD-10: F17.24) seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Unter Ausklammerung soziokultureller und psychosozialer Faktoren bestehe kein Krankheitsbild, welches geeignet sei, das positive Leistungsbild der Beschwerdeführerin mittel- und längerfristig zu mindern. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht sowohl in ihrer zuletzt ausgeübten als auch in allen anderen vergleichbaren Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig.

4.3.3. Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung berichtet die Beschwerdeführerin, sie erhalte seit März 2016 eine Basismedikation wegen ihrer Gelenksbeschwerden, vorwiegend in den Händen, den Zehen, im rechten Ellbogen und in beiden Kniegelenken. Jedoch sei es unter der medikamentösen Therapie bisher zu keiner Besserung gekommen. Laborchemisch kann der Gutachter nur gering erhöhte Leukozyten-Werte sowie einen normalen CRP und normalen BSR erheben, was in Übereinstimmung mit dem klinischen Befund nur eine geringgradige Entzündungsaktivität der rheumatologischen Arthritis darstelle. Entgegen der Empfindung der Beschwerdeführerin geht der Gutachter deshalb von einem guten Ansprechen auf die Basismedikation aus und beurteilt die Arbeitsfähigkeit bei Diagnose einer Tendovaginitis stenisans A1 und Flexoren-Tenosynovialitis D V beidseits, geringgradiger D IV und I rechts; geringer Instabilität beider Daumengrundgelenke und Hallux valgus bei Senk-Spreiz-Knickfuss beidseits und ACPA-positiver rheumatoider Arthritis als voll gegeben sowohl für eine adaptierte Tätigkeit als auch für die bisherige Arbeit. Retrospektiv sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom Beginn der rheumatischen Beschwerden, sprich

etwa ab Januar 2016 bis zum Wirkungseintritt der Basismedikation etwa Ende Mai 2016, vertretbar.

4.3.4. Die Verfasserin der neuropsychologischen Untersuchung erachtet die Ergebnisse der Testungen als nicht valide. Sie führte aus, die eklatanten mnestischen Funktionsverluste, welche die Beschwerdeführerin in den Testungen gezeigt habe, entspreche nicht dem im Gespräch gewonnen Eindruck. Vielmehr sei es höchst wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin aggravierte Reaktionen zeige. Die Ergebnisse der Leistungstests könnten daher nicht inhaltlich ausgewertet werden und folglich könne aus neuropsychologischer Sicht auch keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgen.

4.4.4.4.1. Die Abteilung E_____ kann im August 2017 klinisch noch leichte Schwellungen und diskrete Druckdolenzen erheben, Synovitiden sind klinisch keine mehr objektivierbar. Der DAS 28 liegt mit einem Wert von 3.19 im Rahmen einer low disease activity, es persistiert eine gewissen Krankheitsaktivität. Die Therapie der rheumatoiden Arthritis mit Plaquenil wird ausgebaut (Bericht vom 21. August 2017, IV-Akte 73). Der behandelnde Rheumatologe, Dr. med. I_____, berichtet im November 2018 von einer sich in Remission befindlichen Grunderkrankung bei einem DAS 28 von 1.8. Er führt aus, abgesehen von der entzündlichen Erkrankung lägen keine relevanten somatischen Besonderheiten vor. Zwar könne er als behandelnder Arzt zur Arbeitsfähigkeit nur begrenzt Stellung nehmen. Er sei jedoch der Ansicht, die Ausübung nicht gelenksbelastender Tätigkeiten sei aus Perspektive der in Remission stehenden Grunderkrankung kaum signifikant eingeschränkt (Bericht vom 6. November 2018, IV-Akte 88).

4.4.2. Der behandelnde Psychiater berichtet am 3. November 2018 bei gleichbleibenden Diagnosen von einem sich seit 2016 verschlechternden Gesundheitszustand. Im Sommer 2018 sei es in Verbindung mit den rezidivierenden Schmerzen in Händen und Füßen, welche die Alltagsarbeiten erschweren und eine latent vorhandene Perspektivenlosigkeit noch verstärken würden, zu einer schweren depressiven Episode gekommen. Die Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit betrage seit dem 24. März 2015 bis auf weiteres 100% und könne weder durch medizinische Massnahmen noch durch Eingliederungsmassnahmen verbessert werden (IV-Akte 87 S. 3ff.).

4.5.4.5.1. Zu Recht schliesst sich der RAD in seiner Stellungnahme vom 21. November 2018 (IV-Akte 91) dem formalen Einwand der Beschwerdeführerin an, wonach eine rheumatologische Begutachtung statt der durchgeführten orthopädischen angebracht gewesen wäre. Wie der RAD jedoch ebenfalls zutreffend ausführt, wurde inhaltlich gutachterlich-orthopädisch ein umfassender Status des Bewegungsapparates erfasst, der versicherungsmedizinisch eine Beurteilung der Funktionalität/Belastbarkeit des Bewegungsapparates plausibel begründen lässt, und eine Remission der entzündlichen Erkrankung wurde nachvollziehbar dargelegt. Unter Berücksichtigung der Berichte des E_____ und des behandelnden Rheumatologen Dr. med. I_____ kann folglich durchaus mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine stabile Remission der rheumatoiden Arthritis angenommen werden. Dementsprechend ist die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in der Ausübung einer leichten, nicht gelenkbelastenden Tätigkeit nicht mehr eingeschränkt.

4.5.2. Der Verfasser des psychiatrischen Teilgutachtens kann weder die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte rezidivierende depressive Episode mittelgradiger Ausprägung noch eine andere Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Tatsächlich

besteht eine erhebliche Divergenz zwischen der gutachterlichen Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und der Einschätzung durch den behandelnden Dr. med. D____, der die Beschwerdeführerin seit 2014 begleitet und dem dadurch unter Umständen eine andere Wahrnehmung der Situation möglich ist. Dennoch kann vor dem Hintergrund der gutachterlichen Beurteilung gestützt auf seine Berichte praxisgemäss nicht auf das Vorliegen einer mittelgradig ausgeprägten rezidivierenden depressiven Episode und einer dadurch begründeten vollständigen Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Denn die Diagnose einer psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung nach einem der anerkannten Klassifikationssysteme ist nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1). Vorliegend wäre einer allfälligen psychisch bedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit die rechtliche Relevanz abzuspochen. In Anbetracht der nicht adäquaten psychotherapeutischen Behandlung - die Beschwerdeführerin gab an, etwa alle ein bis zwei Monate ihren Psychiater aufzusuchen und eine stationäre Behandlung abzulehnen (vgl. Verhandlungsprotokoll) - ohne relevante Komorbiditäten und den vorhandenen persönlichen Ressourcen, fehlte es insgesamt ohnehin an einem ausreichend relevanten Schweregrad der geltend gemachten Beschwerden.

4.5.3. Zusammenfassend kann es nicht beanstandet werden, wenn die Beschwerdegegnerin ab März 2015 bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Februar 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anerkennt. Eine darüber hinaus andauernde rechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit lässt sich nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad als nachgewiesen betrachten. Der Nachweis einer neuropsychologischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte im Rahmen der Begutachtung nicht erbracht werden. Weitergehende Abklärungen in medizinischer Hinsicht sind nicht angezeigt. Ab Mitte Februar 2017 sind der Beschwerdeführerin leidensangepasste Arbeiten wieder vollschichtig zumutbar.

E. 5

5.1. Es bleibt zu prüfen, welche erwerblichen Auswirkungen sich aus den dargestellten Grundlagen medizinischer Art ergeben. Dies hat praxisgemäss anhand eines Einkommensvergleiches nach Art. 16 ATSG zu erfolgen.

5.2.5.2.1. Die Beschwerdeführerin kritisiert das Valideneinkommen, welches die Beschwerdegegnerin aufgrund statistischer Löhne aus dem Gastgewerbe auf einen Betrag von Fr. 52'300.-- (LSE 2014 TA1, Pos. 55-56, Kompetenzniveau 2, Frauen mit Umrechnung von 40 auf 41.7 Wochenstunden, zuzüglich Nominallohnentwicklung bis 2016 von 1.3%) festgelegt hat, als zu tief. Trotz schwankender Einkommenszahlen gibt es aufgrund der Erwerbsbiographie Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt eines Gesundheitsschadens tatsächlich ein höheres Valideneinkommen erzielen könnte. So hat sie während ihrer letzten Anstellung in der C____ im Jahr 2010 Fr. 58'560.-- verdient. In den Jahren 2005 bis 2007 konnte sie im J____ mit einem Teilzeitpensum von 70% (vgl. Arbeitszeugnis, IV-Akte 14 S. 10) ein Einkommen erzielen, das hochgerechnet auf ein Vollzeitpensum einem Einkommen von etwas mehr als Fr. 70'000.-- entspricht (vgl. IK-Auszug, IV-Akte 54). Es rechtfertigt sich daher, das

Valideneinkommen gestützt auf Fr. 60■930.-- (LSE 2014 TA1, Total, Kompetenzniveau 2, Frauen, Umrechnung von 40 auf 41.7 Wochenstunden, zuzüglich einer Nominallohnentwicklung von 1.3%) festzusetzen.

5.2.2. Durch die Ausübung leichter und leidensangepasster Arbeiten kann die Beschwerdeführerin jährlich noch ein Einkommen von Fr. 53■793.-- erzielen (LSE 2014 TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, Umrechnung von 40 auf 41.7 Wochenstunden, zuzüglich einer Nominallohnentwicklung von 1.3%).

5.2.3. Selbst unter Berücksichtigung eines maximalen leidensbedingten Abzuges, wofür nach den Umständen keine Veranlassung besteht, resultiert auf Basis der korrigierten Vergleichszahlen kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

E. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht ab Februar 2017 von einem verbesserten Gesundheitszustand ausgeht. Gestützt auf die Würdigung der gesamten medizinischen Unterlagen ist der Beschwerdeführerin die Ausübung einer leichten leidensangepassten Tätigkeit sowohl aus somatischer als auch aus psychischer Sicht wieder zumutbar. Selbst unter Berücksichtigung korrigierter Einkommenszahlen ergibt sich auf der Basis dieser Ausgangslage kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die Rente wurde deshalb zu Recht eingestellt. Hingegen ist zu bemerken, dass die Anpassung einer rückwirkend zugesprochenen Invalidenrente an eine verbesserte Erwerbsfähigkeit im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten erfolgt, da erst dann als erstellt erachtet wird, dass eine längerfristige, dauerhafte Verbesserung eingetreten ist (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die vorherige Anpassung stellt die Ausnahme dar und kommt nur beim Vorliegen stabiler Verhältnisse zur Anwendung. Die Einstellung der Rente durfte demnach erst per Ende Mai 2017 erfolgen.

E. 7

7.1. Aufgrund der obenstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2019 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, der Beschwerdeführerin über Ende Februar 2017 hinaus bis Ende Mai 2017 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2. Die ordentlichen Kosten, bestehend aus einer Gebühr von Fr. 800.-- (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind bei diesem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Da ihr mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 28. Februar 2019 die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt wurde, gehen diese Kosten zu Lasten des Staates.

7.3. Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht der Beschwerdeführerin eine anteilmässige Parteientschädigung im Umfang eines Viertels und somit von Fr. 950.-- (inkl. Auslagen) zu. Soweit das von der Beschwerdeführerin gestellte Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege damit nicht gegenstandslos ist, kann ihm entsprochen werden und es ist ihr ein Kostenerlasshonorar in der Höhe von Fr. 2■280.-- (inkl. Auslagen) zuzusprechen.

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