

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/349 vom 29. Oktober 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2013_349

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/349 du 29 octobre 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/349 del 29 ottobre 2015

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten. Abklärungsbedarf bejaht, da eine allfällige erhebliche gesundheitliche Verschlechterung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ohne weitere Abklärungen nicht ausgeschlossen werden kann. Rückweisung zur Verlaufsbeurteilung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2015, IV 2013/349).

Erwägungen

E. 1

1.1 Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 1.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 1.3 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, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 1.4 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 2

2.1 Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. 2.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht einerseits auf das MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2010 und andererseits auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes Dr. F. ___ vom Mai 2013. Dr. med. H. ___, Eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Consiliargutachten vom 16. Juni 2010 fest, die Beschwerdeführerin verneine vehement das Vorliegen von psychischen Leiden. Sie bespreche Probleme mit den Freundinnen oder der Familie. Im Affekt wirke sie aufgestellt und sei durchaus modulationsfähig. Der affektive Rapport lasse sich gut herstellen, der Antrieb sei angehoben. Psychomotorisch sei sie äusserlich unruhig. Suizidgedanken würden verneint. Gestützt auf die HAD (Hospital Anxiety and Depression)-Skala könne eine Angststörung bei 4 von maximal 21 Punkten ausgeschlossen werden. Die in der Symptomgruppe Depression erzielten 9 Punkte würden sich im Grenzbereich für den Verdacht auf eine depressive Störung bewegen. Doch die meisten angegebenen depressiven Symptome (wie Konzentrationsschwierigkeiten, Freudlosigkeit) könnten nicht objektiviert werden. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer Angst und/oder depressiven Störung nach der ICD-10-Klassifikation würden nicht erfüllt. Gestützt auf seine Begutachtung befand Dr. H. ___, da sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen durch physiologische Prozesse oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklären liessen, es sich aus psychiatrischer Sicht dabei um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F34.3) handle, einhergehend mit Existenzängsten (wegen ihres Gesundheitszustands und des Ehemanns sowie finanziellen Sorgen), Verstimmungen und zum Teil furchtvollen Erwartungen in Bezug auf vorhandene Krankheiten wie Hypertonie und Diabetes, welche jedoch klinisch kompensiert seien. Die Tendenz zur dramatischen Darstellung der Beschwerden könne einerseits kulturell bedingt, andererseits aber auch auf akzentuierte histrionische Züge in der Persönlichkeitsstruktur (ICD-10: Z73.1) zurückzuführen sein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Zwar bestünden chronische körperliche Begleiterkrankungen, welche aus somatischer Sicht - wie in der interdisziplinären Besprechung vom 3. Juni 2010 festgehalten worden sei - nicht gravierend seien, jedoch die Beschwerdeführerin beunruhigten. Zudem seien ihre Behandlungsergebnisse für sie unbefriedigend. Die Färbung durch ein eigenes, kulturell bedingtes Krankheitskonzept lasse sich hier nur erahnen. Auf Grund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit zugrundeliegenden akzentuierten histrionischen Zügen und bei chronischen körperlichen Begleiterkrankungen liege eine Arbeitsunfähigkeit von 20% für körperlich adaptierte Tätigkeiten vor (IV-act. 37-15 ff.). Im Gesamtgutachten vom 5. August 2010 diagnostizierten die MEDAS-Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht ein diffuses chronisches unspezifisches weichteilrheumatisches/myofasiales Schmerz-syndrom cervicocephal, pectoral und panvertebral betont mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. Auf Grund der aufgeführten funktionellen Beschwerden sowie der psychischen Faktoren werde die Einschränkung gesamthaft auf 20% geschätzt. Die Arbeitsprognose dürfte eher ungünstig sein. Es würden dabei auch viele soziale, IV-rechtlich invaliditätsfremde Faktoren eine Rolle spielen. Darunter fielen eine Emigrationsproblematik, fehlende Berufsbildung, das Alter, familiäre Faktoren sowie subjektive Krankheitsüberzeugungen (IV-act. 37-9 f.). Nach RAD-Arzt Dr. med. I. ___ war das Gutachten in sich widerspruchsfrei und plausibel

nachvollziehbar (IV-act. 38). Es führte zu der rentenabweisenden Verfügung vom 11. Mai 2011, die unangefochten rechtskräftig wurde. Umstritten ist, ob seither eine relevante Verschlechterung eingetreten ist (vgl. IV-act. 37-17).

2.3 Gemäss dem MRI des Neurocraniums nativ vom 6. Februar 2012 wurden unauffällige intrakranielle Verhältnisse und eine regelrechte Darstellung der Mark-Rinden-Struktur der Grosshirnhemisphären festgestellt. Pons, Kleinhirn- und Hirnstamm waren regelrecht. Es ergab sich kein Hinweis auf Herdbefunde oder Marklagerläsionen und keine Ödemreaktionen. Die inneren und äusseren Liquorräume waren regelrecht weit. Es zeigten sich Subarachnoidalzysten im Bereich der hinteren Schädelgrube links mit 1.3 cm Durchmesser ventral der Kleinhirnhemisphäre links. Auch hier lagen blande Verhältnisse vor. Zum sicheren Ausschluss muskulärer Veränderungen empfahl der leitende Arzt Radiologie des Spital G.____, Dr. med. J.____, ergänzend die Durchführung eines MR der Halsweichteile (IV-act. 76-3). Am 19. April 2012 wurde ein MRI der Wirbelsäule (Clivus-SWK5) gemacht. Es zeigte eine Bandscheibenhernie auf Höhe LWK 4/5 mit rezessaler Einengung und konsekutiver Kompression der Nervenwurzeln L5 beidseits, links ausgeprägter als rechts. Im Übrigen stellte sich die Wirbelsäule altersentsprechend dar mit leichtgradigen degenerativen Veränderungen und Osteochondrosen, ohne weitere komprimierende Bandscheibenhernien. Als Nebentbefund wurden mehrere Wurzeltaschenzysten entlang der Nervenwurzel L5-S3 rechts und eine grosse Tarlov-Zyste in der Mittellinie auf Höhe SWK2 entdeckt (IV-act. 76-2).

2.4 Gestützt auf diese Berichte hielt RAD-Arzt Dr. F.____ am 28. September 2012 fest, dass diese morphologischen Phänomene sowie eine beidseitige Kompression der Nervenwurzeln L5 gestützt auf einen Vergleich mit den schriftlichen Befunden der MRI-Aufnahmen von 2008 (LWS) und von 2009 (Neurocranium), in den Aufnahmen von 2012 erstmals beschrieben würden. Ob diese Befunde jedoch nach der Begutachtung von Juni 2010 wirklich frisch aufgetreten seien, lasse sich erst aussagen, wenn ein Radiologe oder ein Neurologe die besagten Aufnahmen miteinander vergleiche. Auch die Frage, ob die Befunde die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden auch wirklich verursachten, lasse sich nur durch eine neurologische Untersuchung endgültig klären. Aus Sicht des RAD könne diesbezüglich aber jetzt schon folgende Aussage gemacht werden: Bei der Subarachnoidalzyste handle es sich wahrscheinlich um einen alten, zufällig entdeckten Befund und nicht um eine potentiell problematischere, erworbene Formation. Wenn die für die Beurteilung zuständige Radiologin (richtig: der Radiologe J.____) schreibe, es lägen blande Verhältnisse vor, dann schliesse sie bzw. er eine Raumforderung mit konsekutiven Symptomen aus. Somit stehe für den RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wie Schwindel und „Gehörschmerzen“ nicht auf die Subarachnoidalzyste zurückzuführen seien. Auch die Tarlovzyste provoziere, da in der Mittellinie auf Höhe SWK2 lokalisiert, ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine zusätzlichen Rückenschmerzen. Einzig die im Segment L4/5 beschriebene, circumferenzielle Bandscheibenhernie mit relativer Spinalkanaleinengung sowie mit recessaler Einengung und konsekutiver Kompression beider Nervenwurzeln L5 könne zu zusätzlichen, radikulären, d.h. in beide Beine ausstrahlenden Schmerzen führen. Sofern die Beschwerdeführerin solche Schmerzen beklage - was sie in ihrem Einwand nicht getan habe -, dann müsse sie zur Klärung dieser Problematik einer klinisch-neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung zugeführt werden (IV-act. 78). Bezugnehmend auf den Fragekatalog von Dr. F.____ vom 29. Januar 2013 antwortete Dr. E.____ am 24. April 2013, dass die Beschwerdeführerin über Beinschmerzen im gesamten Beinbereich, vermehrt aber in den muskulären Anteilen, klage.

Die Muskeleigenreflexe seien vermindert. Das Gangbild sei massiv vom Normalbefund abweichend. Sensibilitätsstörungen im Sinne einer Polyneuropathie seien vorhanden, besonders in den Unterschenkeln und in den Füßen. Bei den von der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit geklagten Beschwerden handle es sich um eine chronische Müdigkeit und Depression, die immer wieder zur Verstärkung des Schmerzsyndroms führten (IV-act. 100-2). Hierzu führte Dr. F.____ am 14. Mai 2013 aus, dass die Hausärztin auf das nachgefragte und von ihr im letzten Bericht erstmals aufgeworfene Schilddrüsenleiden im neuesten Bericht mit keinem Wort mehr eingehe. Somit könne davon ausgegangen werden, dass sich dieser Gesundheitsschaden inzwischen „in Luft aufgelöst“ habe. Was die L5-Kompression anbelange, gestatteten weder die diffusen Beinschmerzen noch die von der Hausärztin beschriebenen, neurologischen Befunde eine segmentale Zuordnung. Vielmehr sei weiterhin anzunehmen, dass diese längst chronifizierte Schmerzen als Ausdruck der längst bekannten Fibromyalgie zu interpretieren seien. Auch ohne weitere medizinische Abklärungen gelange man somit zur Schlussfolgerung, dass sowohl hinsichtlich des Gesundheitszustands als auch hinsichtlich der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit nach wie vor auf die Einschätzung im MEDAS-Gutachten abzustellen sei (IV-act. 101). Eine Überprüfung bzw. ein Vergleich der neueren Bilder mit den älteren aus dem Jahr 2010 durch Spezialisten der Radiologie und Neurologie, wie von Dr. F.____ für eine „endgültige Klärung“ als notwendig erachtet worden war (vgl. IV-act. 78), unterblieb jedoch. Auch das am 17. Juni 2013 im Spital G.____ aufgenommene MR LWS blieb von der Beschwerdegegnerin unberücksichtigt (IV-act. 105-2). Gemäss den Ausführungen der Chefärztin Radiologie, Dr. med. K.____, zeigen die Bilder immerhin im Vergleich zum Vor-MRI von April 2012 eine leichte Progredienz einer breitbasigen links mediolateral betonten Bandscheibenhernie in Höhe L4/5. Zudem ergab sich eine leichte Zunahme der Spondylarthrose und Ligamentum-flavum-Hypertrophie, ebenfalls linksbetont, mit Einengung des Recessus lateralis. Im Recessus lateralis zeigte sich eine mögliche Kompression der linken L5-Wurzel und durch eine geringe Foramenstenose eine Affektion der austretenden L4-Wurzel mit möglicher Wurzelirritation. Eine eindeutige Wurzelkompression war zwar nicht auszumachen und auch rechtsseitig war kein Anhalt für eine Wurzelkompression gegeben (IV-act.105-2).

2.5 Auf Grund der offensichtlich veränderten Verhältnisse hätten weitere Abklärungen getätigt werden müssen. Einzig die theoretischen Ausführungen bzw. die Deutung des Bildmaterials von 2012 durch den RAD-Arzt in der Stellungnahme vom 28. September 2012 reichen für einen definitiven Ausschluss einer gesundheitlichen Verschlechterung nicht aus. Dass die Hausärztin zudem offenbar darauf verzichtete, die Beschwerdeführerin neurologisch abklären zu lassen (vgl. IV-act. 100-2), hätte die Beschwerdegegnerin nicht einfach zu Lasten der Beschwerdeführerin auslegen dürfen.

2.6 Die Beschwerdeführerin macht schliesslich erstmals in der Replik geltend, in Behandlung bei Dr. L.____, psychiatrische Dienste M.____, zu stehen. Dass diese - wie geltend gemacht wird - seit „geraumer Zeit“ bestehende psychiatrische Begleitung von der Hausärztin und der Beschwerdeführerin selber nie erwähnt wurde, lässt möglicherweise nicht auf eine hohe Behandlungsfrequenz schliessen. Dennoch muss diesem Hinweis ebenfalls nachgegangen und auch in psychiatrischer Hinsicht der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Verlauf abgeklärt werden. Dies umso mehr, als die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung inzwischen aufgegeben wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014).

2.7 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist auf Grund der vorliegenden Akten nicht schlüssig und mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit erstellt, dass weiterhin vom selben Gesundheitszustand ausgegangen werden kann, wie er sich zur Zeit der MEDAS-Begutachtung im Mai/Juni 2010 präsentierte. Damit erweist sich der Sachverhalt als unzureichend abgeklärt. Daher ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme eines polydisziplinären, d.h. insbesondere eines rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen, Administrativgutachtens zurückzuweisen.

E. 3

3.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Juni 2013 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3.2 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 als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 25. Juni 2013 aufgehoben. Die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

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