

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/312 vom 28. Oktober 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-10-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2011\\_312](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_312)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/312 du 28 octobre 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/312 del 28 ottobre 2013

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Mehraufwand wegen unsachgemässer Aktenführung. Verlaufsgutachten beweiskräftig. Anspruch auf eine befristete ganze Rente infolge einer Phase hochaktiver rheumatoider Arthritis. Rückweisung zu weiteren Abklärungen betreffend den Verlauf nach der Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Oktober 2013, IV 2011/312).

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Vorab rügt die Beschwerdeführerin Mängel in der Aktenführung. Gemäss Art. 46 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen. Dabei stellt das Gesetz keine konkreten Anforderungen an die Art und Weise, wie die Akten zu führen, paginieren, indexieren etc. sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. November 2007, 9C\_231/2007, E. 3.2 mit Hinweisen). Es muss sich in jedem Fall um eine systematische Aktenführung handeln. Dies setzt voraus, dass die Aktenführung nach festgelegten, allgemeinen, sachgerechten und zweckmässigen Kriterien zu erfolgen hat. Es muss ein Nachweis der Verwaltungstätigkeit möglich sein und nachvollzogen werden können, wie die Sachverhaltsabklärung erfolgt und wie der Weg der Entscheidungsfindung verlaufen ist (UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 46 Rz 13).

### **E. 1.2**

Ein Vergleich zwischen dem beim Gericht eingereichten Aktenverzeichnis vom 21. Dezember 2012 und demjenigen, welches der Beschwerdeführerin (datiert vom 8. September 2011) zugestellt wurde, ergab das Fehlen von drei Aktenstücken im Aktendossier des Versicherungsgerichts. Diese fehlenden Unterlagen reichte die Beschwerdegegnerin auf Aufforderung des Gerichts schliesslich nach, weshalb nun von der Vollständigkeit der Akten auszugehen ist. Die dem Gericht vorliegenden Dokumente unterscheiden sich von denjenigen der Beschwerdeführerin jedoch bezüglich der Nummerierung. Die aktuelle Aktenführung bewirkt Missverständnisse, Unsicherheiten und vermehrten Aufwand. Man erwartet zu Recht, dass eine einmal inszenierte Paginierung des Verwaltungsverfahrens auch im Gerichtsverfahren durchgehalten wird. Schliesslich ist der Beschwerdeführerin auch darin beizustimmen, dass die vorliegenden Aktenverzeichnisse keine ausreichende Beschreibung des Inhalts bzw. der Art des einzelnen Aktenstücks enthalten. Die im Aktenverzeichnis zur Hauptsache allgemein gehaltenen und den Inhalt

der einzelnen Dokumente nur rudimentär wiedergebenden Formulierungen wie IVS-Arztbericht, IVS-Mahnung usw. vermögen keine zweckdienliche Übersicht zu bieten, wie die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf den Entscheid des Bundesgerichts vom 15. Dezember 2010, 8C\_319/2010, E. 2, zu Recht festhält. Damit ist sowohl auf Grund der mangelhaften Aktenzustellung ans Gericht und der von den Akten der Beschwerdeführerin abweichenden Aktenführung, als auch auf Grund der zu allgemein gehaltenen Aktenbezeichnung ein Verstoss gegen die Pflicht zur sorgfältigen Aktenführung zu bejahen. Der sich daraus ergebende Mehraufwand für die Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin wird im Rahmen der Kostenfestlegung zu berücksichtigen sein.

### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der verfügungsweisen Zusprache einer halben Invalidenrente vom 15. Juni / 12. Juli 2007 (act. G 5.1.63, G 5.1.64) rentenrelevant verschlechtert hat und damit ein höherer Rentenanspruch resultiert.

### **E. 2.2**

Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

### **E. 2.3**

Um 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

### **E. 2.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person 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 jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen

Verfügung mit materieller Prüfung vorlag, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen).

### **E. 3.1**

Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache vom 15. Juni und 12. Juli 2007 (act. G 5.1.63, G 5.1.64). Damals stützte sich die IV-Stelle auf das ZMB-Gutachten vom 15. Juni 2006 ab, worin der Beschwerdeführerin gestützt auf die Hauptdiagnose einer Somatisierungsstörung (F45.0) mit generalisiertem, vorwiegend weichteilrheumatischem rechtsbetontem Schmerzsyndrom eine verbleibende Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen Hilfsarbeitertätigkeit attestiert worden war (act. G 5.1.22-15ff.). Zur Beurteilung der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten gesundheitlichen Verschlechterung wurde sie vom 5. bis 9. Juli 2010 erneut im ZMB Basel begutachtet. Die dortigen Experten gaben im Gutachten vom 26. Oktober 2010 an, seit der letzten Begutachtung im Jahr 2006 sei im Juni 2008 eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert worden. Bereits im Gutachten von 2006 seien in der Anamnese rezidivierende Schwellungen, vor allem im Bereich der Hände erwähnt worden, damals aber ohne klinischen Nachweis von Synovitiden. Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis sei gestützt unter anderem auf einen Ultraschallbefund mit Doppler-Power-Sonographie vom 25. Juni 2008 gestellt worden, wo als Hauptbefund eine symmetrische Mehranreicherung im Bereich der Fingergrund- und Fingermittelgelenke sowie kleine Erosionen an den proximalen Interphalangealgelenken der Finger II und V links sichtbar gewesen seien. Konventionell-radiologisch hätten zwischen 2008 und 2010 keine erosiven Veränderungen im Bereich der Hände und Füsse objektiviert werden können. Initial sei in den Verlaufsberichten der Rheumatologie des KSSG aber von einer hochaktiven rheumatoiden Arthritis mit einem Disease Activity Score (DAS) von 7.7 die Rede gewesen. Im Verlauf habe sich die Situation unter verschiedenen Basistherapien stabilisiert mit im letzten Bericht vom Februar 2010 einem DAS von 2.5, was einer Remission entspreche. Nach wie vor stünden subjektiv - abgesehen von der rheumatoiden Arthritis - vor allem Ganzkörperschmerzen im Vordergrund, wie sie bereits im Gutachten von 2006 und teilweise in den Berichten der Rheumatologie des KSSG erwähnt worden seien. Bei der Untersuchung fänden sich diffuse und multiple Druckdolenzen im Bereich der gesamten Weichteile und vor allem auch der Röhrenknochen an Händen und Füssen neben positiven Fibromyalgiedruckpunkten. Wie schon früher im ZMB diagnostiziert, liege auch aktuell ein diffuses Schmerzsyndrom vor, welches allerdings nicht nur weichteilrheumatisch, sondern auch im Bereich der Knochen und Gelenke im Sinne eines generalisierten Schmerzsyndroms vorhanden sei. Dieses gehe über ein Fibromyalgiesyndrom hinaus. In den Berichten der Rheumatologie des KSSG werde ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom in den Diagnosen aufgeführt. Da die Schmerzen schon lange vor der Diagnose der rheumatoiden Arthritis vorhanden gewesen seien, sei eher von einem primären Schmerzsyndrom auszugehen, am ehesten im Rahmen der Somatisierungsstörung. Dafür spreche auch die Persistenz der Schmerzen trotz guter Behandlung der rheumatoiden Arthritis. Es sei daher davon auszugehen, dass die Schmerzen als Folge des generalisierten Schmerzsyndroms entstünden bzw. als Folge der Somatisierungsstörung zu sehen seien. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitseinschätzung kamen die Gutachter insgesamt zum Schluss, dass sich trotz wesentlicher medizinischer

Veränderung seit 2006 keine weitere Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben habe. Auf Grund der hohen entzündlichen Aktivität der rheumatoiden Arthritis sei die Beschwerdeführerin (jedoch) zeitweise, wie im Juni 2008, in ihrer Arbeitsfähigkeit zu 100% eingeschränkt gewesen. Es sei anzunehmen, dass diese zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Grund der rheumatoiden Arthritis bis Frühling 2009 gedauert habe (act. G 5.1.95).

### **E. 3.2**

Die Beschwerdeführerin rügt, dass trotz Empfehlung von Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. April 2009 (vgl. act. G 5.1.74-3) keine EFL durchgeführt worden sei. Der Verzicht darauf hätte zumindest im Gutachten begründet werden müssen. Allein der RAD-Bericht vom 11. Juli 2011 vermöge eine korrekt durchgeführte interdisziplinäre Begutachtung nicht zu ersetzen (vgl. act. G 1). Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Vorliegend lautete die Empfehlung von Dr. D.\_\_\_\_ lediglich auf Durchführung einer EFL. Indem der RAD anstelle einer solchen direkt eine Begutachtung veranlasste, wurde die EFL durch das Gutachten ersetzt. Anlässlich der konkreten Begutachtung war es sodann Sache der Gutachter zu entscheiden, ob zusätzlich eine Notwendigkeit zur Durchführung einer EFL bestand. Dass diese sich nicht dazu äusserten, vermag an den in sich schlüssigen Ausführungen nichts zu ändern. Das Gutachten ist für den Zeitraum seiner Betrachtung, d.h. bis Juli 2010 begründet und nachvollziehbar, weshalb darauf abzustellen ist.

### **E. 3.3**

Der psychiatrische ZMB-Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ konnte die im Bericht des behandelnden Psychiaters F.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2010 diagnostizierte rezidivierende mittel- bis schwergradige depressive Störung, die ängstliche Persönlichkeitsstörung und die generalisierte Angststörung nicht bestätigen. Weder anamnestisch noch in der direkten Untersuchungssituation hätten bei der Beschwerdeführerin tiefe Depressionen oder ausgeprägte Ängste nachgewiesen oder eruiert werden können. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung seien auch nicht depressive oder Angstsymptome im Vordergrund gestanden. Die Beschwerdeführerin hinterlasse in keiner Weise den Eindruck, sehr niedergeschlagen, weinerlich oder sehr besorgt zu sein. Sie mache auch keinen ängstlichen Eindruck, obwohl sie sich über eine Angst beklage (act. G 5.1.95-27). Während F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Juli 2010 den totalen sozialen Rückzug der Beschwerdeführerin, Suizidgedanken und die Planung (jedoch nicht Ausführung) von stationären psychiatrischen Behandlungen angab (act. G 5.1.106), divergieren die Beobachtungen von E.\_\_\_\_ beträchtlich. Gemäss dem ZMB-Gutachter schilderte die Beschwerdeführerin, zu Hause keine Probleme zu haben. Sie pflege eine gute Beziehung zu ihren Töchtern und auch die Beziehung zu ihrem Ehemann sei gut. Zudem verfüge sie über drei bis vier gute Freundinnen, mit denen sie gerne zusammen sei. Sie trinke mit ihnen Kaffee und spreche auch gerne mit den Leuten ihres Wohnblocks. Manchmal gehe sie mit einer ihrer Freundinnen spazieren. Konkrete Suizidgedanken konnte der psychiatrische Gutachter keine eruieren. Im Befund führte er aus, die Beschwerdeführerin habe den Blickkontakt problemlos halten können. Das Bewusstsein sei klar, die Orientierung allseits vorhanden und die Stimmung ausgeglichen, die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien nicht eingeschränkt. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht auf das Schmerzerleben eingeengt, in inhaltlicher Hinsicht sei er unauffällig. Gestützt darauf bestätigte E.\_\_\_\_ lediglich die bereits im Jahr 2006 diagnostizierte Somatisierungsstörung. Darüber hinaus hätten sich zwar anamnestisch die Symptome der Müdigkeit, Energielosigkeit, der wechselhaften Stimmung, der

Libidoverminderung sowie des verminderten Selbstvertrauens und des manchmal auftretenden Gefühls allgemeiner Sinnlosigkeit eruieren lassen. Diese Symptome würden die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien aber nicht erfüllen. Sie seien nicht durchwegs dauernd vorhanden. Auch in der aktuellen Untersuchungssituation habe er klinisch keine Depression feststellen können (act. G 5.1.95-22ff.). Diese Ausführungen erscheinen in sich schlüssig und überzeugend. Demgegenüber lassen sich die Beurteilungen von F.\_\_\_\_ und insbesondere seine Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 70%, welche nicht zuletzt auf Grund seines Auftragsverhältnisses zur Beschwerdeführerin etwas gar negativ geprägt sein dürfte, auch durch keine weiteren Arztberichte stützen. Zwar fand eine Überweisung der Beschwerdeführerin an F.\_\_\_\_ durch B.\_\_\_\_ bereits im Mai 2004 statt (vgl. act. G 5.1.31-10). Die erstmalige Diagnose einer larvierten Depression wurde aber nicht vom Psychiater, sondern von den Ärzten der Rheumatologie des KSSG im Bericht vom 17. März 2004 festgehalten (act. G 5.1.29-3). Auch im Austrittsbericht über den stationären Aufenthalt in der Klinik Valens war als Diagnose lediglich eine "depressive Verstimmung" vermerkt (act. G 5.1.29-7). Somit erscheint die im ZMB-Gutachten getroffene Beurteilung in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls als schlüssig und nachvollziehbar; es ist darauf abzustellen.

#### **E. 3.4**

Die vom ZMB festgehaltene Verschlechterung des Gesundheitszustands ab Juni 2008 bis Frühling 2009 wurde trotz mehrmonatiger Dauer von der IV-Stelle nicht beachtet und in der Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2012 sogar bestritten. Dies, obgleich auch der RAD mit Stellungnahme vom 7. Januar 2011 von einem widerspruchsfreien und sorgfältig erstellten Gutachten ausging (vgl. act. G 5.1.97) und die Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar mit den somatischen und psychiatrischen Erkrankungen begründeten (act. G 5.1.95-30). Diesen Erkrankungen nun keine invalidisierende Wirkung mehr anzuerkennen, wie es die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort verlangt, ist mit dem ZMB-Gutachten nicht vereinbar, auf welches sich die Beschwerdegegnerin im Übrigen abstützt. Zweifel an einer zwischenzeitlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands sind den weiteren medizinischen Akten nicht zu entnehmen; vielmehr wurde die Verschlechterung von den Gutachtern schlüssig aus den Arztberichten des KSSG abgeleitet. So hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie des KSSG, im Bericht vom 12. Juni 2008 erstmals den Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis mit hochaktivem Erkrankungswert fest. Unter der eingeleiteten Therapie habe sich der DAS 28-Wert von 7.7 bei der Kontrolle vom 26. Juni 2008 auf 4.9 zurückgebildet (act. G 5.1.70-20f.). Im Verlaufsbericht vom 21. Januar 2009 wurde ein Wert von 4.4 als mässig aktiv angegeben. Die Beschwerdeführerin berichtete jedoch von Diarrhöen auf Grund der Medikamenteneinnahme sowie über einen Infekt mit Husten und Auswurf, weshalb eine kurzzeitige antibiotische Therapie habe verordnet werden müssen (act. G 5.1.70-14). Im Februar 2009 begann die Beschwerdeführerin eine Therapie mit Humira 40mg (act. G 5.1.73), worauf es gemäss den Berichten des KSSG vom 16. April 2009 (DAS 28: 3.97, was als mässig aktiv gilt) und vom 23. April 2009 zu einem Rückgang der Schmerz-Symptomatik gekommen sei (act. G 5.1. 95-44, G 5.1.74-3). Schliesslich war es laut den KSSG-Berichten vom 20. Oktober 2009 bzw. von Februar 2010 bei DAS 28-Werten von 2.26 (act. G 5.1.95-37) bzw. von 2.5 (vgl. act. G 5.1.95-20) zu einer Remission gekommen. Damit ist ein Reissionsgrund infolge der zwischenzeitlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands offensichtlich gegeben. Wann die Besserung

der Schmerzsymptomatik konkret eintrat, ist den KSSG-Berichten zwar nicht zu entnehmen. Auf Grund der übrigen Ausführungen der KSSG-Ärzte ist sie jedoch spätestens ab Mai 2009 anzunehmen. Dies deckt sich mit der Beurteilung der ZMB-Gutachter, welche als "ungefähren" Besserungszeitpunkt Frühling 2009 angaben (act. G 5.1.95-30).

### **E. 3.5**

Die Beschwerdeführerin macht geltend, auch ab Frühling 2009 sei nicht mehr von einer Besserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Da die Medikation auf Grund einer pulmonalen Verschlechterung sowie im Bronchialsekret nachgewiesenem E.coli habe sistiert werden müssen, könne nicht davon ausgegangen werden, dass die rheumatoide Arthritis mit einer stabilen Basistherapie ohne Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe aufgefangen werden können. Die Begutachtung durch das ZMB fand vom 5. bis 9. Juli 2010 statt. Bis zu diesem Zeitpunkt verfügten die Gutachter über die bis dahin ergangenen Arztberichte und Untersuchungsergebnisse. Hinsichtlich der Basistherapie hielten sie sowohl die bereits getesteten und wieder abgesetzten Medikationen als auch die aktuelle Behandlung mit Methotrexat 10mg subcutan sowie Humira 40mg subcutan alle zwei Wochen und Prednison in der Dosierung von 7.5mg täglich fest. Aktuell sei die rheumatoide Arthritis (somit) mit einer ausgebauten Basistherapie adäquat therapiert (vgl. act. G 5.1.95-20, 5.1.95-22). Obgleich aktuell eine Remission vorliege, komme es anamnestisch doch immer wieder zu kurzfristigen Schwellungen im Bereich einzelner Gelenke. Allenfalls müsse deshalb eine Dosissteigerung von Methotrexat in Betracht gezogen werden (act. G 5.1.95-22). Im Nachgang an die Begutachtung im Juli 2010, aber vor der Verfügung von September 2011 reichte die Beschwerdeführerin der Verwaltung weitere Berichte des KSSG ein. Gemäss dem Bericht vom 22. September 2010 musste die Beschwerdeführerin auf Grund multipler dichter Lungeninfiltrate am ehesten pneumonisch, DD: arzneimittelinduziert (Adalimumab [Humira]) rheumatoid, notfallmässig vom 30. August bis 3. September 2010 im KSSG hospitalisiert werden. Da die pulmonale Infiltration neben einer pneumonischen Genese differentialdiagnostisch als arzneimittelinduziert oder rheumatoid angesehen werden konnte, weil unter der Therapie mit Humira in der Literatur beispielsweise subakute interstitielle Pneumonien beschrieben werden, wurde nach Rücksprache mit den Rheumatologen sowohl die Humira- als auch die Methotrexattherapie bis auf Weiteres ausgesetzt (act. G 5.1.118-1f.). Wie die Pneumologen am 4. Oktober 2010 berichteten, hatte sich die Lungenfunktion bis dahin zwar normalisiert, jedoch musste erneut eine Therapie für die rheumatoide Arthritis in die Wege geleitet werden (act. G 5.1.118-13). Welche Auswirkungen dieser Verlauf auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hatte bzw. ob unverändert von einer etablierten Basistherapie ausgegangen werden konnte, wie der gutachterlichen Beurteilung zu Grunde liegt, kann der medizinische Laie nicht beurteilen. Vielmehr hätten diese Fragen von einer medizinischen Fachperson beurteilt werden müssen. Da die Probleme mit der Basistherapie zeitlich vor der angefochtenen Verfügung auftraten, hätte die Beschwerdegegnerin die neuen Berichte zumindest - wie ursprünglich angekündigt (vgl. act. G 5.1.119) - dem RAD unterbreiten müssen. Indem sie keine medizinische Würdigung veranlasste, hat sie ihre Untersuchungspflicht offensichtlich verletzt. Sie wird diese Abklärung nachzuholen und die zeitlich nach dem Gutachten erstellten Berichte des KSSG allenfalls dem ZMB zur gutachterlichen Würdigung zu unterbreiten haben.

### **E. 4.1**

Damit bleibt die Prüfung des Invaliditätsgrads ab Mai 2009, als gemäss ZMB-Gutachten wieder von einer Restarbeitsfähigkeit von 50% auszugehen war. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, dass selbst bei Bejahung einer Restarbeitsfähigkeit auf Grund ihrer rheumatoiden Arthritis mit den üblichen unberechenbaren Krankheitsschüben, den notwendigen zeitraubenden Therapien und insbesondere deren Nebenwirkungen, auf Grund der Müdigkeit, der herabgesetzten Reaktionsfähigkeit und der Unfähigkeit, Werkzeuge oder Maschinen zu bedienen, eine Verwertbarkeit verneint werden müsse. Die ZMB-Gutachter hielten hinsichtlich der adaptierten Tätigkeiten fest, dass der Beschwerdeführerin leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne repetitive Belastungen der Hände und Finger im Rahmen von 50% zumutbar seien. Auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Montage könne theoretisch zu 50% ausgeübt werden. Dagegen seien ihr schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten vor allem wegen der rheumatoiden Arthritis, teilweise auch wegen der Osteoporose nicht mehr zumutbar (act. G 5.1.95-22). Auf Grund dieser Einschränkungen erscheint das Finden einer zumutbaren Stelle für die im Verfügungszeitpunkt erst 40-jährige Beschwerdeführerin nicht zum Vornherein als ausgeschlossen, zumal davon auszugehen ist, dass die rheumatischen Beschwerden bei der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit genügend berücksichtigt wurden. Ausserdem sind an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen (Urteile des Bundesgerichts vom 19. November 2008, 9C\_744/2008, E. 3.2 und vom 30. April 2009, 9C\_235/2009, E. 3.4 mit Hinweisen).

#### **E. 4.2**

Schliesslich verlangt die Beschwerdeführerin die Gewährung eines sogenannten Leidensabzugs von 25%, während die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf einen solchen gänzlich verneinte. Die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren ist, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25% zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 E. 4.3.2., 126 V 75). Mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführerin auf Grund ihrer Beschwerden v.a. an beiden Händen nur noch ein sehr eingeschränktes Spektrum von körperlich leichten Hilfstätigkeiten zur Verfügung steht (vgl. Erwägung 4.1), und sie auf Grund der schubweise auftretenden Erkrankung der Arbeit eher öfters als andere fern bleiben dürfte, weshalb sie im Vergleich zu einer gesunden Arbeitnehmerin mit einem Minderverdienst zu rechnen hat, erscheint ein Leidensabzug von 15% gerechtfertigt. Damit resultiert ausgehend vom unbestritten gebliebenen und der Nominallohnerhöhung angepassten Valideneinkommen und dem daraus abgeleiteten Invalideneinkommen (vgl. act. G 5.1.125-2) bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50% unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15% ab 1. Mai 2009 ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 58%.

#### **E. 5**

Somit ist gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen ab Juni 2008 bis und mit April 2009 von einer vollständigen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit auszugehen, wodurch sich ein befristeter Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ergibt. Nachdem die Verschlechterung des Gesundheitszustands zwar im Juni 2008 eingetreten, die Beschwerdeführerin sie aber erst mit Meldeformular vom 13. Januar 2009 (act. G 5.1.65, G 5.1.67) geltend machte, besteht der Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. Januar 2009

(vgl. Art. 88 bis Abs. 1 IVV i.V.m. Art. 88a Abs. 2 IVV) bis Ende Juli 2009 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Ab 1. August 2009 ist der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 58% wiederum eine halbe Rente auszurichten. Für die Zeit ab Juli 2010 (nach der ZMB-Begutachtung) wird die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen zu tätigen und gestützt darauf neu zu verfügen haben.

### **E. 6.1**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2011 teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2009 befristet bis 31. Juli 2009 eine ganze Rente und sodann ab 1. August 2009 eine halbe Rente auszurichten. Die Sache ist zur Berechnung und Ausrichtung der befristeten ganzen Rente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Hinsichtlich des Zeitraums nach der Begutachtung im ZMB im Juli 2010 ist die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 6.2**

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). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem überwiegenden Obsiegen der Beschwerdeführerin entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

### **E. 6.3**

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall, wo die Beschwerdeführerin im ersten Verfahren Fr. 2'500.-- zugesprochen erhielt, ist für dieses Verfahren von einem verminderten Aufwand auszugehen. Die Beschwerdeführerin hat weitgehend obsiegt, weshalb von daher eine ungekürzte Kostenvergütung gerechtfertigt ist. Auf Grund des durch die Verletzung der ordentlichen Aktenführungspflicht resultierenden Mehraufwands erscheint ein Zuschlag von Fr. 250.-- gerechtfertigt. Insgesamt ist eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- angemessen. Entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit einer Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. September 2011 aufgehoben und der Beschwerdeführerin rückwirkend eine ganze Rente für die Zeit vom 1. Januar 2009 bis 31. Juli 2009 und eine halbe Rente für die Zeit ab 1. August 2009 zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen zurückgewiesen. 2. Für die Zeit nach der Verlaufsbeurteilung wird die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine

Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückbezahlt. 4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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