

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/49 vom 21. März 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_49

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/49 du 21 mars 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/49 del 21 marzo 2012

Regeste

Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 87 Abs. 3 IVV. Revisionsgründe. Mangels relevanter Verschlechterung kein Anspruch auf eine IV-Rente gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. März 2012, IV 2010/49).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2012 sind die im Zug des ersten Teils der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 6. Januar 2010 (IV-act. 163-1 f.) und somit vor Inkrafttreten der 6. IV-Revision erlassen. Die übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen im vorliegenden Fall keine materiell-rechtlichen Folgen, weshalb nachfolgend die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses anwendbaren Bestimmungen wiedergegeben werden.

E. 2

2.1 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. 2.2 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. 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 des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer

Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). 2.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nach Art. 87 Abs. 3 IVV nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung (bzw. bei mehreren Ablehnungen seit der letzten unangefochten gebliebenen Ablehnung des Leistungsgesuchs) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1). Tritt die Verwaltung (nach erfolgter Glaubhaftmachung) auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und zu prüfen, ob nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen sei (Entscheid des Bundesgerichts vom 3. April 2008, 9C_733/2007, E. 1).

E. 3

3.1 Vorliegend trat die Beschwerdegegnerin nach der erneuten Anmeldung vom 20. Februar 2009 auf das Gesuch ein und holte diverse ärztliche Berichte ein. Der RAD Ostschweiz hielt eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes als nicht ausgewiesen. In der Folge führte sie einen erneuten Einkommensvergleich durch, wobei sie im Wesentlichen das Invalideneinkommen ohne Anerkennung eines Leidensabzugs neu berechnete. Demgegenüber beanstandet der Beschwerdeführer sowohl die medizinische Würdigung der aktuellsten Arztberichte als auch die Berechnung des Invaliditätsgrades. Unbestritten ist, dass die Beschwerdegegnerin insbesondere auf Grund des seit dem MEDAS-Gutachten vom 21. Dezember 2005 neu hinzugetretenen Schlaf-Apnoe-Syndroms zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten ist. 3.2 Der Beschwerdeführer moniert, die Beschwerdegegnerin habe die im Spital Rorschach diagnostizierte Verschlechterung der Glukosestoffwechsellage trotz der durchgeführten Vierfachkombinationstherapie sowie das neu diagnostizierte obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom, welches beim Beschwerdeführer zu einer kognitiven Alterierung führe, nicht berücksichtigt. Weiter sei er seit längerer Zeit beim Psychiatrie-Zentrum E. ___ in Behandlung. Dr. J. ___ habe bestätigt, dass sich sein Gesundheitszustand seit August 2008 massiv verschlechtert habe. Insbesondere habe sich die damals bestandene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode inzwischen in eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome geändert. Er sei zurzeit nicht in der Lage, häusliche oder berufliche Aktivitäten auszuführen. Sowohl Dr. I. ___ vom Spital Rorschach als auch Dr. J. ___ vom Psychiatrie-Zentrum E. ___ würden davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig sei. Die Voraussetzungen für eine Revision seien damit erfüllt. Schliesslich beanstandet der Beschwerdeführer auch die Berechnung des Invaliditätsgrades in der angefochtenen Verfügung. 3.3 Die MEDAS-Gutachter vom 21. Dezember 2005 stuften die morbid Adipositas, die mässig erhöhten Transaminasen, den Diabetes mellitus Typ 2 sowie die arterielle Hypertonie als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein (IV-act. 78-21). Angesichts der aktuellsten (medizinischen) Aktenlage drängt sich zumindest bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2010 keine Abklärung hinsichtlich der Frage einer noch bestehenden Aktualität dieser Diagnosen im MEDAS-Gutachten auf, auch wenn sich Körpergewicht, Nierenfunktion und Zuckerwerte gemäss Bericht des Hausarztes Dr. B. ___ vom 24. März 2009 verschlechtert haben (IV-act. 144-1). Dr. B. ___ führte in seinen Antworten auf die Fragen der Beschwerdegegnerin vom 16. Juli 2009 explizit aus, der

Blutdruck und der Cholesterinwert seien gut; beim Gewicht und bei den Zuckerwerten habe eine Verschlechterung eingesetzt (IV-act. 148-1). Gemäss Bericht von Prof. I.____ vom 21. Dezember 2009 hat sich die Glucosestoffwechsellage trotz der durchgeführten vierfach Kombinationstherapie weiter verschlechtert. Der aktuelle HbA1c betrage 8.4 % und sei damit weit vom Zielbereich entfernt. Vor diesem Hintergrund sei nunmehr die Indikation für die Einführung einer Insulintherapie zumindest als Basistherapie mit einer Injektion eines Langzeitinsulins abends klar gegeben. Eine Insulintherapie werde möglicherweise angeordnet. Metabolisch gesehen sei die Prognose weiterhin infaust, wenn man es nicht schaffe, das Körpergewicht des Beschwerdeführers massiv zu reduzieren. Dies werde mit höchster Wahrscheinlichkeit nur durch eine bariatrische Operation möglich sein (act. G 1.2.3). Die Ausführungen von Dr. I.____ lassen allerdings nicht auf eine rentenrelevante Verschlechterung der Diagnosen morbid Adipositas, Diabetes mellitus und Nierenfunktion schliessen. Es ist im übrigen darauf hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte erfahrungsgemäss die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten pessimistischer einschätzen als unabhängige medizinische Sachverständige. Dies beruht unter anderem auf dem Therapieverhältnis, das den Arzt dazu neigen lässt, die Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten zu hoch zu gewichten und deren subjektive Selbsteinschätzung zu übernehmen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2009/106 vom 7. Oktober 2010 E. 5.3). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007, E. 2 mit zahlreichen Hinweisen). Insgesamt sind die Arztberichte bzw. die Ausführungen von Dr. B.____ und Prof. I.____ nicht geeignet, hinsichtlich des metabolischen Syndroms (Adipositas, Diabetes, etc.) eine nach dem 20. Februar 2007 eingetretene rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes als überwiegend wahrscheinlich zu qualifizieren. Insofern erscheint die interne Stellungnahme des RAD Ostschweiz vom 12. Oktober 2009 plausibel, in welcher ausgeführt wurde, dass sich im Bereich von Diabetes, Übergewicht und metabolischem Syndrom keine relevante Änderung ergeben habe (IV-act. 152-1).

3.4 Im Bericht vom 29. August 2008 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin des KSSG ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom schweren Grades. Diesbezüglich wird Folgendes ausgeführt: "A.____ versuchte initial die nicht invasive Beatmung konsequent durchzuführen. Wenige Stunden nach Beginn der CPAP-Therapie kam es zum unbewussten Wegreissen der Beatmungsmaske während der Nacht. In den letzten Monaten hat A.____ das Beatmungsgerät nicht mehr gebraucht. Bereits im Juli brachte er es der Lungenliga Heerbrugg zurück. Aufgrund der nur kurzen Beatmungsdauer von max. 2-3 Stunden pro Nacht erfuhr A.____ keinerlei Benefit bezüglich der Tagesmüdigkeit und Abgeschlagenheit." Bereits im MEDAS-Gutachten vom 21. Dezember 2005 war, wie in der Stellungnahme des RAD vom 12. Oktober 2009 zu Recht ausgeführt, von Ein- und Durchschlafschwierigkeiten des Beschwerdeführers die Rede (IV-act. 78-15). Dr. B.____ machte diesbezüglich geltend, dass das Apnoe-Syndrom durch die Spezialisten des Schlafmedizinischen Instituts des KSSG behandelt werde. Die Beatmung sei abgebrochen worden, da der Beschwerdeführer jede Nacht nach 2-3 Stunden die Maske unbewusst heruntergerissen habe (IV-act. 148-1). Die subjektiv geäusserten Klagen des Beschwerdeführers werden durch Dr. B.____ ohne weitere Begründung als glaubhaft eingeschätzt (IV-act. 148-1). Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Bericht vom 16. September 2005 im MEDAS-Gutachten vom

21. Dezember 2005 aus, der Beschwerdeführer fühle sich kraftlos und beim Erwachen erschöpft. Der Beschwerdeführer brauche eine Stunde, um aufzustehen. Er fühle sich müde und leide unter Durchschlafstörungen (IV-act. 78-27 ff.). Diese Ausführungen von Dr. K. ___ werden durch die RAD-Ärztin Dr. med. L. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigt. Im ärztlichen Bericht vom 29. November 2006 führte sie diesbezüglich aus, der Beschwerdeführer leide seit vielen Jahren an Ein- und Durchschlafstörungen. Er fühle sich müde und kraftlos (IV-act. 99-1, 99-3). Mithin ist auch in Bezug auf das Schlaf-Apnoe-Syndrom nicht von nicht bereits vor dem 20. Februar 2007 berücksichtigten, mit diesem Syndrom zusammenhängenden Beschwerden, welche eine neue wesentliche Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit darstellen würden, auszugehen.

3.5 Die behandelnden Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin des KSSG nannten im Bericht vom 29. August 2008 u.a. eine Depression, welche in den weiterfolgenden Ausführungen auch als ausgeprägte bzw. schwere Depression bezeichnet wird (IV-act. 151-2 f.). Eine nähere Begründung der Diagnose "Depression" kann jedoch dem Bericht nicht entnommen werden; die Diagnose scheint einzig auf den Schmerzschilderungen des Beschwerdeführers zu basieren. Um eine eigenständige fachärztliche Beurteilung handelt es sich dabei jedenfalls nicht. Im Sprechstundenbericht des Adipositas-Zentrums St. Gallen Rorschach vom 21. Dezember 2009 berichtete Prof. I. ___ unter anderem von einer Depression sowie Somatosierungsstörung. Im Weiteren führte Prof. I. ___ aus, im Vordergrund stehe subjektiv für den Patienten aktuell der IV-Entscheid für eine Berufsunfähigkeit von nur 24 %. Dies sei aus seiner Sicht wenig nachvollziehbar, da der Patient seiner Einschätzung nach an einer schweren Depression leide. Insgesamt halte er den Patienten im Moment für in keinster Weise arbeitsfähig und könne den Entscheid der IV-Stelle daher auch nicht ganz nachvollziehen (act. G 1.2.3, S. 2). Hinsichtlich dieser Ausführungen von Prof. I. ___ ist zu bemerken, dass dessen Einschätzung der vollen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer schweren Depression nicht näher begründet ist und ebenfalls einzig auf den Schmerzschilderung des Beschwerdeführers zu basieren scheint. Es ist weiter festzustellen, dass auch keine eigentliche Erhebung des Psychostatus und keine Kriterien für die Diagnosestellung ersichtlich sind. Zudem nimmt Prof. I. ___ keine Auseinandersetzung mit der Frage der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der geklagten Probleme vor. Im Übrigen scheint Prof. I. ___ als Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin auch wenig geeignet, eine lang andauernde psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Hinsichtlich der sich in den Akten befindenden Berichte des Psychiatrie-Zentrums E. ___ ist zu bemerken, dass Dr. med. D. ___, Oberarzt, im ersten Bericht vom 19. März 2009 von einer seit August 2008 bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 50 % (IV-act. 144-2) und im zweiten vom 27. Januar 2010 (act. G 1.2.4) von einer ebenfalls seit August 2008 bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgeht, ohne dass die beschriebenen Befunde erheblich voneinander abweichen würden. Die Abweichung der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung ist nicht begründet. Zudem ist festzustellen, dass im Bericht vom 19. März 2009 eine seit August 2008 bestehende mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wird, während in demjenigen vom 27. Januar 2010 von einer seit August 2008 bestehenden schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome ausgegangen wird. Diesen Widerspruch lässt sich aufgrund der Akten nicht erklären. Im Weiteren nehmen die Ärzte sowohl im Bericht vom 19. März 2009 als auch in demjenigen vom 27. Januar 2010 keine Auseinandersetzung mit der Frage der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der geklagten psychischen Probleme vor. Es ist

ebenfalls zu bemerken, dass Dr. J.____ und Dr. D.____ im Bericht vom 27. Januar 2010 auch die "Eingliederung in den freien Arbeitsmarkt" aufgrund der nur kurzen möglichen Beschäftigungsdauer von 1.5 Stunden bezweifeln. Dies ist jedoch nicht relevant, wird doch die Verwertbarkeit einer (selbst kurzen) Restarbeitsfähigkeit nicht vom Mediziner bestimmt, und ist dabei stets auf den ausgeglichenen und nicht auf den realen Arbeitsmarkt abzustellen. Abschliessend muss festgestellt werden, dass bereits im Bericht der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Suchtbehandlung St. Pirminsberg vom 22. Juni 2006 die Diagnosen der schweren depressiven Episode sowie einer Somatisierungsstörung gestellt wurden (IV-act. 97-1). Diese Einschätzung hat das Gericht im Urteil vom 15. August 2008 gewürdigt, darauf aber nicht abgestellt. 3.6 Zusammenfassend belegen die nach der Verfügung vom 6. Februar 2007 und dem Gerichtsentscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 15. August 2008 erstellten ärztlichen Berichte keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche eine anspruchsbegründenden Invalidität zur Folge hätte, weshalb weiterhin von zumindest bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2010 bestandenen Aktualität der Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss MEDAS-Gutachten vom 21. Dezember 2005 und RAD-Bericht vom 29. November 2006 ausgegangen werden kann. 3.7 Da der vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen im Entscheid vom 15. August 2008 festgelegte Invaliditätsgrad von 36 % unbestritten ist, erübrigen sich diesbezügliche weitere Erwägungen und das Vornehmen eines neues Einkommensvergleichs.

E. 4

4.1 Nach dem Ausgeführten ist die Beschwerde abzuweisen. 4.2 Dem Beschwerdeführer wurde am 22. März 2010 die unentgeltliche Prozessführung (unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsverbeiständung) bewilligt. Wenn es seine wirtschaftlichen Verhältnisse gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (Art. 404 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 288 Abs. 1 der Zivilprozessordnung des Kantons St. Gallen [ZPO/SG] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). 4.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 4.4 Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat aufgrund der bewilligten unentgeltlichen Rechtsverbeiständung sodann grundsätzlich Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). In einem Fall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad wird praxismässig eine Pauschalentschädigung von Fr. 3'500.-- ausgerichtet. Da der vorliegende Fall nicht als überdurchschnittlich aufwendig zu qualifizieren ist, rechtfertigt sich in der vorliegenden Sache, die Entschädigung auf pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. 4.5 Der Staat ist zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. Die entsprechende Entschädigung ist gemäss Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes (AnwG; sGS 963.70) um einen Fünftel zu kürzen. Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Demgemäss hat das

Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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