

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/182 vom 27. Oktober 2016

Sg Versicherungsgericht, 2016-10-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_182

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/182 du 27 octobre 2016

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/182 del 27 ottobre 2016

Regeste

Art. 28 IVG. Auf das Medas-Gutachten kann abgestellt werden. Anspruch auf eine befristete Rente. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2016, IV 2014/182). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2016.

Erwägungen

E. 1

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 3 % verneint. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit

Hinweisen).

E. 2

2.1 Die Höhe des Invalideneinkommens hängt u.a. von der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ab. Zunächst ist daher zu prüfen, ob und wenn ja, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 2.2 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Dennoch hat es das Bundesgericht mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherungsträger eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a und 3b mit Hinweisen). 2.3 In formeller Hinsicht erfüllt das Medas-Gutachten die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien an ein voll beweiskräftiges Gutachten. Das Gutachten ist in Kenntnis aller relevanten Vorakten abgegeben worden (Ziff. 2.1 des Gutachtens). Es enthält eine Anamnese (Ziff. 3 und 5.2), berücksichtigt die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Leiden (Ziff. 3.4 und 5.2.1) und gibt die erhobenen objektiven Befunde (Ziff. 4 und 5.3) sowie eine abschliessende Gesamtbeurteilung (Ziff. 6) wieder. Der psychiatrische Gutachter hat sich zudem mit divergierenden früheren ärztlichen Einschätzungen auseinandergesetzt (Ziff. 5.4.2 und 5.10). Als nächstes ist zu prüfen, ob das Gutachten auch in materieller Hinsicht überzeugt. 2.4 In somatischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin insbesondere Schmerzen in der linken Gesässregion mit Ausstrahlung ins linke Bein und eine Stuhlinkontinenz geltend. Bezüglich der Gesässschmerzen hielten die Gutachter fest, dass sich in der aktuellen Bildgebung weiterhin kein erklärender Befund gezeigt habe; die Beschwerden blieben aus somatischer Sicht ätiologisch weiterhin unklar. Diese

Einschätzung stimmt mit jener der behandelnden Ärzte und des Vorgutachters überein. Dr. C. ___ von der Klinik B. ___ hat lediglich muskuläre Verspannungen feststellen können (Bericht vom 7. September 2010). Die Klinik Valens hat die Beschwerden als myofascial eingestuft (Bericht vom 25. Februar 2011). Der rheumatologische Gutachter der Klinik G. ___ hat erklärt, dass die Einschränkungen der hüftführenden Muskulatur links durch entsprechende Therapiemassnahmen gut zu überwinden seien (Gutachten vom 28. Oktober 2011). Auch Dr. M. ___ hat sich die Gesässbeschwerden nicht erklären können (Bericht vom 9. März 2011). Und schliesslich hat auch die Klinik für Neurologie in ihrem Bericht vom 18. April 2011 angegeben, dass sie für die Beschwerden kein pathologisches Korrelat gefunden habe. Da auch die Medas-Gutachter weder internistisch noch rheumatologisch eine Schädigungen oder Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gefunden haben, haben sie die Gesässbeschwerden nicht in ihre somatische Arbeitsfähigkeitsschätzung einfliessen lassen. Die Medas-Gutachter sind weiter davon ausgegangen, dass die Kontinenzprobleme keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. Begründet haben sie diese Schlussfolgerung, wie die Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zu Recht moniert hat, jedoch nicht. Aus den Akten geht hervor, dass es bei flüssigerem Stuhlgang zu ungewolltem Stuhlverlust kommen kann, wenn die Beschwerdeführerin nicht sofort ein WC aufsuchen kann. Entgegen der Behauptung von Dr. E. ___ handelt es sich also keineswegs um eine vollständige Stuhlinkontinenz. Die Ärzte des Spitals N. ___ haben bei der Untersuchung im Mai 2011 denn auch einen gut erhaltenen Schliessmuskelapparat festgestellt. Während der Hospitalisation im Palliativzentrum O. ___ vom 4. bis 22. Juni 2012 ist die Beschwerdeführerin stets kontinent gewesen, weshalb die Implantation eines sakralen Neurostimulators nicht als notwendig erachtet worden ist. Nach dem Gesagten muss davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachte Stuhlinkontinenz mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, zumal die Inkontinenz nur bei flüssigerem Stuhlgang auftritt und auch nur dann, wenn die Beschwerdeführerin nicht sofort eine Toilette aufsuchen kann, was an einem geeigneten Arbeitsplatz äusserst selten oder gar nie der Fall sein dürfte. Die Einschätzung der Medas-Gutachter, wonach die geltend gemachte Stuhlinkontinenz keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, überzeugt daher. 2.5 In psychiatrischer Hinsicht hat der Medas-Gutachter Dr. R. ___ als Diagnose eine Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion) angegeben. Der Zustand der Beschwerdeführerin entspreche einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode. Die von Dr. R. ___ gestellte Diagnose überzeugt angesichts der von ihm erhobenen Befunde: Die Beschwerdeführerin hat zwar insgesamt einen leicht traurigen Eindruck gemacht, ist im Verlauf des Gesprächs emotional labil gewesen und hat während der Untersuchung eine mehrheitlich gedrückte Stimmung gezeigt. Eine Verminderung des Antriebs oder eine erhöhte Ermüdbarkeit hat Dr. R. ___ aber ebenso wenig feststellen können wie Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsstörungen. Zudem stimmen die erhobenen Befunde auch mit den Ergebnissen der Hamilton-Ration Scale for Depression überein (IV-act. 117-26 f.). Dafür, dass der Leidensdruck aufgrund der depressiven Symptomatik nicht erheblich ist, spricht auch, dass die Beschwerdeführerin die verordneten antidepressiven Medikamente nicht oder höchstens sehr unregelmässig einnimmt. Dr. E. ___ hat in seinem Bericht vom 21. März 2014 als Diagnosen eine andauernde Persönlichkeitsänderung aufgrund der anhaltenden emotionalen Belastungen im Rahmen der Stuhlinkontinenz und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen

Symptomen, angegeben. Erstere Diagnose überzeugt zum einen nicht, weil Dr. E.____ von einer vollständigen Stuhlinkontinenz ausgegangen ist, was offensichtlich nicht der Fall ist. Zum anderen überzeugt die Diagnose nicht, weil eine Persönlichkeitsänderung nach ICD-10: F62.0 einer Belastung katastrophalen Ausmasses wie andauernde Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr, Folter, Katastrophen oder Konzentrationslagererfahrungen folgen muss. Eine Stuhlteilinkontinenz ist sicherlich belastend, weist jedoch nicht die Qualität der vorgenannten Belastungen auf. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, hat Dr. E.____ nicht begründet. Zudem hat er nicht geltend gemacht, dass es zwischen der Begutachtung im August 2013 und dem Verfügungserlass im Februar 2014 zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen wäre. Somit überzeugt bereits die diagnostische Einschätzung von Dr. E.____ nicht. Demnach ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ab dem Gutachtenzeitpunkt (August 2013) an einer Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion) resp. an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode, gelitten hat. Dr. R.____ hat der Anpassungsstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Diese Einschätzung überzeugt angesichts der nicht erheblichen psychopathologischen Befunde.

2.6 Zu prüfen bleibt, ob in der Zeit vor der Begutachtung eine schwerere Ausprägung der Depression bestanden hat. Eine depressive Symptomatik wird erstmals im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 25. Februar 2011 (Aufenthalt vom 11. Januar bis 8. Februar 2011) erwähnt. Damals ist der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode bescheinigt worden. Der psychiatrische Gutachter der Klinik G.____, Dr. H.____, hat im Gutachten vom September 2011 als Diagnose ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode angegeben. Med. pract. K.____ vom Psychiatrischen Zentrum L.____ hat in seinem Bericht vom 11. Mai 2012 erklärt, dass die Beschwerdeführerin an Anpassungsstörungen (Angst und depressive Reaktion gemischt) leide. Die Diagnose der Psychiatrischen Klinik P.____ lautete im Bericht vom 25. Februar 2013 "rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode". Das Psychiatrische Zentrum L.____ hat im März 2013 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode, angegeben. Die Einschätzung von Dr. R.____, dass die depressive Symptomatik in der Zeit vor der Begutachtung stärker, d.h. mittelgradig ausgeprägt gewesen ist und einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hat, leuchtet angesichts der Berichte der behandelnden Ärzte und des Gutachters Dr. H.____ ein. Dr. H.____ hat die Arbeitsunfähigkeit – zumindest für die drei der Untersuchung folgenden Monate – auf 100 % geschätzt. Dr. R.____ hat hierzu ausgeführt, dass diese Arbeitsfähigkeitsschätzung aufgrund der gestellten Diagnose und der beschriebenen Symptomatik nicht nachvollziehbar sei. Es sei höchstens von einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 18. November 2013 begründeten die Gutachter Dr. S.____ und Dr. C.____ die unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen damit, dass der Beurteilung von Dr. H.____ offensichtlich ein bio-psychosoziales Krankheitsmodell, welches IV-rechtlich nicht gelte, zugrunde liege. Die sozialen Belastungsfaktoren seien stets massiv gewesen. Dr. H.____ hat in seinem Teilgutachten die folgenden pathologischen Befunde angegeben: Von der Stimmung her deutlich bedrückt zum depressiven Pol verschoben, mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit, Verlust von Lebensfreude, sozialer Rückzug, gehemmt im Antrieb, starke innere Unruhe, Grübeln und Gedankenkreisen, Schlafstörung und Gewichtszunahme, Schuld- und Insuffizienzerleben. Dr. H.____ hat weder eine erhöhte Ermüdbarkeit noch Konzentrations-

oder Aufmerksamkeitsstörungen feststellen können. Eine volle Arbeitsunfähigkeit bedingt jedoch auch massive Einschränkungen in diesen Funktionen. Mit den Medas-Gutachtern muss deshalb davon ausgegangen werden, dass Dr. H.____ in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung die von den Medas-Gutachtern genannten psychosozialen Faktoren nicht ausgeklammert hat. Demnach ist auf die Einschätzung von Dr. R.____, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit aufgrund der mittelgradigen Depression zu 50 % arbeitsunfähig gewesen ist, abzustellen. Die Beschwerdeführerin ist folglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von Januar 2011 (Eintritt in die Klinik Valens) bis Oktober 2013 (Gutachtenzeitpunkt) aus psychischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe zu 50 % arbeitsunfähig gewesen.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin hat zuletzt als Küchenhilfe gearbeitet. Sie ist in dieser Tätigkeit weiterhin arbeitsfähig, weshalb die Invalidenkarriere und die Validenkarriere dieselbe sind, nämlich die Tätigkeit als Küchenhilfe. Da die Grundlagen für die Berechnung des Validen- und Invalideneinkommens gleich hoch sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Das Wartejahr hat mit Eintritt der 50 %igen Arbeitsunfähigkeit zu laufen begonnen, d.h. am 1. Januar 2011. Folglich ist es Ende Dezember 2011 abgelaufen. Ein Rentenanspruch besteht somit frühestens ab dem 1. Januar 2012. Zu diesem Zeitpunkt ist die Beschwerdeführerin weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Bei gleich hohem Validen- und Invalideneinkommen beträgt der IV-Grad ebenfalls 50 %. Selbst wenn ein indirekter behinderungsbedingter Lohnabzug von 15 % gewährt würde, würde dies bei einem IV-Grad von 57.5 % keine höhere IV-Rente zu Folge haben ($50\% + [50\% \times 0.15]$). Die Beschwerdeführerin hat somit ab 1. Januar 2012 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Ab November 2013 ist die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen, was einem IV-Grad von 0 % entspricht. Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung jedoch erst zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Die Renteneinstellung hat somit erst per 1. Februar 2014 zu erfolgen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 Anspruch auf eine halbe IV-Rente hat. 3.2 Demnach ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist für den Zeitraum 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 eine befristete halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 4

4.1 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. Da sich die angefochtene Verfügung als rechtswidrig erwiesen hat und daher von der Beschwerdeführerin zu Recht angefochten worden ist, ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 4.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass die Aufhebung der angefochtenen Verfügung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu betrachten ist. Die Parteienschädigung 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.--. Wird keine Honorarnote eingereicht, legt das Versicherungsgericht in einem IV-Rentenfall mit mittlerem Aufwand und Schwierigkeitsgrad die Parteientschädigung praxisgemäss auf pauschal Fr. 3'500.-- fest. Im vorliegenden Fall hat die Rechtsvertreterin eine Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'832.90 eingereicht. Die Rechtsvertreterin hat eine ausführliche Beschwerdeschrift eingereicht (16 Seiten) und zudem einen Bericht beim behandelnden Psychiater eingeholt (act. G 1.1 Beilage 5). Dadurch rechtfertigt sich die Zusprache einer etwas über dem durchschnittlichen Pauschalbetrag von Fr. 3'500.-- liegenden Parteientschädigung. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin entsprechend mit Fr. 3'832.90 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Damit erübrigt sich die Festsetzung des Honorars aus der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 24. Februar 2014 aufgehoben und der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 eine halbe Rente zugesprochen wird; zur Festsetzung der Rentenhöhe wird die Sache 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. 3'832.90 zu bezahlen.

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