

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/318 vom 15. November 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-11-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2011\\_318](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_318)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/318 du 15 novembre 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/318 del 15 novembre 2013

## **Regeste**

Art 28 IVG. Art. 17 ATSG. Rentenrevision. Hinweise für seit der Verlaufsbeurteilung vor Verfügungserlass eingetretene gesundheitliche Verschlechterung. ABI-Verlaufsgutachten nicht beweiskräftig. Rückweisung zur ergänzenden Beurteilung (Entscheidung des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 15. November 2013, IV 2011/318).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin, welcher mit Wirkung ab 1. Oktober 2005 eine halbe Invalidenrente zugesprochen worden war (IV-act. 57), in rentenrelevanter Weise geändert und die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht mit Verfügung vom 9. September 2011 revisionsweise aufgehoben hat (IV-act. 103).

1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze IV-Rente, wenn sie mindestens zu 70% invalid ist; bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% besteht ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Die Bemessung der Invalidität setzt daher voraus, dass der Gesundheitsschaden sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sind. Dabei sind die rechtsanwendenden Behörden auf die Einschätzung der medizinischen Lage durch Fachpersonen angewiesen, welche den Gesundheitszustand beurteilen und dazu Stellung nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Gestützt darauf ermittelt die Verwaltung den Invaliditätsgrad in der Regel anhand eines Vergleichs zwischen den möglichen Erwerbseinkommen ohne und mit Gesundheitsschaden (Art. 16 ATSG).

1.2 Wenn sich der Invaliditätsgrad der rentenbeziehenden Person erheblich ändert, wird die Invalidenrente 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 Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 E. 3.5, vgl. BGE 133 V 545). Der Invaliditätsgrad kann sich

unter anderem in erheblicher Weise ändern, wenn sich der Gesundheitszustand verbessert oder verschlechtert hat oder anders auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Eine anspruchsbeeinflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Eine Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente wird frühestens auf den ersten Tag des zweiten Monats wirksam, welcher der Zustellung der Verfügung folgt (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Vorliegend verfügte die Beschwerdegegnerin am 9. September 2011 die Rentenaufhebung und der 1. November 2011 gilt somit als Zeitpunkt für die Rechtswirksamkeit dieser Anordnung. 1.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; BGE 130 V 77 E. 3.2.3). Im vorliegenden Fall ist demnach der Sachverhalt, welcher der rentenzusprechenden Verfügung vom 24. Januar 2008 (IV-act. 57) zugrunde lag, mit dem Sachverhalt zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 9. September 2011 (IV-act. 103) zu vergleichen. Tatsachen, die den Sachverhalt nach Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung verändert haben, bilden in der Regel keinen Beurteilungsgegenstand im Beschwerdeverfahren (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweis; vgl. Ausnahme in BGE 130 V 141 E. 2.1). Daher ist auf die von Dr. B.\_\_\_\_ vorgebrachte Arbeitsunfähigkeit von 100% für die Zeit vom 13. September 2011 bis Ende Dezember 2011 (IV-act.108/5), welche mit einer Magen-Bypass-Operation im Zusammenhang steht und keine Rückschlüsse bezüglich der Arbeitsfähigkeit im relevanten Zeitraum bis Verfügungserlass zulässt, im vorliegenden Verfahren nicht weiter einzugehen.

## **E. 2**

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Sachverhalt auf der Grundlage der medizinischen Feststellungen und Schlussfolgerungen des ABI-Verlaufsgutachtens vom 22. November 2010 (IV-act. 86) rechtsgenügend erstellt ist. 2.1 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 abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Alle Beweismittel sind, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen, um zu entscheiden, ob die verfügbaren medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Das Sozialversicherungsgericht darf 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 auf die andere medizinische These abstellt. Dies ergibt sich aus dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So besitzt das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die

Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351). Angesichts der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag können behandelnde Medizinalpersonen und Gutachter denselben Sachverhalt anders beurteilen. Das Gericht weicht aber nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung von einer an sich beweiskräftigen Einschätzung eines amtlich bestellten fachmedizinischen Experten nur ab (BGE 125 V 352f E. 3a und b; BGE 122 V 160 f. E. 1c), wenn die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichtes vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 und vom 16. August 2007, I 705/06, E. 3.2).

2.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beanstandet das ABI-Verlaufsgutachten, weil das darin integrierte psychiatrische Teilgutachten einen unveränderten psychischen Gesundheitszustand feststelle, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung verneine und die Frage des Vorliegens einer Komorbidität nicht kläre, obwohl seit 2004 psychische Probleme bestünden und 2009 psychische Überlagerungen und eine Schmerzausweitung hinzugekommen seien (act. G 1). Dem ist entgegen zu halten, dass die ABI-Gutachter nach den Kriterien der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) nachvollziehbar erklären, dass hier für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) ausreichend schwerwiegende psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren fehlen, die als hauptsächlich ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten (vgl. H. Dilling, H.J. Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 5. A. 2011, S. 195), weshalb sich die Frage der Komorbidität erübrigt. Die ABI-Gutachter gehen bei nicht hinreichend objektivierten somatischen Befunden von einer psychischen Überlagerung aus; diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), die sich bei der bereits einschränkenden leichten depressiven Episode (ICD-10 F33.0) nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-act. 86/17 f.). In diesem Zusammenhang weist der Rechtsvertreter zu Recht darauf hin, dass im ABI-Verlaufsgutachten selber von einer gegenüber der Begutachtung 2006 bestehenden Verschlechterung mit einer psychischen Überlagerung der somatisch ausgelösten Schmerzen bzw. einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werde. Zudem wird eine weitere Verschlechterung der Depression im Verlauf nicht ausgeschlossen, für welche eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit medikamentös antidepressiver Behandlung empfohlen werde (IV-act. 86/19). Eine solche Behandlung hatte die Beschwerdeführerin bereits erhalten (vgl. Arztbericht D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, vom 6. Oktober 2005, IV-act. 12), diese dann anscheinend aus Kostengründen nicht mehr weitergeführt (IV-act. 86/17). Dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ lässt sich sodann entnehmen, dass nach mehreren frustrierten Versuchen zur Bekämpfung der Adipositas permagna am 13. September 2011 eine operative Behandlung mit Magenbypass erfolgt sei (IV-act. 108/5 und 108/6). Damit liegen Anhaltspunkte vor, die für eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sprechen. Es ist daher angezeigt, über den Verlauf der psychischen Entwicklung und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Zeit seit der ersten Begutachtung bis zum massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses im September 2011 ein neues psychiatrisches Gutachten einzuholen.

2.3 Im Weiteren stellt sich die Frage, ob das somatische Leiden nicht orthopädisch, sondern rheumatologisch hätte abgeklärt werden sollen. Während das ABI

beim Vorgutachten 2006 einen Rheumatologen beigezogen hatte, wirkte beim Verlaufsgutachten 2010 stattdessen ein Orthopäde mit. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin rügt, ein Rheumatologe sei besser geeignet als ein primär chirurgisch tätiger Orthopäde, um die Auswirkungen der Erkrankung des Bewegungsapparates zu beurteilen (act. G1). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hängt der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise unter anderem davon ab, ob der Gutachter über die entsprechende Fachausbildung verfügt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2009, 9C\_53/2009, E. 4.2). Die ABI-Gutachter führten nicht aus, weshalb sie eine orthopädische anstelle einer rheumatologischen Teilbegutachtung durchgeführt haben. Der RAD stellte sich in der Stellungnahme vom 17. Juni 2011 auf den Standpunkt, bei Überschneidung der beiden Fachgebiete sei der orthopädische Gutachter in diesem speziellen Fall zweifellos qualifiziert gewesen, um die Beurteilung des Bewegungsapparates vorzunehmen (IV-act. 100). Festzuhalten ist, dass die fraglichen Fachrichtungen nicht etwa für unterschiedliche Konzepte stehen, wie ein Gesundheitsschaden und dessen Folgen zu betrachten sind. Vielmehr scheint sich – wie das Bundesgericht ausführt (Urteil vom 6. Juni 2011, 9C\_134/2011, E. 3.3) - im Sinne einer praktischen Aufgabenteilung für die Einschätzung der funktionellen Auswirkungen von Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates der Beizug der Rheumatologie durchzusetzen, während die Orthopädie eher im Zusammenhang mit Fragen der Therapie zuständig sei. Vorliegend fällt ins Gewicht, dass der RAD in der Stellungnahme vom 30. September 2009 festgehalten hatte, gegenüber dem ABI-Vorgutachten 2006 liege insofern eine veränderte Situation vor, als sich die Beschwerdeführerin im Juli 2009 in der Klinik Schulthess Zürich einer dekompressiven Rückenoperation unterzogen habe (IV-act. 70), weshalb der Beizug eines Orthopäden für die Beurteilung des Operationsergebnisses im Nachhinein nachvollziehbar erscheint. Für die Richtigkeit der Auffassung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, wonach ein Orthopäde als primär operierender Arzt dazu neigen würde, jede Operation als erfolgreich zu betrachten, fehlen vorliegend jegliche Anhaltspunkte.

2.4 Ferner ist zu prüfen, ob die Einschätzungen des behandelnden Rheumatologen Dr. B.\_\_\_\_ im Schreiben vom 27. September 2011 die orthopädischen Feststellungen und Schlussfolgerungen des ABI-Verlaufsgutachtens vom 22. November 2010 zu erschüttern vermögen.

2.4.1 Gemäss den medizinischen Abklärungen der Beschwerdegegnerin hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin infolge der am 15. Juli 2009 durchgeführten Dekompression des Spinalkanals gebessert, so dass sich die Arbeitsfähigkeit von 50% auf 70% erhöht habe. Diese Verbesserung gelte ab dem Zeitpunkt, in dem die postoperativen Einschränkungen nicht mehr bestanden hätten, spätestens ab der ABI-Untersuchung vom 21. September 2010 (IV-act. 86/28). Demgegenüber gibt Dr. B.\_\_\_\_ am 27. September 2011 an, vom 15. Juli 2009 bis 30. April 2010 habe operationsbedingt eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für jegliche Tätigkeit bestanden, wobei zu berücksichtigen sei, dass die postoperative Zeit zwar komplikationslos, aber protrahiert verlaufen sei. Ab 1. Mai 2010 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% für adaptierte Tätigkeiten auszugehen (IV-act. 108/1). Der orthopädische Gutachter hält in Bezug auf den Verlaufsbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. April 2010 (richtig: 29. März 2010, IV-act. 78) fest, dass sich bei der Untersuchung vom 21. September 2010 eher geringe Bewegungseinschränkungen an der thorakolumbalen Wirbelsäule gezeigt hätten und insgesamt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sei (IV-act. 86/26). Damit äusserte sich der Gutachter nicht zur Frage, ob aufgrund der (protrahiert ablaufenden) postoperativen Erholungsphase vorübergehend keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen hat; er stellte nur eine namhafte Verbesserung des

Gesundheitszustandes fest, nachdem der postoperative Verlauf abgeschlossen war. Zur konkreten rentenrelevanten Frage der Arbeitsunfähigkeit aufgrund der perioperativen Immobilisierung unterlässt es das ABI-Gutachten, hinreichend Auskunft zu geben, weshalb es diesbezüglich unvollständig ist.

2.4.2 Die Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit auch nach Abschluss der postoperativen Erholungsphase immer noch 50% betrage, begründet Dr. B. \_\_\_ zunächst damit, dass bereits präoperativ klar gewesen sei, mit der Operation würden nicht alle Beschwerden verschwinden. Ziel der Operation sei gewesen, die Schmerzen und vor allem die Claudicatio spinalis soweit zu reduzieren, dass ein gezielter Muskelaufbau stattfinden könnte. Gebessert hätten sich postoperativ die Claudicatio spinalis-Symptomatik und die vorbestehende ausgeprägte Fehlhaltung mit Shift nach links. Geblieben sei aber erwartungsgemäss der Hohl-Rundrücken mit S-förmiger Skoliose sowie die ausgeprägte muskuläre Dysbalance, wobei die Dekonditionierung infolge der Immobilisierung perioperativ sogar noch zugenommen habe (IV-act. 108/3). Zu bedenken gibt Dr. B. \_\_\_ in diesem Zusammenhang, dass das ABI-Verlaufsgutachten lediglich die Befunde aufführe, welche sich gebessert hätten, nicht aber diejenigen, welche gleich geblieben seien oder sich gar verschlechtert hätten. Bei der Erklärung der radiologischen Befunde sei sodann im ABI-Verlaufsgutachten eine Besserung festgestellt worden, welche auf einem unzulässigen Vergleich zwischen früheren MRI-Befunden und den postoperativen konventionellen Bildern beruhe. Die fortbestehenden degenerativen Veränderungen gemäss MRI der Lendenwirbelsäule 2008 hätten nach allgemeiner Erfahrung eher zugenommen, sicher aber nicht abgenommen. Angesichts der Tatsache, dass die - gemäss den postoperativ erstellten radiologischen Aufnahmen - weiterbestehende degenerativ bedingte Olisthesis L3/4 verdächtig auf eine Instabilität sei, sei für eine Beurteilung mit möglichen Rentenfolgen die Anfertigung von LWS-Funktionsaufnahmen notwendig. Weiter müsse der Feststellung, dass mit einem Finger-Boden-Abstand von 20cm eine gute Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule bestehe, welche zusätzlich durch das problemlose Erreichen der Zehen mit den Fingerspitzen im Langsitz erhärtet werde, widersprochen werden, weil mit diesen Testen allenfalls die gute Hüftbeweglichkeit sowie gut gedehnte Kanalstrukturen, aber keineswegs die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule nachgewiesen worden seien. Die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sei zu Unrecht abgelehnt worden, da erfahrene Exploratoren gerade in unklaren Situationen mit einer EFL zwischen organisch und nichtorganisch bedingten Funktionseinschränkungen unterscheiden könnten. Zudem stehe fest, dass die Beschwerdeführerin mit guter Compliance alles unternommen habe, um die Muskulatur zu kräftigen und die Dysbalance zu überwinden. Es sei der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass nach mehreren frustrierten Versuchen der Gewichtsreduktion mit Diät und Medikamenten am 13. September 2011 nunmehr im Kantonsspital St. Gallen ein laparoskopisch proximaler Magenbypass mit Cholezystektomie erfolgt sei. Der postoperative Verlauf sei bisher gut gewesen. Es müsse ein gezielter Muskelaufbau erfolgen, dies möglichst in einem stationären Rahmen wie z.B. in der Klinik Valens (IV-act. 108/3 f.).

2.4.3 Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (IV-act. 109) widerspricht sich der behandelnde Rheumatologe nicht, wenn er für die Beurteilung des Leistungsanspruchs LWS-Funktionsaufnahmen empfiehlt, auf die er vorläufig und nur aus therapeutischer Sicht verzichtet habe (IV-act. 108/3). Der Beschwerdegegnerin kann auch nicht gefolgt werden, soweit sie die Nichtdurchführung der EFL damit rechtfertigt, dass eine nicht organische Beschwerdekomponekte vorliege (IV-act. 109). Es handelt sich um eine von der behandelnden Klinik für indiziert erachtete Massnahme. Eine derartig konkret

leistungsorientierte, arbeitsmedizinisch-ergonomisch ausgerichtete Abklärung ermöglicht relevante Aussagen zum Leistungsverhalten und zur Konsistenz der versicherten Person, wobei gerade eine allfällig beobachtete Symptomausweitung und Selbstlimitierung im Rahmen eines chronifizierten Zustandes für die Bewertung der Zumutbarkeit bedeutsam sein kann. Die Ansicht, die Ergebnisse einer EFL seien stets mit Zurückhaltung zu würdigen, da sie massgeblich auf die subjektive Leistungsbereitschaft der versicherten Person abstelle, greift nach der Rechtsprechung zu kurz. Bei Beurteilungen mit möglichen Rentenfolgen wird im Gegenteil, um zusätzlichen Aspekten Rechnung zu tragen, die Kombination einer EFL mit einem rheumatologisch-orthopädischen, gegebenenfalls auch psychiatrischen Gutachten befürwortet (Urteil des Bundesgerichtes vom 16. Januar 2009, 8C\_547/2008, E. 4.2.1 und 4.2.2.1), es sei denn schwere Aggravation oder gar Simulation liege vor. Ein solches Verhalten kann nach dem Gutachten der Beschwerdeführerin nicht vorgeworfen werden. In Anbetracht der Einwendungen des rheumatologischen Facharztes steht nicht rechtsgenügend fest, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt auf einer ausreichenden Beweisgrundlage erhoben hat. Was die Vorgehensfehler anbelangt, die der behandelnde Rheumatologe dem ABI-Gutachter vorwirft, geht es um spezifisch medizinische Fragen, die ein diesbezüglich nicht fachkundiges Gericht nicht beurteilen kann. Sie könnten jedoch Einfluss auf die Beurteilung des Leistungsanspruchs haben und werden von der Beschwerdegegnerin nicht widerlegt. Die Einwendungen erscheinen somit als triftig genug, um die Schlüssigkeit des ABI-Verlaufsgutachtens in Frage zu stellen und die Überprüfung im Rahmen einer Neubegutachtung zu veranlassen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3 b aa). 2.5 Weiter gibt das ABI-Verlaufsgutachten auch keine schlüssige Antwort auf die Frage einer höheren Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der Operation vom 15. Juli 2009. Dr. B. \_\_\_ schätzt in diesem Zusammenhang die perioperative Arbeitsunfähigkeit auf 100% in der Zeit vom 15. Juli 2009 bis 30. April 2010 ein. Die Beschwerdeführerin hatte in dem im August 2009 eingeleiteten Revisionsverfahren am 19. August 2009 einen verschlechterten Gesundheitszustand geltend gemacht und auf ihre Rückenoperation in der Schulthess Klinik hingewiesen. Diese Frage wird im Rahmen der neuen Begutachtung ebenfalls zu klären sein, zumal alsdann zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführerin vorübergehend ein höherer Rentenanspruch zusteht.

### **E. 3**

3.1 Es ist weder unter praktischen noch rechtlichen Gesichtspunkten angebracht, in jedem Beschwerdefall auf der Grundlage eines Gerichtsgutachtens zu urteilen. Die Beschwerdeinstanz holt ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 100 E. 1.1; BGE 137 V 264 E. 4.4.1.4). 3.2 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die Frage einer perioperativen (vorübergehenden) Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der Dekompression des Spinalkanals vom 15. Juli 2009 überhaupt nicht geprüft. Anhand eines Vergleichs zwischen der Arbeitsunfähigkeit vor der Operation und derjenigen nach dem Zeitpunkt, in dem die postoperativen Einschränkungen, mehr als ein Jahr nach dem Eingriff, abgeklungen gewesen seien (IV-act. 86/28), begnügte sich die

Beschwerdegegnerin, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festzustellen. Somit wurde im Hinblick auf eine damit zusammenhängende allfällige vorübergehende Erhöhung des Rentenanspruchs eine Sachverhaltsabklärung unterlassen. Ausserdem wurden fundierte Zweifel gegenüber dem Verlaufsgutachten vorgebracht. Deshalb ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine ergänzende Neubegutachtung (nicht bei der bisherigen Gutachterstelle) bezüglich der somatischen und psychiatrischen Fragestellung vornimmt. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin erneut über eine Revision der Invalidenrente zu befinden haben.

#### **E. 4**

4.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 9. September 2011 aufzuheben. Die Sache ist zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200.-- bis 1000.-- Franken festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint vorliegend angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Die Rückweisung einer Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuer Verfügung gilt praxisgemäss unter Kostengesichtspunkten als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei (BGE 132 V 235 E. 6.1 mit zahlreichen Hinweisen). Angesichts des in diesem Sinn vollen Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten gesamthaft aufzuerlegen. Der Kostenvorschuss im Betrag von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. 4.3 In gleicher Weise hat die 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 (Art. 61 lit. g ATSG). 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.--. Der Bedeutung und Komplexität der vorliegenden Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 9. September 2011 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.

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