

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/100 vom 23. September 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_100

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/100 du 23 septembre 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/100 del 23 settembre 2015

Regeste

Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 28 Abs. 2 IVG. Beweiskraft eines MEDAS-Gutachtens. Auf das Gutachten, gemäss welchem eine depressive Episode im Zeitpunkt der Begutachtung remittiert war, ist auch hinsichtlich der rückwirkenden psychiatrischen Beurteilung abzustellen. Selbst wenn dies nicht der Fall wäre, wäre ein Rentenanspruch mangels Erfüllung der Wartefrist nicht gegeben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. September 2015, IV 2013/100).

Erwägungen

E. 1

Gegenstand des Verfahrens ist der Anspruch auf Ausrichtung einer Rente der IV. 1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Unter Erwerbsunfähigkeit versteht das Gesetz den durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachten Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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, besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 1.3 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). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). 1.4 In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und

pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Andererseits ist bei den medizinischen Berichten behandelnder medizinischer Fachpersonen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese aufgrund ihres therapeutischen Auftrags mitunter in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E 3b cc).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer trägt im Wesentlichen vor, die Einschätzung des ABI-Gutachtens, er sei in adaptierter Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, treffe nicht zu. Entgegen dem ABI-Gutachten sei die depressive Störung nicht remittiert, sondern bedürfe nach wie vor der Behandlung. Das ABI-Gutachten begründe die Abweichung von der Beurteilung in den anderen medizinischen Berichten nicht, sondern gehe lediglich von einer zwischenzeitlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes aus. Die im Gutachten geschätzte 100%ige Arbeitsfähigkeit sei sodann mit der in den Berichten vermerkten Abnahme der Leistungsfähigkeit beziehungsweise Zunahme der Müdigkeit nicht vereinbar. Berichte der Klinik G. ___ vom 9. Januar 2012, des Psychiazentrums F. ___ vom 8. Juli 2011 und vom 12. Januar 2012 sowie von Dr. D. ___ vom 26. Februar 2013 würden ihm eine Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten von lediglich 50 % attestieren. Das ABI-Gutachten vermöge insgesamt nicht zu überzeugen. Die Arbeitsfähigkeit sei zu mindestens 50 % eingeschränkt. Selbst wenn dem ABI-Gutachten gefolgt würde, wäre bis zum Zeitpunkt der Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen (act. G 1).

2.2 In pneumologischer Hinsicht stimmt das ABI-Gutachten mit der Beurteilung von Dr. B. ___ überein, der am 31. März 2011 und am 2. August 2011 befunden hatte, aus pneumonaler Sicht bestehe für adaptierte leichte Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 60-8 ff. und 69). Die Rheumatologin Dr. D. ___ schätzte am 18. März 2011 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepassten Tätigkeiten auf 50 %. Der Beschwerdeführer könne keine Arbeiten in ständigem Stehen oder in länger vorgebeugter Haltung durchführen. Aufgrund der Atemnot sei ihm längeres Gehen oder Treppensteigen nicht möglich (IV-act. 59-3). Der orthopädische Gutachter des ABI nimmt - abweichend von Dr. D. ___ - eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten an. Er führt zum Bericht von Dr. D. ___ in nachvollziehbarer Weise aus, diesem lasse sich nicht entnehmen, welchen konkreten Einfluss die erwähnten Veränderungen am Bewegungsapparat auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hätten. Rein aufgrund der objektivierbaren Befunde lasse sich nicht begründen, weshalb der Beschwerdeführer allein von Seiten der muskuloskelettalen Strukturen für eine adaptierte Tätigkeit in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit wesentlich eingeschränkt sein sollte (IV-act. 91-19). Zwar berichtete Dr. D. ___ unter anderem, die Wirbelsäule zeige eine deutliche Hyperlordose und Einschränkungen der Beweglichkeit durch Schmerzen in alle Richtungen, am meisten bei

lumbaler Extension (IV-act. 59-2). Indes erscheint plausibel, dass dieser Befund eine in quantitativer Hinsicht bedeutende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten nicht zu erklären vermag. Daran ändert auch der im Beschwerdeverfahren vorgelegte Bericht von Dr. D.____ vom 26. Februar 2013 nichts, da er zur Hauptsache die Müdigkeit des Beschwerdeführers thematisiert. Ausserdem schätzte Dr. D.____ in diesem Bericht die Arbeitsunfähigkeit auch in Berücksichtigung der beschriebenen Müdigkeit weiterhin auf 50%. Das ABI-Gutachten vom 1. November 2012 ist demnach in pneumologischer und orthopädischer Hinsicht schlüssig und nachvollziehbar. Es beruht auf vollständigen Untersuchungen und berücksichtigt die vorhandenen Akten sowie die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome. In somatischer Hinsicht ist daher auf das Gutachten abzustellen.

E. 3

3.1 Es bleibt darüber zu befinden, ob aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit vorliegt, welche zu einem Rentenanspruch führt. 3.2 Die ambulante Erstkonsultation im Psychiatrie-Zentrum F.____, an welches der Beschwerdeführer von Dr. D.____ verwiesen worden war (IV-act. 65-6), erfolgte am 24. Juni 2011. Dabei wurde die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD F32.11) gestellt (IV-act. 68-3 f.). Die Berichte des Psychiatriezentrums F.____ vom 27. Juni und 8. Juli 2011 halten fest, der Antrieb des Beschwerdeführers sei leicht bis mittelschwer reduziert, es bestehe eine leicht bis mittelschwer ausgeprägte Tendenz zum sozialen Rückzug. Mit der Kündigung sei es zu einem zunehmend depressiven Zustandsbild mit innerlicher Unruhe, Nervosität, leichter Reizbarkeit sowie gedrückter Stimmung gekommen. Auf geistiger Ebene führe dies zu deutlichem Gedankendrängen mit Selbstabwertung und vermehrten negativen Zukunftserwartungen. Dies bewirke auf psychischer Ebene ein Zustandsbild mit gedrückter Stimmung, Interesselosigkeit und Freudlosigkeit. Aufgrund der beschriebenen Symptome komme es zu einer deutlichen Einschränkung der Flexibilität, der Umstellungsfähigkeit sowie der Ausdauer und Konzentration mit rascher Ermüdbarkeit. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei während vier bis fünf Stunden pro Tag möglich (IV-act. 67-2 ff.; IV-act. 68-3). Vom 14. November bis 3. Dezember 2011 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik G.____ behandelt (IV-act. 79-2). Die Klinikärzte berichteten, der Beschwerdeführer habe depressive Gedankenspiralen, latente Suizidalität, eine negative Polung und eine getrübtte Stimmung beschrieben und geschildert, er sei zuweilen im familiären Umfeld aggressiv gewesen und ziehe sich zurück. Im Gespräch sei keine Störung vordergründig gewesen. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer verlangsamte, eingeengt auf seine körperlich problematische Situation, perseverierend und grübelnd gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich im Affekt ratlos, antriebsarm, mit einer Störung der Vitalgefühle, deprimiert, teilweise hoffnungslos, ängstlich sowie dysphorisch gereizt und sehr klagsam gezeigt. Er habe über Insuffizienzgefühle und teilweise affektlabiles Verhalten berichtet. Der Beschwerdeführer sei latent suizidal gewesen, habe sich aber glaubhaft davon distanzieren können (IV-act. 79-3). Die Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1). Es handle sich um eine seit vier Jahren bestehende und aggravierte depressive Entwicklung mit im Vordergrund stehender körperlicher Grunderkrankung im Sinne einer Komorbidität (IV-act. 79-2 ff.). Das Psychiatrie-Zentrum F.____ berichtete am 12. Januar 2012, die ambulanten Behandlungen hätten keine und die stationäre nur eine minimale Verbesserung gebracht. Bei einem sehr ausgeprägten somatischen Krankheitsbild sei das psychische Zustandsbild im Rahmen der ambulanten

Behandlung weitgehend unverändert geblieben (IV-act. 71-2 f.). 3.3 Der Beschwerdeführer gab anlässlich der psychiatrischen Untersuchung vom 4. Juni 2012 im ABI an, er sei seit Februar 2012 einmal wöchentlich in der psychiatrischen Tagesklinik in Behandlung und nehme Sedativa und Antidepressiva ein (Prazine und Cymbalta, IV-act. 91-9, 11 f.; www.compendium.ch). Der psychiatrische Gutachter stellte die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, remittiert (ICD-10: F33.4), sowie einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54), beide ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 91-13). Er führt aus, der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung einen aktiven energischen Eindruck gemacht. Die Stimmung sei ausgeglichen und die Psychomotorik lebhaft gewesen. Den Schilderungen des Beschwerdeführers hätten keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages entnommen werden können. Er habe nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidphantasien berichtet. Zurzeit klage er einzig über eine leicht verminderte psychische Belastbarkeit und erhöhte Reizbarkeit. Er fühle sich aufgrund seiner zahlreichen körperlichen Beschwerden nicht arbeitsfähig. Das Ausmass der beklagten körperlichen Beschwerden sowie die Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse (IV-act. 91-12 f.). Es sei zwar gelegentlich zu verbalen Auseinandersetzungen mit Familienangehörigen gekommen und der Kontakt zu Kollegen habe sich etwas vermindert. Doch sei es noch nie zu handgreiflichen Auseinandersetzungen gekommen. Der Beschwerdeführer besuche seit über einem Jahr vormittags ein Beschäftigungsatelier, unternehme nachmittags mit seiner Ehefrau Spaziergänge, helfe ihr beim Einkaufen und reise zweimal im Jahr zusammen mit ihr in seine Heimat, wo er ein Ferienhaus besitze. Auch habe er regelmässigen Kontakt zu seinen Kindern und den Enkelkindern. Er sei also im Alltag durch depressive Symptome nicht eingeschränkt. Ein Lebensverleider oder Suizidgedanken seien verneint worden. Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne somit nicht bestätigt werden. Die depressive Störung sei remittiert, wobei zu bemerken sei, dass der Verlauf depressiver Störungen schwankend sei. Es fänden sich aber keine Hinweise auf lang andauernde mittelgradige oder schwere Phasen einer depressiven Erkrankung bzw. darauf, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht während längerer Zeit eingeschränkt gewesen sei. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, die remittiert sei, und der Schmerzverarbeitungsstörung könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (IV-act. 91-14 f.). 3.4 In Anbetracht der anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunde ist nachvollziehbar, dass die rezidivierende depressive Störung - unter der fortgeführten Behandlung - zum Zeitpunkt der Begutachtung remittiert war. Retrospektiv verneint der Gutachter die frühere Diagnose einer mittelschweren bis schweren Depression gestützt auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer schon damals durch die psychischen Beschwerden in seinem Alltag nicht massgeblich eingeschränkt gewesen sei. Die Beurteilung der behandelnden Ärzte und des begutachtenden Psychiaters weichen insofern voneinander ab, inwieweit - in welcher Anzahl und Intensität - die Diagnosekriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt waren. Die Berichte der behandelnden psychiatrischen Ärzte sind zwar zeitnah, doch ist in Betracht zu ziehen, dass die Beurteilung durch die Behandlungssituation mitgeprägt wurde (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung am 4. Juni 2012 an, er besuche seit mehr als einem Jahr, also seit etwa Juni 2011, am Vormittag regelmässig während vier Stunden ein Atelier in H. ____ (IV-act. 91-11), was bei einem

damaligen Auftreten neuer bedeutender psychischer Probleme eher nicht möglich gewesen wäre. Weiter erwähnte der Beschwerdeführer dem begutachtenden Psychiater gegenüber offenbar nicht, dass es ihm erst seit kürzerer Zeit psychisch besser gehe, was indes naheliegend gewesen wäre, nachdem das Psychiatricentrum F. ___ noch am 12. Januar 2012 festgehalten hatte, die Therapien hätten bislang keinen Erfolg gezeitigt (IV-act. 71-3). Aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht somit zwar hervor, dass der Beschwerdeführer während längerer Zeit unter einer depressiven Beeinträchtigung gelitten hat. Indes vermögen diese das Gutachten hinsichtlich der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zu entkräften. 3.5 Zusammengefasst ist das ABI-Gutachten nachvollziehbar und schlüssig. Es beruht auf einer umfassenden Untersuchung und berücksichtigt die vorhandenen Akten und die Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers. Insgesamt bildet das ABI-Gutachten eine taugliche Beweisgrundlage. Somit besteht sowohl für die Zeit vor der Begutachtung als auch für die nachherige Zeit kein Rentenanspruch. 3.6 Selbst wenn davon ausgegangen würde, das psychiatrische Teilgutachten sei in der rückwirkenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht beweiskräftig, wäre kein befristeter Rentenanspruch gegeben: Aufgrund des insoweit beweiskräftigen Gutachtens besteht keine länger dauernde somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit. Eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50% wurde erstmals für die Zeit ab 24. Juni 2011 attestiert, womit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 24. Juni 2011 beginnen würde und am 4. Juni 2012, als anlässlich der psychiatrischen Begutachtung die Remission der Depression festgestellt wurde, noch nicht abgelaufen gewesen wäre.

E. 4

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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 Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung Entscheid 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.

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