

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/216 vom 18. Mai 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_216

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/216 du 18 mai 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/216 del 18 maggio 2010

Regeste

Art. 28 IVG. Rente. Bei einer dissoziativen Bewegungsstörung mit unvorhersehbaren, häufigen und bislang erfolglos behandelten Ohnmachtsanfällen ist nicht von einer realistischen Anstellungschance auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen. Die theoretisch mögliche Arbeitsfähigkeit während den anfallsfreien Zeiten ist damit nicht verwertbar, weshalb ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Januar 2017, IV 2014/216).
Entscheid vom 20. Januar 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Als Invalidität gilt laut 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 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige 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 Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

E. 2

2.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verfügungsweise bejaht hat, verneint sie vorliegend einen solchen mit der Begründung, bei der dissoziativen Bewegungsstörung handle es sich um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage. Eine solche Diagnose schränke

nur dann die Arbeitsfähigkeit ein, wenn eine zusätzliche psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliege. Weitere Faktoren (Foerster-Kriterien), welche die ansonsten zumutbare Willensanstrengung für die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit behindern könnten, seien chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) sowie das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Zudem sei der invalidisierende Charakter der erwähnten Diagnose von vornherein ausgeschlossen oder stark zu relativieren, wenn die präsentierte Symptomatik auf einer Aggravation oder ähnlichen Konstellation beruhe.

2.2 Vorliegend ist auf Grund der medizinischen Aktenlage festzustellen, dass zumindest die physiologischen Auswirkungen der diagnostizierten dissoziativen Bewegungsstörung und dissoziativen Krampfanfälle keineswegs nur als syndromaler, nicht objektivierbarer Zustand zu betrachten sind. Vielmehr ist unbestritten und medizinisch genügend dokumentiert, dass die Beschwerdeführerin im Schnitt mehrmals wöchentlich einen "Ohnmachtsanfall" erleidet und danach für längere Zeit nicht mehr in der Lage ist weiterzuarbeiten. Die Beschwerdeführerin wurde im Zeitpunkt der Beschlussfassung vom 12. Dezember 2013 (act. G 7.1/72) seit über 7 ½ Jahren bei diversen Ärzten hausärztlich, internistisch, neurologisch und psychiatrisch abgeklärt und behandelt, ohne dass eine Besserung eingetreten wäre. Im Gegenteil verläuft die Entwicklung tendenziell progredient. So berichtet Dr. E. ___ im letzten vorliegenden Bericht vom 14. April 2013 von 3 - 4 Anfällen pro Woche (act. G 7.1/63.1). Ebenso berichtet Dr. C. ___ am 12. Juli 2013 zu Händen der Beschwerdegegnerin von etwa 4 Anfällen pro Woche (act. G 7.1/61.1). Es besteht sodann kein Verdacht auf eine Aggravation oder Simulation der Anfälle, hat sich doch keine medizinische Fachperson jemals in diesem Sinn geäußert. Zwar hält es die behandelnde Neurologin Dr. E. ___ für möglich, dass die Ohnmachtsanfälle auf einen unbewussten Wunsch der Beschwerdeführerin nach Zuwendung zurückgeführt werden könnten, weshalb sie eine Änderung (Reduktion) in der Betreuung durch Angehörige oder am Arbeitsplatz angeregt hat. Indessen macht auch sie nicht geltend, die Beschwerdeführerin könne durch eine willentliche Verhaltensänderung eine Reduktion der Anfälle oder gar eine vollständige Heilung herbeiführen (act. G 7.1/13.36). Schliesslich ist auch vorläufig nicht von weiteren realistischen Behandlungsoptionen auszugehen. Zwar sieht die Gutachterin Dr. J. ___ eine Besserungsmöglichkeit darin, dass sich die Beschwerdeführerin einer langfristig angelegten konsequenten psychotherapeutisch orientierten psychiatrischen Behandlung unterzieht (act. G 7.1/29.33). Selbst der RAD der Beschwerdegegnerin (Dr. K. ___) geht jedoch nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Behandlungserfolg aus, sondern hält besondere Therapieauflagen für medizinisch unzweckmässig (act. G 7.1/31.2). Die Möglichkeit einer intensivierten psychiatrischen Diagnostik/Therapie, gegebenenfalls im Rahmen einer erneuten stationären Abklärung/Therapie, wird erst wieder von Dr. E. ___ in ihrem Bericht vom 14. Juni 2013 ins Gespräch gebracht (act. G 7.1/63.1). Demgegenüber stellt Dr. C. ___ in seinem Schreiben vom 12. Juli 2013 an den RAD fest, dass die erneute neurologische Beurteilung der Beschwerdeführerin und der Bericht von Dr. M. ___ vom 15. April 2013, unter dessen Verantwortung die delegierte Psychotherapie verlaufe, erwartungsgemäss keine neuen

diagnostischen und therapeutischen Erkenntnisse gebracht habe. Eine ambulante Psychotherapie werde durchgeführt, bis jetzt ohne eindeutigen Nutzen. Die eventuell vorgeschlagene stationäre psychiatrische Therapie sehe er eigentlich nicht als Option (act. G 7.1/61.1). Wenn die behandelnde Neurologin am Kantonsspital St. Gallen nach jahrelanger erfolgloser Behandlung eventuell noch eine stationäre psychiatrische Behandlung anregt, ist darin tatsächlich weniger eine konkrete Behandlungsoption als vielmehr ein blosser Versuch zu erblicken, der Beschwerdeführerin doch noch helfen zu können, wobei der Behandlungserfolg mehr als ungewiss wäre. Von den behandelnden psychiatrischen Fachärzten/Fachpersonen selber (Dipl. Psych. G. ____, Psychologin N. ____ und Psychiater Dr. M. ____) wurde nie der Vorschlag einer stationären Behandlung gemacht. Im Übrigen geht auch Dr. J. ____ nicht davon aus, dass das gewünschte psychiatrische Setting mit konsequenter psychiatrischer Behandlung, Auseinandersetzung der Beschwerdeführerin mit ihrer Persönlichkeitsstruktur und die Einsicht in die psychodynamischen Zusammenhänge ausschliesslich in einem stationären Rahmen erfolgen könne. Dies sei stationär zwar am ehesten gegeben, da die Beschwerdeführerin dort die soziale Bewährung in einem Umfeld ausserhalb des Elternhauses üben könne (act. G 7.1/29.33). Letztere Forderung ist möglicherweise insoweit erfüllt, als die Beschwerdeführerin im September oder November 2012 mit ihrem Partner in eine eigene Wohnung gezogen ist und damit die gewünschte Ablösung vom Elternhaus eigenständig in Angriff genommen hat (vgl. act. G 7.1/39.1 und 57.3). Mit Blick auf die gesamten Umstände ist schlicht nicht erkennbar, wie die Beschwerdeführerin die "Ohnmachtsanfälle" willentlich überwinden bzw. über Ressourcen verfügen könnte, um diese zu beenden. Die von der Beschwerdegegnerin genannten Bundesgerichtsurteile betreffend dissoziative Bewegungsstörungen und die daraus abgeleiteten Ausführungen zu den syndromalen Beschwerdebildern (Urteile 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 [hier wird lediglich ausgeführt, dass eine dissoziative Bewegungsstörung keine psychische Komorbidität darstelle, welche nach der alten Rechtsprechung zur ausnahmsweisen Annahme der Unüberwindbarkeit eines anderen syndromalen Zustandes führen konnte] und 9C_340/2009 vom 24. August 2009 E. 3.4.2) sind vorliegend nicht einschlägig, bestanden in jenen Fällen gerade keine objektiv durch Dritte wahrnehmbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen wie bei der Beschwerdeführerin und stellte die dissoziative Bewegungsstörung jeweils nur eine Nebendiagnose dar. Infolge des langjährig unveränderten bzw. teilweise progredienten Verlaufs der Beschwerden und mangels gegenteiliger Indizien ist zumindest für die absehbare Zukunft vom weiteren Bestehen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch die Ohnmachtsanfälle auszugehen. Davon geht nun grundsätzlich auch der RAD aus. Hegte Dr. K. ____ vor dem Beginn der erstmaligen beruflichen Ausbildung noch eine gewisse Hoffnung, dass bei weiterer Persönlichkeitsnachreifung sowie geeigneten Wohn-, Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der Einschränkungskarakter der Erkrankung mittel- bis längerfristig auch ohne stationäre Therapie nachlässt, geht er nach Abbruch der beruflichen Ausbildung per Ende Oktober 2012 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Bankkauffrau auf absehbare Zeit (2 - 3 Jahre) aus (act. G 7.1/31.2 und 70.2). 2.3 Das Bestehen eines Rentenanspruchs hängt damit im Wesentlichen von der Frage der erwerblichen Verwertbarkeit der der Beschwerdeführerin verbleibenden Möglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ab. Die Beschwerdeführerin erleidet wie gesagt im Schnitt an jedem zweiten Tag (3 - 4 Mal pro Woche) einen Ohnmachtsanfall, von dem sie sich zwar in der Regel insofern schnell erholt, als sie meist nur kurze Zeit ohnmächtig und darauf sofort

wieder zu allen Qualitäten voll orientiert ist (act. G 7.1/63.1). Indessen ist sie danach ruhebedürftig, sodass eine Wiederaufnahme der Arbeit am gleichen Tag in der Regel nicht mehr in Betracht kommt. Ausserdem treten die Anfälle unregelmässig, überall und ohne Vorwarnung auf. Es stellt sich mithin die Frage, wie realistisch eine Verwertbarkeit der an sich bestehenden Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist. 2.4 Die Tätigkeit muss sich auf Hilfsarbeiten beschränken, da die Beschwerdeführerin gesundheitsbedingt über keine Ausbildung verfügt. Im Weiteren sind die von Dr. K.____ genannten Einschränkungen zu berücksichtigen, die er analog zu den Einschränkungen von Personen mit Epilepsieanfällen formuliert hat: Demnach sind Tätigkeiten, die das Führen eines Motorfahrzeugs beinhalten, Arbeiten in ungesicherter Höhe, an gefahrenträchtigen Maschinen, in Gefahrenbereichen, die ohne ausreichende Schutzmöglichkeiten eine besonders verlässliche Bewegungs- und Reaktionssicherheit erfordern oder Überwachungstätigkeiten ohne Möglichkeit einer Nachkontrolle, die bei Fehlern mit erheblicher Eigen- oder Fremdgefährdung oder erheblichem wirtschaftlichem Schaden einhergehen, für die Beschwerdeführerin nicht geeignet (act. G 7.1/31.3). Weiter müsste die Beschwerdeführerin im Wesentlichen Tätigkeiten ausüben können, die sie autonom - d.h. ohne grossen Koordinationsbedarf mit anderen Mitarbeitenden bzw. Arbeitsschritten - erledigen oder eben jederzeit unterbrechen kann. Entgegen der Ansicht des RAD kann bei der Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit nicht allein auf die durchschnittliche Anfallshäufigkeit abgestellt werden. Zwar ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in der anfallsfreien Zeit theoretisch einer Tätigkeit nachgehen könnte. Dies ist vorliegend allerdings nicht entscheidend. Entscheidend ist vielmehr, dass unter den gegebenen Prämissen eine Anstellung als sehr unwahrscheinlich erscheint. Dabei ist nebst den obgenannten mannigfaltigen Einschränkungen zu berücksichtigen, dass potentielle Arbeitgebende auch eine Fürsorgepflicht sowohl der Beschwerdeführerin als auch den anderen Angestellten gegenüber hätten bzw. haben. Der Arbeitgeber oder dessen Mitarbeitenden müssten sich somit bei jedem Anfall um die Beschwerdeführerin kümmern, was bei der gegebenen Häufigkeit als unzumutbar zu betrachten ist. Eine vernünftige Anstellungswahrscheinlichkeit könnte damit nur bei einem unrealistischen Entgegenkommen der potentiellen Arbeitgebenden angenommen werden. Davon geht auch Dr. J.____ aus, indem sie in ihrem Gutachten ausgeführt hat, die Beschwerdeführerin sei bei anhaltender Störung für kaum einen Betrieb tragbar. Ein solches Geschehen verunsichere auf die Dauer jedes Umfeld an einem Arbeitsplatz und bringe eine Unruhe mit sich, die auf Dauer nur mit einer sehr grossen Toleranz ausgehalten werden könne (act. G 7.1/29.33). Schliesslich geht auch die Eingliederungsverantwortliche der Beschwerdegegnerin davon aus, dass aktuell keine Ausbildungsfähigkeit und sehr wahrscheinlich auch keine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe (act. G 7.1/62.1). Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass eine zwar theoretisch vorhandene Arbeitsfähigkeit während der anfallsfreien Zeit auf dem zu Grunde gelegten Normarbeitsmarkt nicht verwertbar ist. Die Beschwerdeführerin hat demnach Anspruch auf eine ganze Rente. Deren Beginn ist unbestrittenermassen auf den 1. Mai 2011 festzulegen. Anlässlich der nach Vollendung des 25. Altersjahrs vorgesehenen Revision (Feststellung vom 12. Dezember 2013 [act. G 7.1/72.2]) werden jedoch weitere Therapieoptionen sowie allfällige Eingliederungsmassnahmen sorgfältig zu prüfen und gegebenenfalls nach Ansetzung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durchzusetzen sein (vgl. Art. 41 Abs. 3 ATSG).

E. 3

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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