

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/208 vom 4. November 2014

Sg Versicherungsgericht, 2014-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_208

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/208 du 4 novembre 2014

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/208 del 4 novembre 2014

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung medizinischer Berichte und eines Gutachtens. Zweifel am Ergebnis des Gutachtens, in welchem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Depression mittleren Grades diagnostiziert werden, wobei Letztere nicht als reine Begleiterscheinung gewichtet werden dürfe. Rückweisung zur ergänzenden Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2014, IV 2012/208).

Erwägungen

E. 1

Mit der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 hat die Beschwerdegegnerin ein Gesuch der Beschwerdeführerin vom Januar 2010 (nach einer ersten rechtskräftigen Gesuchsabweisung im Jahr 2005) um eine Rente abgewiesen. Beantragt werden im Gerichtsverfahren Rentenleistungen, hernach allenfalls berufliche Massnahmen bzw. Integrationsmassnahmen. Strittig ist demnach zunächst ein allfälliger Anspruch auf eine Rente. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand, auch wenn die Beschwerdegegnerin am 29. November 2010 die Arbeitsvermittlung abgeschlossen hatte, notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

E. 2

2.1 Nach 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. 2.2 Allgemein gilt, dass Invalidität Folge unter anderem von Krankheit sein kann (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG). Eine (durch eine Gesundheitsschädigung bedingte) Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (vgl. BGE 127 V 294, BGE 99 V 28). Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden in der Lage wäre, sind nicht als Auswirkungen einer krankhaften (dort: seelischen) Verfassung zu betrachten (vgl. BGE 102 V 165). 2.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen dementsprechend die subjektiven Schmerzangaben der

versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.2). Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert ist jedoch aus rechtlicher Sicht zwar Voraussetzung, aber nicht auch schon hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes genügt (selbst) die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein für eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsbegründung nicht (BGE 130 V 352 E. 2.2.4). Der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie obliegt im Rahmen der - naturgemäss mit Ermessenszügen behafteten - ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit die Aufgabe aufzuzeigen, ob und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4).

2.4 Eine depressive Störung stellt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für sich keinen pathogenetisch (ätiologisch) unklaren syndromalen Zustand dar, bei welchem die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen (s. unten E. 4.3) zur Anwendung gelangen würde (vgl. Bundesgerichtsentscheide i/S M. vom 20. September 2011, 8C_302/11, und i/S H. vom 17. Januar 2013, 9C_521/12). Die Annahme einer invalidisierenden Wirkung einer (mittelschweren) depressiven Störung bedingt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts jedenfalls, dass es sich dabei nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit handelt, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 22. Juli 2014, 9C_690/13 E. 4.2). In ständiger Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Übrigen daran festgehalten, dass beim Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung in erster Linie die (fach-) ärztlichen Feststellungen zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit massgeblich sind (Bundesgerichtsentscheid i/S U. vom 14. Februar 2014, 8C_251/13 E. 4.2.2).

2.5 Entscheidend ist im Ergebnis die nach einem weitgehend objektivierten Massstab vorzunehmende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch zumutbar sei (vgl. BGE 127 V 294; vgl. zum Ganzen auch BGE 139 V 547). - Steht fest, dass ein Krankheitszustand mit (unüberwindlichem, d.h. ganze oder teilweise Unzumutbarkeit einer Tätigkeit bewirkendem) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt, ist unerheblich, ob auch soziale, invalidenversicherungsfremde Faktoren als (Teil-) Ursache bei dessen Entstehung eine wesentliche Rolle gespielt haben (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 3.2.2).

E. 3

3.1 Im Rahmen ihrer Neuanmeldung vom Januar 2010 wurde der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bidisziplinär begutachtet. Bei der rheumatologischen Abklärung zeigte sich kein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Leiden. Der Gutachter stützte sich auf eine Kenntnisnahme von den Vorakten und erfragte die Beschwerden. Die Beschwerdeführerin beklagte stetige Rückenschmerzen (an ganzer LWS) und dass sie darauf achtgeben müsse, keinen Hexenschuss zu provozieren, denn dann müsse sie zuhause meistens liegen. Sie könne maximal eine Stunde sitzen. Später habe sie noch Nackenschmerzen erinnert, die seit

zwei Jahren fast immer vorhanden seien. Den aktuellen Schmerzpegel habe sie gelassen und in ausgeglichener Stimmungslage mit 7.5 (auf einer Skala zwischen Null und maximal vorstellbarem Schmerz bei 10) angegeben (act. 67-12). Der Gutachter erstellte Aufnahmen der LWS (ap/seitlich). Ausserdem stand ihm ein MRI der HWS vom 4. November 2009 zur Verfügung. Damit und mit seiner Untersuchung erhob er eine Fehlhaltungstendenz der Wirbelsäule mit konsekutiver Überlastung des lumbosakralen und zervikothorakalen Übergangs im Bereich der Weichteilstrukturen sowie im Bereich des Beckengürtels mässiggradige myofasziale Triggerpunkte. Infolge einer wegen Schon- und Meideverhaltens eingetretenen Dekonditionierung sei die Belastbarkeit für schwere und rückenbelastende Arbeiten, welche die Beschwerdeführerin aber bis anhin nicht ausgeübt habe, eingeschränkt. Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt. Die von Dr. B.____ (welcher der Beschwerdeführerin gesamthaft eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert) erwähnten Hals-/Nackenschmerzen (nach Treppensturz mit Commotio und HWS-Trauma) sind damit berücksichtigt (Cephalaea wurde in der Begutachtung nicht beklagt). Wie den Akten zur ersten IV-Anmeldung samt dem Arztzeugnis von Dr. B.____ vom 23. März 2005 zu entnehmen ist, hat die Beschwerdeführerin schon seit Behandlungsbeginn 1998 immer wieder körperliche Beschwerden gehabt und es waren pneumologische und neurologische (einschliesslich Radiologie-) Abklärungen durchgeführt worden, bei denen aber keine relevanten Befunde gefunden worden waren. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass somatisch kein die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit einschränkendes Leiden vorhanden ist. 3.2 Im Gutachten wird der Beschwerdeführerin jedoch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestiert, und zwar eine solche von 50 %. Dr. B.____ befürwortet wie erwähnt insgesamt eine volle Arbeitsunfähigkeit. Das behandelnde Psychiatrische Zentrum C.____ ging im Februar 2010 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus. Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung vom Juli 2010 ist nicht eindeutig, es werden eine Arbeitsunfähigkeit von 70 bis 80 und eine solche von 50 % angegeben. Auch das Attest vom September 2011 erwähnt gleichzeitig eine Reduktion bis zu 60 % und eine Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 70 %. 3.3 Der Gutachter der Psychiatrie hat sich mit der Diagnosestellung und den Arbeitsfähigkeitsschätzungen der psychiatrisch behandelnden Stelle auseinandergesetzt und auf (weitere) Unklarheiten und Unvollständigkeit hingewiesen (act. 66-15). Namentlich ist, wie er zutreffend darlegt, nicht nachvollziehbar, weshalb bei verringerter Depression (mittelgradig statt mittel- bis schwergradig) eine höhere Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte. Die betreffenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind insgesamt nicht überzeugend. 3.4 Selber hat der Gutachter der Psychiatrie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Depression mittleren Grades diagnostiziert. Als im Vordergrund stehendes Leiden bezeichnet er die somatoforme Schmerzstörung. Stets seien die Schmerzen der die Beschwerdeführerin limitierende Faktor gewesen, eine somatische Erklärung habe sich aber nicht finden lassen. Stattdessen seien immer wieder psychosoziale Belastungsfaktoren erwähnt worden (act. 66-14). In der Untersuchungssituation war ein Schmerzerleben erst nach rund zwei Stunden spürbar gewesen (act. 66-15). Der Gutachter hält fest, der diesbezügliche Verlauf sei schwankend. Anlässlich des Aufenthalts in der Tagesklinik sei ferner eine Selbstlimitierung festzustellen gewesen. Der Schmerzmittelkonsum der Beschwerdeführerin sei gering. Ein sozialer Rückzug habe nicht stattgefunden. Ein primärer Krankheitsgewinn sei zumindest nicht auszuschliessen (Überforderung durch die Doppelrolle als Mutter und voll Erwerbstätige; schwere Erkrankung des Ehemannes). 3.5 Der Gutachter führt des Weiteren aus, die Depression mittleren Grades bilde eine

Komorbidität zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und dürfe nicht als reine Begleitdepression gewichtet werden (act. 66-14 unten). Es dürfe ihr eine teilweise Eigenständigkeit zugesprochen werden, auch wenn das Ausmass der Depressivität mit den Schmerzen schwanke (act. 66-14 oben). Sie habe nämlich Mitte 2008 immerhin zu einer fast zwei Monate dauernden psychiatrischen Hospitalisation geführt (act. 66-14 unten). Dieser Umstand für sich genommen ist indessen, selbst wenn berücksichtigt wird, dass die Beschwerdeführerin ab dem 29. Oktober 2008 bis zum 10. Juli 2009 ausserdem noch in teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik war, als Begründung für eine solche Schlussfolgerung ungenügend. Zu berücksichtigen sind die konkreten Umstände und der konkrete Verlauf. Was die psychiatrische Vorgeschichte samt Hospitalisation der Beschwerdeführerin betrifft, hatte, wie das Psychiatrische Zentrum C.____ berichtet (act. 27), erstmals Dr. B.____ sie im Oktober 2006 für eine psychiatrische Abklärung und Behandlung an dieses Zentrum gewiesen. Dort seien eine generalisierte Angststörung und ein Hyperventilationssyndrom bei psychosozialen Belastungssituationen, insbesondere bei Erkrankung des Ehemannes, diagnostiziert worden. Im Jahr 2008 dann sei die Beschwerdeführerin in einem Schock ähnlichen Zustand in suizidaler Absicht auf die Autobahn gefahren. Am nächsten Tag habe sie beim Zentrum Hilfe gesucht und dieses habe sie am 6. Mai 2008 bei psychischer Dekompensation mit latenter Suizidalität und Fremdaggressivität notfallmässig in die Klinik eingewiesen. Gemäss dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.____ (act. 36-1 f.) war sie, da sie sich beim Aufnahmegespräch nicht glaubhaft von akuter Suizidalität habe distanzieren können, zunächst auf die geschlossene Akutstation aufgenommen worden, habe jedoch rasch verlegt werden können, da eine Stabilisierung erfolgt sei und keine Suizidalität bestanden habe. Unter der Behandlung sei die depressive Symptomatik zunehmend rückläufig gewesen und die Beschwerdeführerin sei in gleich bleibend gebessertem Allgemeinzustand (Status: im formalen Denken leicht verlangsamt, umständlich, eingeengt, Grübelneigung, im Affekt leicht ratlos, innerlich unruhig, klagsam) entlassen worden. Es wurde eine Überforderung durch eine chronische psychosoziale Belastungssituation festgestellt. Wie der Gutachter der Psychiatrie kritisch festhält, entsprach der Austrittsbefund eindeutig einer höchstens mittelgradigen depressiven Störung (act. 66-15). Damit ergeben sich Zweifel an der gutachterlichen Annahme, die Depression sei als teilweise eigenständiges Leiden zu betrachten. 3.6 Dazu kommt, dass selbst die - allerdings anerkanntermassen fachärztlich-gutachterliche - Diagnostizierung einer Depression mittleren Grades als solche nicht ohne weiteres fassbar ist. Die Beschwerdeführerin klagte bei der psychiatrischen Untersuchung hauptsächlich über Schmerzen, die etwas gebessert hätten, aber Haupthindernis für die Wiederaufnahme einer Arbeit seien, ferner über Vergesslichkeit, rasche Ermüdbarkeit, freudlose Stimmung, gestörten Schlaf, empfindlichen Magen, Neigung zu Blasenentzündungen und blitzartige Empfindungen in den Ohrmuscheln (act. 66-11). Wird aber der vom Gutachter vorgefundene psychiatrische Befund betrachtet, wird erkennbar, dass die affektive Modulation der Beschwerdeführerin erhalten war, die Stimmung leicht gedrückt und die Psychomotorik frei waren, ohne vegetative Angstsymptome. Aufmerksamkeit und Konzentration waren während der mehr als zwei Stunden dauernden Untersuchung nicht relevant beeinträchtigt. Erst gegen Ende habe die Beschwerdeführerin ziehende Schmerzen im Rücken gespürt und sei aufgestanden (ebenfalls act. 66-11). Seine Diagnose begründet der Gutachter jedoch nicht nur mit der festgestellten leicht bedrückt-resignierten Stimmung, sondern auch mit Vergesslichkeit und beeinträchtigter Konzentration, Erschöpfbarkeit, Antriebsverminderung und Schlafstörung.

Dabei stützte er sich somit offenbar auf Vorakten und auf die entsprechenden Angaben der Beschwerdeführerin, insbesondere auf jene, dass diese Störungen abhängig seien von den Schmerzen und mit ihnen schwankten. Dass sich diese beklagten Störungen von ihm hatten objektivieren lassen, kann dem Gutachten nicht entnommen werden; gemäss den dortigen Ausführungen wurden sie bei der Begutachtung selbst wie erwähnt nicht festgestellt. Hingegen konnte der Gutachter in die Beurteilung mit einbeziehen, zu welchen Leistungen die Beschwerdeführerin in ihrem Tagesablauf nach ihren Angaben fähig ist (vgl. act. 66-14 und 66-10). Die entsprechenden Schilderungen sprechen nicht für eine weitreichende Arbeitsunfähigkeit. Dem Gutachter der Rheumatologie gegenüber machte die Beschwerdeführerin im Übrigen wie erwähnt eine submaximale Schmerzangabe und befand sich dabei nach dessen Einschätzung in aufgeräumtem Gemütszustand (vgl. act. 67-17). 3.7 Es ergeben sich damit Zweifel an der gutachterlich festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine Zeit ab Mitte 2008, als die Beschwerdeführerin die psychiatrische Hospitalisation angetreten hatte. Befundbeschreibung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lassen sich nicht ohne weiteres vereinbaren. Die Diagnose bzw. der Schweregrad der Depression sowie die Qualifikation deren Bedeutung als (teilweise eigenständige, erhebliche) psychiatrische Komorbidität zur somatoformen Schmerzstörung sind im Gutachten nicht ausreichend nachvollziehbar gemacht worden. Es kann darauf daher nicht abgestellt werden. Angesichts der allerdings in allen relevanten ärztlichen Berichten gestellten Diagnose (so hat sich etwa der RAD dem Gutachten angeschlossen) und der Behandlungen der Beschwerdeführerin ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass eine Depression von erheblichem Schweregrad vorliegt. 3.8 Der Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Die erforderlichen ergänzenden medizinischen Abklärungen werden aufzuzeigen haben, ob, in welcher Hinsicht (zeitlich sowie bezüglich welcher Funktionen, etwa von Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassungsvermögen, Belastbarkeit) und in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin allenfalls nach einem weitgehend objektivierten Massstab beeinträchtigt ist, Arbeit zu leisten.

E. 4

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Eine solche Rückweisung stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. BGE 137 V 57). Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 3. Juli 2012 ist damit obsolet geworden. 4.3 Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG, sGS 951.1). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. 4.4 Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin 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/SG). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint (bei einfachem Schriftenwechsel) eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 30. April 2012 aufgehoben und die Sache wird zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.

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