

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/69 vom 20. Juni 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_69

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/69 du 20 juin 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/69 del 20 giugno 2008

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Prüfung der Frage, ob eine halbe Rente im Revisionsverfahren zu Recht mit der Begründung der Verbesserung des Gesundheitszustandes aufgehoben wurde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Juni 2008, IV 2007/69).

Erwägungen

E. 1

1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der auch unter dem ATSG massgeblichen Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5). Wie bei der Neuanmeldung (BGE 130 V 71) ist auch bei der Rentenrevision (auf Gesuch hin oder von Amtes wegen) zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 Erw. 5). Zum Vergleich heranzuziehen ist der Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 Erw. 2; ZAK 1984 S. 350 Erw. 4a; ZAK 1987 S. 36) bzw. des Einspracheentscheids. 1.2 Im Übrigen erfolgt die Ermittlung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren nach den allgemeinen, für die Invaliditätsbemessung geltenden Vorschriften (Rz 5015 des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH), nach der allgemeinen Methode für vollzeitlich Erwerbstätige, nach der spezifischen Methode namentlich für im Haushalt tätige versicherte Personen und nach der gemischten Methode für Versicherte, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben in einem Aufgabenbereich nach Art. 8 Abs. 3 ATSG tätig wären (BGE 125 V 146; BGE 117 V 194; SVR 1996 IV Nr. 76 S. 222 Erw. 2c; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] i/S Z. vom 15. Juni 2004 [I 634/03] Erw. 4.1). Nach der ab 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung von Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige

auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 1.3 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer ohne Eintritt des Gesundheitsschadens zu 100% arbeitstätig wäre, weshalb der IV-Grad mit Einkommensvergleich zu ermitteln ist. Als Vergleichsbasis ist zum einen der Sachverhalt zu betrachten, wie er im Zeitpunkt der die halbe Rente zusprechenden Verfügung vom 7. Februar 2002 (IV-act. 98) bestanden hat. Zum andern ist der Sachverhalt im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheid vom 4. Januar 2007 massgeblich. Der Psychiater Dr. med. B.____ gelangte im Gutachten vom 23. Juni 1999 zum Schluss, beim Beschwerdeführer lägen eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F 68.0) sowie psychoreaktive Verstimmungszustände bei einer wenig differenzierten Persönlichkeitsstruktur vor. Der Arzt erachtete eine beschwerdeadaptierte Tätigkeit von 50-60% aus psychiatrischer Sicht als zumutbar (IV-act. 60). Im Gutachten vom 14. Januar 2001 stellten die Ärzte der MEDAS Zentralschweiz die Diagnosen (mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) einer sensitiven, einfach strukturierten, zu regressivem Verhalten neigenden Persönlichkeit mit Tendenz zu psychoreaktiven Verstimmungszuständen und Hyperventilationssymptomatik sowie eines lumbospondylogenen Syndroms bei chronifiziertem Rücken-Bein-Schmerz rechts, geringer Fehlstatik und geringen radiologischen Lumbalwirbelsäulenveränderungen. Sie schätzten die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Hilfsgipser auf 50% der Norm, sofern diese ganztätig ausgeführt werde; obwohl dies aus rheumatologischer Sicht nicht optimal sei, scheine es einerseits aus globaler Sicht verantwortbar, andererseits aus psychiatrischer Sicht indiziert und ebenso aus sozio-ökonomischem Blickwinkel (Schuldenabbau beim Inhaber des Gipsergeschäftes) nicht abwegig. Auch für die Tätigkeit als Hilfsschreiner oder andere mittelschwere und leichte körperliche Arbeiten werde die Arbeitsfähigkeit auf 50% der Norm veranschlagt, sowohl aus psychiatrischen als auch aus rheumatologischen Gründen. Es sei weiterhin psychiatrische/psychotherapeutische Betreuung nötig (IV-act. 80). Im Nachgang zur Einleitung der Rentenrevision berichtete Dr. A.____ am 19. Juli 2004, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei seit 2001 stationär bis verschlechtert. Wegen pectanginösen Beschwerden (IV-act. 114-3/9) sowie Verdacht auf Schlaf-Apnoe-Syndrom (IV-act. 115-5/9) bestehe ab 20. Februar 2003 eine vermehrte Einschränkung von etwa 10-15% für Hilfsgipserarbeiten (IV-act. 114). Am 1. September 2004 gab Dr. A.____ sodann bekannt, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestehe seit Anfang Mai 2003. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten betrage zwei bis drei Stunden pro Tag bzw. 10-15 Stunden pro Woche (IV-act. 117). Im Gutachten vom 28. März 2006 diagnostizierten die ZMB-Gutachter (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, geringe degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, eine leichte Fehlform der Wirbelsäule sowie Haltungsinsuffizienz, eine Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts und eine chronische coronare Herzkrankheit sowie chronische Angina pectoris. Daneben führten sie eine Vielzahl von Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - unter anderem eine Adipositas permagna, eine leichte Klaustrophobie, Einwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, einen Status nach rezidivierenden depressiven Störungen sowie Probleme im Zusammenhang mit Ausbildung und Bildung - auf. Dem Beschwerdeführer sei eine körperliche Schwerarbeit wie diejenige eines Hilfsgipers nur noch zu maximal 20% zumutbar. Für eine körperlich mittelschwere Tätigkeit wie diejenige in einer

Schreinerei sei die Arbeitsfähigkeit aus somatischen Gründen zu 50% eingeschränkt. In allen körperlich leichten Tätigkeiten, die in Wechselhaltung ausgeübt werden könnten, bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die leichte Klaustrophobie schränke die Arbeitsfähigkeit nicht zusätzlich ein. Eine depressive Symptomatik habe sich nicht mehr gefunden. Berufliche Massnahmen könnten nicht vorgeschlagen werden. Invaliditätsfremde Faktoren, wie sie in der psychiatrischen Beurteilung aufgeführt würden, seien in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt worden. Neu gefunden worden sei eine Arthrose im Ellbogengelenk rechts sowie eine Arthrose im Mittelfinger der rechten Hand des Grundgelenkes. Hingegen hätten die Deckplatteneinbrüche im Bereich der Wirbelsäule nicht bestätigt werden können. Insgesamt werde aber durch die erhobenen neuen Befunde die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht verändert (IV-act. 128). Im Zeugnis vom 12. Juli 2006 hielt Dr. A. ___ fest, aufgrund des langen Verlaufs der somatischen und psychischen Beschwerden stelle sich aus hausärztlicher Sicht die Frage, ob hier nicht doch eine erhebliche Persönlichkeitsstörung vorliege. Eine nochmalige psychiatrische Beurteilung erscheine angezeigt (IV-act. 144-5/6). Der RAD-Arzt beantwortete eine entsprechende Anfrage am 21. September 2006 dahingehend, dass auf die Beurteilung gemäss ZMB-Gutachten abzustellen sei (IV-act. 145). In einer ergänzenden Stellungnahme vom 8. November 2006 hielt der ZMB-Gutachter Dr. med. C. ___ unter anderem fest, im ZMB-Gutachten habe eine Auseinandersetzung mit den von Dr. B. ___ im Jahr 1999 gestellten Diagnosen stattgefunden. Für die Stellung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung müsse eine ausgeprägte Symptomatik vorhanden sein. Die Kriterien für diese Diagnose seien beim bescheidenen psychopathologischen Befund während der Untersuchungswoche nicht erfüllt gewesen, weshalb die Diagnose nicht gestellt werden können. Die Neigung zu psychoreaktiven Verstimmungszuständen, die immer in einer Interaktion mit der aktuellen sozialen Umgebung stehen würden, impliziere auch das Schwanken der psychischen Verfassung je nach aktueller Situation. Der Beschwerdeführer sei, möglicherweise im Gegensatz zu früheren Untersuchungssituationen, anlässlich des ZMB-Aufenthalts in seiner Affektivität während der ganzen Untersuchungswoche euton gewesen und habe nicht als depressiv beurteilt werden können. Das schliesse nicht aus, dass er in anderen sozialen Situationen wieder vermehrt dysphorisch verstimmt oder depressiv sein könne. Es stelle sich die Frage, ob und inwieweit man dem Beschwerdeführer eine Willensanstrengung zur Überwindung seiner psychischen und sozialen Schwierigkeiten sowie seiner psychischen Überlagerung und Verstärkung seiner somatischen Beschwerden zumuten könne. Hier seien sie (die ZMB-Gutachter) der Auffassung, dass der Beschwerdeführer nicht derart psychisch schwer gestört sei, dass ihm dies aus rein medizinischer Sicht nicht zugemutet werden könnte. Er würde durch eine entsprechende Tätigkeit auch seine Gesundheit in keiner Weise gefährden. Es sei ihnen (den Gutachtern) klar, dass der Beschwerdeführer sich zwischenzeitlich in seine Rolle einer beruflichen Nichttätigkeit eingelebt habe und eine allfällige Umstellung Änderungen bedeuten könnte, die nicht seinen Vorstellungen entsprechen und entsprechende psychoreaktive Antworten zur Folge haben könnten (IV-act. 148).

1.4 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Es liegen - für die Zeit nach Einleitung der streitigen Rentenrevision - sich widersprechende Einschätzungen vor. Während Dr. A. ___ mit Hinweis auf neu aufgetretene pectanginöse Beschwerden und einen Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ab Mai 2003 bestätigte (IV-act. 117), kamen die ZMB-Gutachter zum Schluss, dass sich die neu aufgetretenen Gesundheitsschädigungen (Arthrose im Ellbogengelenk rechts sowie

Arthrose im Mittelfinger der rechten Hand) nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden und eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die vorbestehenden psychischen Probleme (leichte Klaustrophie, depressive Symptomatik) nicht mehr gegeben sei (IV-act. 128). Daraus kann nicht ohne weiteres auf die Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsabklärung geschlossen werden. Dies wäre nur dann der Fall, wenn keine der Schätzungen zu überzeugen vermöchte. Zu beachten ist dabei, dass bei Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen sich deren erwerbliche Auswirkungen in der Regel überschneiden, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (Urteil des EVG vom 3. März 2003 i/S E. [U 850/02] Erw. 6.4.1).

1.5 Die Akten liefern keine Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der im Jahr 2002 mit Wirkung ab August 1999 erfolgten Rentenzusprache wesentlich verändert hätte. Die Diagnose eines lumbospondylogenen Syndroms findet sich sowohl im MEDAS-Gutachten von 2001 als auch im ZMB-Gutachten von 2006. Die MEDAS-Gutachter erachteten die Arbeitsfähigkeit insgesamt zwar aus psychiatrischen und rheumatologischen Gründen um 50% eingeschränkt; der zur Begutachtung beigezogene Rheumatologe bestätigte jedoch schon damals für eine leichte Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 80 S. 23 und 24). Die von den ZMB-Gutachtern als Nebendiagnose (ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) angeführte Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen findet sich im Gutachten von Dr. B. ___ von 1999 als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnose von psychoreaktiven Verstimmungszuständen bei einer wenig differenzierten Persönlichkeitsstruktur führten sodann sowohl Dr. B. ___ (IV-act. 60-5/7) als auch die MEDAS-Gutachter als Hauptdiagnosen an (IV-act. 80 S. 23). Im ZMB-Gutachten fungiert diese Diagnose auch unter der Rubrik der Nebendiagnosen nicht. Hingegen vermerkten die ZMB-Gutachter einen Status nach rezidivierenden depressiven Störungen (IV-act. 128 S. 29), der auch Gegenstand der Beurteilung durch Dr. B. ___ bildete. Sowohl der Gutachter im Jahr 1999 als auch diejenigen im Jahr 2006 verneinten allerdings eine depressive Störung bzw. hielten fest, dass anlässlich der Begutachtung keine solche habe festgestellt werden können (vgl. IV-act. 60 S. 6 oben; IV-act. 128 S. 28). In der ergänzenden Stellungnahme vom 8. November 2006 schloss der psychiatrische ZMB-Gutachter hingegen nicht aus, dass der Beschwerdeführer in anderen sozialen Situationen wieder vermehrt dysphorisch verstimmt oder depressiv sein könnte (IV-act. 148). Bei den - nicht inhaltlich, aber hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - voneinander abweichenden psychiatrischen Diagnosestellungen von Dr. B. ___ und der Gutachter der MEDAS einerseits und des ZMB andererseits handelt es sich lediglich um eine unterschiedliche Würdigung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (vgl. BGE 112 V 372). Unbestritten blieb, dass zwischen 2002 und 2007 keine psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers stattgefunden hatte. Auch von daher kann nicht angenommen werden, der psychische Gesundheitszustand habe sich zwischenzeitlich verbessert (vgl. act. G 1 S. 7 sowie G 1.2, 1.3). Eine Verbesserung erscheint auch deshalb nicht dargetan, weil die ZMB-Gutachter zusätzlich eine chronische koronare Herzkrankheit (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) diagnostizierten. Insgesamt lassen die Akten auf eine zwischenzeitliche materielle Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers nicht schliessen, sodass die Voraussetzungen für die Vornahme einer Revision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht gegeben sind.

E. 2

Im Sinn der vorstehenden Ausführungen ist die angefochtene Entscheidung vom 4. Januar 2007 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Da der Beschwerdeführer vollumfänglich obsiegt, hat er einen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach der Bedeutung der Streitsache und entsprechend der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In Bezug auf das zweite Kriterium sowie unter Berücksichtigung des Aufwands des Rechtsvertreters erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 4. Januar 2007 aufgehoben. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin entschädigt den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.--.

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