

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/22 vom 28. November 2008**

Sg Versicherungsgericht, 2008-11-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2014\\_22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_22)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/22 du 28 novembre 2008

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/22 del 28 novembre 2008

## **Regeste**

Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV, 28 IVG. Neuanmeldung, Rentenanspruch. Beweiswürdigung der medizinischen Aktenlage. Vorliegend sind ergänzende medizinische Abklärungen aus psychiatrischer Sicht angezeigt, wobei der Gutachter eine Gesamtbetrachtung entsprechend der mit dem BGE 141 V 281 neu eingeführte Praxis zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen vorzunehmen hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2016, IV 2014/22).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Ist eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert bzw. ein Rentengesuch abgewiesen worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen des Eintretens auf ein Rentenrevisionsgesuch (analog) erfüllt sind, d.h. wenn mit der Neuanmeldung glaubhaft gemacht wird, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Entgegen dem Wortlaut der genannten Verordnungsbestimmung ist nicht direkt eine Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen. Es genügt, wenn eine Veränderung eines für die Invaliditätsbemessung relevanten Sachverhaltselements (i.d.R. des Arbeitsfähigkeitsgrads) glaubhaft gemacht wird und daraus eine leistungsrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads resultieren kann. Das Glaubhaftmachen stellt niedrigere Beweisanforderungen als der im Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung (bzw. Sachlage) nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C\_236/2011). 1.2 Bei der rentenablehnenden Verfügung vom 28. November 2008 hat sich die Beschwerdegegnerin aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf die polydisziplinären Gutachten der MEDAS am Universitätsspital Basel vom 24. Oktober 2006 und des ABI vom 11. Juni 2008 gestützt (vgl. IV-act. 35 und 72) und ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen (vgl. IV-act. 90). In beiden Gutachten ist aus psychiatrischer Sicht als Diagnose eine leichte depressive Episode genannt und eine sich daraus ergebende 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden (vgl. IV-act. 35-19, 72-12). Im Rahmen der Neuanmeldung vom 18. Oktober 2011 hat die Beschwerdeführerin einen Bericht der psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2011 (vgl. IV-act. 113) und einen

Bericht ihres behandelnden Psychiaters Dr. D. \_\_\_ vom 8. November 2011 (vgl. IV-act. 116) eingereicht. Den Berichten ist übereinstimmend die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, sowie die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zu entnehmen. Dr. D. \_\_\_ hat festgehalten, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den letzten zwei Jahren stets und anhaltend verschlechtert habe (vgl. IV-act. 116). Mit den erwähnten Berichten hat die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes bzw. ihres Arbeitsfähigkeitsgrades im Vergleich zur rentenabweisenden Verfügung vom 28. November 2008 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten.

## **E. 2**

2.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung. 2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 2.3 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgeblichen Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

## **E. 3**

3.1 Zu klären ist im Folgenden die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat sich in rein medizinischer Hinsicht auf das Gutachten des BEGAZ vom 29. April 2013 gestützt. 3.2 In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin in den Fachdisziplinen Neurologie, Ophthalmologie und Otorhinolaryngologie begutachtet worden. Aus ophthalmologischer und otorhinolaryngologischer Sicht haben keine Befunde

erhoben werden können, welche zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin führen würden. Der otorhinolaryngologische Gutachter hat aufgrund der bei der Beschwerdeführerin festgestellten pantonalen kombinierten Schwerhörigkeit rechts sowie der leichtgradigen Hochtonschallempfindlichkeit links gewisse qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 159-60 f.). Der neurologische Gutachter hat als objektivierbare Befunde ein leichtes, etwas linksbetontes Cervikalsyndrom und ein leichtes Lumbovertebralsyndrom, beide ohne relevante und sichere Funktionseinschränkungen und ohne radikuläre Reiz- und Ausfallssymptomatik genannt. Im Weiteren hat er festgehalten, dass betreffend Sensibilitätsdefizite im Bereich der linken Körperseite wieder ein links etwas abgeschwächter Cornealreflex bestanden habe, so dass diese Sensibilitätsdefizite durchaus und am ehesten als Folge der stattgefundenen Subarachnoidalblutung im Juli 2004 gewertet werden könnten. Diesbezüglich seien ohne weiteres auch neuropsychologische Folgedefizite denkbar. Aufgrund des klinisch-verhaltensneurologischen Eindrucks dürften solche Defizite - falls vorhanden - höchstens in leichtem Ausmass bestehen (vgl. IV-act. 159-82 f.). Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat der neurologische Gutachter ausgeführt, dass körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten, rückenadaptiert und ohne repetitive Arbeiten über Schulterhöhe, im Kauern, Bücken sowie unter Zugbelastung zumutbar seien. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einer "Strickerei" sei aus rein neurologischer Sicht weiterhin zumutbar, sofern die qualitativen Einschränkungen berücksichtigt werden könnten. Vermehrte Pausen sollten dabei gewährt werden, so dass eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen von 80 - 90% resultiere (vgl. IV-act. 159-83). Die Einschätzung des Gutachters ist wohl so zu interpretieren, dass der vermehrte Pausenbedarf, welcher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 - 20% zur Folge hat, nur in der zuletzt ausgeübten, nicht jedoch in einer ideal leidensangepassten Tätigkeit besteht. Dafür spricht auch, dass die neurologisch attestierte quantitative Einschränkung in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten keine Erwähnung findet (vgl. IV-act. 159-61). Dass der neurologische Gutachter den letzten Arbeitsort der Beschwerdeführerin fälschlicherweise als "Strickerei" statt als "Stickerei" bezeichnet hat (vgl. IV-act. 159-83), dürfte keinen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehabt haben. Da es für die Invaliditätsbemessung vorliegend ohnehin auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ankommt, kann eine weitergehende Prüfung dieser vom Rechtsvertreter vorgebrachten Ungereimtheit unterbleiben. Der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ist indirekt zu entnehmen, dass die somatischen Befunde sich nur in qualitativer Hinsicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit auswirken. Angesichts der von den somatischen Gutachtern erhobenen nur diskreten, objektivierbaren Befunde ist diese Schlussfolgerung nachvollziehbar und überzeugend. Hinzu kommt, dass die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes im Wesentlichen mit den beiden Vorgutachten vom 11. Juni 2008 und 24. Oktober 2006 übereinstimmt. Im Rahmen der Vorbegutachtungen hatten bei vergleichbarem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin auch keine erheblichen, objektivierbaren Befunde erhoben werden können (vgl. IV-act. 35, 72).

3.3 Im Beschwerdeverfahren hat der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2015 eingereicht und geltend gemacht, dass der von Dr. F.\_\_\_\_ erhobene Verdacht auf eine bei der Beschwerdeführerin vorliegende strukturelle Epilepsie mit komplex-fokalen Anfällen weiter abgeklärt werden müsse, zumal diese Problematik möglicherweise schon seit Jahren bestanden habe (vgl. act. G 12). Obwohl der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ erst lange

nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2013 erstellt worden ist, könnte er aufgrund des vom Rechtsvertreter hergestellten Vergangenheitsbezugs auch für die vorliegend zu beurteilende Zeit bis zum Erlass der Verfügung von Bedeutung sein, weshalb er in die Beurteilung miteinzubeziehen ist. Dr. F. \_\_\_ hat festgehalten, dass der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer strukturellen Epilepsie bestehe. Das Standard-EGG sei pathologisch mit Hinweisen auf eine erhöhte cerebrale Erregbarkeit. Gemäss dem Bericht hat das EEG vom 7. Oktober 2015 gelegentlich epilepsieverdächtige bis - einmalig - epilepsietypische Graphoelemente ergeben. Weiter hat Dr. F. \_\_\_ ausgeführt, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin geschilderten rezidivierenden Zuständen mit Kraftlosigkeit, Schwindel, Übelkeit, verlangsamter Reaktion beim Sprechen, häufigem Urinverlust sowie Zucken/Zittern eines Beines mit grosser Wahrscheinlichkeit um komplex-fokale Anfälle handle (vgl. act. G 12.1). Dem Bericht ist auch zu entnehmen, dass eine neurologische Untersuchung durch Dr. med. G. \_\_\_ im November 2010 einen unauffälligen EEG-Befund ergeben hatte. Auch der neurologische Gutachter des BEGAZ hat den (in den vorliegenden Akten nicht enthaltenen) Bericht von Dr. G. \_\_\_ vom November 2010 berücksichtigt. Gemäss der Aktenwiedergabe des Gutachters hatte Dr. G. \_\_\_ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin über paroxysmale Störungen mit Leergefühl im Kopf und einige Minuten dauernden Lücken, Vibrieren im Kopf sowie das Hören von Geräuschen und Stimmen klage. Dem Ehemann sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin etwa ein- bis zweimal pro Monat auf eine Frage nicht antworte und einfach wie gewohnt dasitze. Zuckungen, Automatismen oder eindeutige Bewusstseinsveränderungen habe die Beschwerdeführerin auf Nachfrage verneint. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich mit Ausnahme der Gefühlsstörungen auf der linken Körperseite keine konsistenten Ausfälle gezeigt. Das Vorliegen eines zerebralen Anfallleidens sei sehr unwahrscheinlich (vgl. IV-act. 159-76). Aus dem Bericht von Dr. G. \_\_\_ geht hervor, dass die Beschwerdeführerin bereits damals über vergleichbare Zustände geklagt hat. Jedoch ist ein zerebrales Anfallleiden von Dr. G. \_\_\_ als sehr unwahrscheinlich bezeichnet worden, was angesichts des unauffälligen EEG-Befunds nachvollziehbar ist. Den vorliegenden Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit der neurologischen Untersuchung im November 2010 nochmals über paroxysmale Störungen geklagt hätte. Im Bericht der Klinik B. \_\_\_ ist festgehalten worden, dass sich während der stationären Behandlung keine akut behandlungsbedürftigen somatischen Krankheiten gezeigt hätten (vgl. IV-act. 113-3). Weiter haben weder der behandelnde Psychiater Dr. D. \_\_\_ noch der Hausarzt Dr. E. \_\_\_ darüber berichtet, dass die Beschwerdeführerin anfallsartige Leiden beklagt hätte (vgl. IV-act. 116, 121, 142). Schliesslich hat die Beschwerdeführerin auch anlässlich der neurologischen Begutachtung durch das BEGAZ im März 2013 keine anfallsartigen Zustände beklagt. Vordergründig hat sie Nervosität, Nacken- und Kopfschmerzen, Inkontinenz und Gedächtnisprobleme angegeben (vgl. IV-act. 159-68). Der neurologische Gutachter hat die Beschwerdeführerin umfassend untersucht und seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten, insbesondere des Berichts von Dr. G. \_\_\_ sowie der Schädel-CT-Befunde, vorgenommen. Hinweise auf das Vorliegen einer strukturellen Epilepsie hat es jedoch keine gegeben. Vor diesem Hintergrund ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass im Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung kein „Anfallsleiden“ wie eine strukturelle Epilepsie vorgelegen hat. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, sind im zu beurteilenden Zeitraum keine Auswirkungen dieser Erkrankung ersichtlich, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten begründen können. Sollte sich zeigen, dass

bei der Beschwerdeführerin tatsächlich eine strukturelle Epilepsie vorliegt, so wäre eine dadurch bedingte allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes jedenfalls erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung anzunehmen.

3.4 Zusammengefasst kann in somatischer Hinsicht auf das Gutachten des BEGAZ sowie die der Beschwerdeführerin darin attestierte volle Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten, d.h. Tätigkeiten, bei denen die von den somatischen Fachdisziplinen angegebenen qualitativen Einschränkungen berücksichtigt werden, abgestellt werden.

3.5 In psychischer Hinsicht hat der Gutachter des BEGAZ als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit regressiver Selbstlimitierung und ängstlicher Fehlverarbeitung von Beschwerden bei einfach strukturierter Persönlichkeit angegeben (vgl. IV-act. 159). Im Vergleich zu den beiden Vorgutachten von 2008 und 2006, gemäss welchen bei der Beschwerdeführerin nur eine leichte depressive Episode und eine sich daraus ergebende 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hatte (vgl. IV-act. 35-18 f., 72-10 ff.), hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin laut Gutachten im Verlauf verschlechtert. Der psychiatrische Gutachter hat ausgeführt, es sei ab 2011 zu einer Verstärkung und Chronifizierung der Depressivität gekommen, welche eine (im Vergleich zum Vorgutachten) zusätzliche Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht rechtfertige. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einer Stickerei sei die Beschwerdeführerin seit November 2011 voll arbeitsunfähig. Eine solche Tätigkeit mit der Überwachung von Maschinen, die auch Konzentration erfordere, sei ihr nicht mehr zumutbar. Einfache, überschaubare und repetitive Hilfsarbeitertätigkeiten ohne Akkord- und Fliessbandarbeit, z.B. im Reinigungsdienst, seien der Beschwerdeführerin noch vier Stunden täglich ohne Verminderung des Rendements zumutbar (vgl. IV-act. 159-95 ff.). Die vom Gutachter im Vergleich zum Vorgutachten von 2008 angegebene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes, insbesondere des depressiven Zustandsbilds, lässt sich auch den medizinischen Vorberichten entnehmen. So hatte der behandelnde Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ am 8. November 2011 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, angegeben und berichtet, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin in den letzten zwei Jahren stets verschlechtert habe. Wegen eines Ausbruchs psychotischer Symptome im Januar 2010 sei eine neuroleptische Therapie eingesetzt worden, welche einerseits zur intermittierenden Rückbildung der psychotischen Symptome geführt, andererseits aber die depressive Symptomatik anhaltend verstärkt habe (vgl. IV-act. 116). Vom 18. Mai bis 24. Juni 2011 war die Beschwerdeführerin wegen der schweren depressiven Episode in stationärer Behandlung in der Klinik B.\_\_\_\_ gewesen. Die Ärzte hatten im Austrittsbericht vom 8. Juli 2011 eine weiterhin und wahrscheinlich längerfristig bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit angegeben (vgl. IV-act. 113-2). Zur Frage, ob die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt unter psychotischen Symptomen gelitten hatte oder nicht, gibt es in den Akten widersprüchliche Angaben. Im Bericht vom 8. Juli 2011 hatten die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ in der Beurteilung von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome gesprochen (vgl. IV-act. 113-3), während sie im Verlaufsbericht vom 12. April 2012 angegeben hatten, dass die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt im Mai 2011 eine schwere depressive Dekompensation mit psychotischen Symptomen (Stimmenhören) gezeigt habe (vgl. IV-act. 136-3). Dr. D.\_\_\_\_ hatte im Verlaufsbericht vom 30. Januar 2012 weiterhin die Diagnose einer intermittierend schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen im Rahmen der rezidivierenden

depressiven Störung sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit angegeben. Zum Verlauf hatte er festgehalten, dass bereits seit Januar 2009 von praktisch einer anhaltenden schweren depressiven Symptomatik und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 121-2).

3.6 Der psychiatrische Gutachter des BEGAZ hat abweichend von den Berichten der Klinik B.\_\_\_\_ und von Dr. D.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der Begutachtung am 23. März 2013 aufgrund seiner erhobenen Befunde nur eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung feststellen können. Da der Gutachter zu den psychiatrischen Vorberichten keine Stellung genommen hat, ist nicht klar, ob er von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gegenüber der letzten Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ ausgegangen ist oder ob er den im Wesentlichen gleichen medizinischen Sachverhalt lediglich anders beurteilt hat. Für letztere Annahme spräche, dass der psychiatrische Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten seit November 2011 offenbar durchgehend auf 50% geschätzt hat (vgl. IV-act. 159-96). Darauf kann nicht ohne weiteres abgestellt werden, denn auch die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ haben ausführliche Befunderhebungen durchgeführt und ihre Beurteilungen gestützt darauf nachvollziehbar begründet (vgl. IV-act. 113-2, 121-2). Es erscheint somit durchaus plausibel, dass die Beschwerdeführerin zeitweise unter einer schweren depressiven Episode gelitten hat, welche rückblickend eine wohl höhere als die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätte. Im Weiteren hat der psychiatrische Gutachter auch nicht nachvollziehbar begründet, weshalb er erst ab November 2011 von einer anhaltenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgeht, zumal die Beschwerdeführerin bereits im Mai 2011 wegen einer schweren depressiven Episode stationär behandelt worden ist und sich der psychische Gesundheitszustand laut Dr. D.\_\_\_\_ seitdem nicht relevant verbessert hat. Dr. D.\_\_\_\_ hat im Bericht vom 30. Januar 2012 sogar festgehalten, dass mindestens seit Januar 2009 praktisch von einer anhaltenden schweren depressiven Episode und einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 121-2). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass sich die Beschwerdeführerin erst im Oktober 2011 wieder bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hat. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, d.h. vorliegend frühestens ab März 2012. Erforderlich für den Rentenanspruch ist u.a. dass während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% (in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit) vorgelegen hat (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Ausgehend davon ist vorliegend der Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit März 2011 von Bedeutung und müsste sich gestützt auf die vorliegenden Akten mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beurteilen lassen. Dies ist wie bereits ausgeführt nicht der Fall, da sich der psychiatrische Gutachter zum Beginn und zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Begutachtung ungenügend geäussert hat. Auf die eher oberflächlich erscheinende Aussage von Dr. D.\_\_\_\_, wonach bei der Beschwerdeführerin seit mindestens Januar 2009 eine anhaltende schwere depressive Symptomatik mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könne (vgl. IV-act. 121-2), kann auch nicht abgestellt werden, da es insbesondere an einer nachvollziehbaren Begründung für die Verschlechterung im Vergleich zum ABI-Gutachten von 2008 fehlt und auch keine konkreten Befunde genannt worden sind, welche eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2009 erklären würden. In retrospektiver Hinsicht lässt sich die Arbeitsfähigkeit der

Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht folglich nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen. 3.7 Aus der Gesamtbeurteilung des BEGAZ-Gutachtens vom 29. April 2013 ist zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin am 18. März 2013 erneut eine psychotische Dekompensation aufgetreten und sie notfallmässig bei Dr. D.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen war. Den entsprechenden Bericht vom 20. März 2013 (vgl. IV-act. 159-106) hat Dr. D.\_\_\_\_ den Gutachtern des BEGAZ nachträglich zugestellt. Die Gutachter haben den Bericht im Aktenauszug wiedergegeben und festgehalten, dass allen Fachgutachtern sämtliche Berichte vollumfänglich zur Verfügung gestanden hätten (vgl. IV-act. 159-17). Ob der psychiatrische Gutachter jedoch bereits im Zeitpunkt seiner Begutachtung Kenntnisse von der neuesten Entwicklung gehabt hatte, ist fraglich, da er im psychiatrischen Fachgutachten keinerlei Bezug darauf genommen hat (vgl. IV-act. 159-85 ff.). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hat der psychiatrische Gutachter zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ kurz Stellung genommen und ausgeführt, dass bei der Beschwerdeführerin die psychotischen Dekompensationen offenbar nur episodisch auftraten und durch Medikamente wieder kompensiert werden könnten, weswegen der neuesten Entwicklung am 18. März 2013 noch keine Zunahme der Arbeitsunfähigkeit über die Zeit beigemessen werden könne. Seine Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten hat der psychiatrische Gutachter neu unter die Bedingung gestellt, dass die psychotische Auslenkung am 18. März 2013 (zwischenzeitlich) wieder durch Abilify habe kompensiert werden können (vgl. IV-act. 159-33). Dieser Vorbehalt ist entsprechend auch in die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgenommen worden (vgl. IV-act. 159-61). In der Folge hat es die Beschwerdegegnerin jedoch unterlassen, abzuklären, ob und ab welchem Zeitpunkt die medikamentöse Behandlung mit Abilify tatsächlich gewirkt hat. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass solche Phasen von psychotischen Dekompensationen bei der Beschwerdeführerin lange anhalten können. So haben die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ in der Anamnese festgehalten, dass sich die im Januar 2010 aufgetretene schwere depressive Dekompensation mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen erst im Sommer 2010 zurückgebildet habe (vgl. IV-act. 136-3). Vor diesem Hintergrund ist nicht auszuschliessen, dass die am 18. März 2013 aufgetretene psychotische Dekompensation eine längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und damit auch eine höhere Arbeitsunfähigkeit begründet haben könnte. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters kann somit nicht abgestellt werden, da der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Begutachtung instabil gewesen ist. Die Beschwerdegegnerin hätte vor Erlass der angefochtenen Verfügung beim behandelnden Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ Auskünfte zum Behandlungsverlauf einholen und die Angelegenheit allenfalls nochmals dem psychiatrischen BEGAZ-Gutachter unterbreiten müssen, damit dieser den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erneut hätte beurteilen können. 3.8 Zusammengefasst zeigt sich, dass die medizinische Aktenlage keine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zulässt. Einerseits ist der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit dem vorliegend massgeblichen Zeitpunkt ab März 2011 (vgl. E. 3.6) bis zum Begutachtungszeitpunkt im März 2013 unklar, andererseits lässt sich auch der Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 2. Dezember 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen. Die Angelegenheit ist folglich zur Vornahme von ergänzenden medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sinnvollerweise ist die Sache erneut dem

psychiatrischen Gutachter des BEGAZ zu unterbreiten, welcher sich - unter Einbezug und Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte - zum Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von März 2011 bis Dezember 2013 zu äussern hat.

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat die vom psychiatrischen Gutachter des BEGAZ attestierte 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als in rechtlicher Hinsicht unbeachtlich qualifiziert und ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in somatisch angepassten Tätigkeiten ausgegangen. Sie hat sich dabei auf die mit BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den somatoformen Schmerzstörungen berufen und geltend gemacht, dass die depressive Störung als allfällige psychische Komorbidität keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke, da nach der Aktenlage (insbesondere den beiden polydisziplinären Vorgutachten von 2008 und 2006) davon auszugehen sei, dass die depressive Störung im (engen) Zusammenhang mit dem Schmerzleiden stehe. Zudem seien auch die weiteren (Förster-)Kriterien nicht in genügender Weise erfüllt, um eine invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung annehmen zu können (vgl. IV-act. 164).

4.2 Die Ansicht der Beschwerdegegnerin kann insbesondere im Hinblick auf die mit dem Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., neu eingeführten Praxis nicht aufrechterhalten werden. Neu begründet die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und von vergleichbaren psychosomatischen Leiden keine Überwindbarkeitsvermutung mehr. An die Stelle des Regel-/Ausnahmemodells mit der Prüfung der Förster-Kriterien hat gemäss neuer Praxis ein strukturiertes Beweisverfahren zu treten. In dessen Rahmen ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der versicherten Person in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht und ergebnisoffen zu beurteilen. Diese Bewertung erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren, welche die massgeblichen Aspekte psychosomatischer Leiden umfassen. Schematisch können diese Indikatoren folgendermassen dargestellt werden (vgl. BGE 141 V 297 f., E. 4.1.3):

I Funktioneller Schweregrad

1. Komplex "Gesundheitsschädigung"

  - 1.1. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
  - 1.2. Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz
  - 1.3. Komorbiditäten

2. Komplex "Persönlichkeit": Persönlichkeitsdiagnostik (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen)
3. Komplex "Sozialer Kontext"

  - 3.1. Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren
  - 3.2. Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds

II Konsistenzprüfung (Gesichtspunkte des Verhaltens)

1. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
2. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (bzw. Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen)

4.3 Das Erfordernis einer Gesamtbetrachtung gilt grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer (allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 300 f. E. 4.3.1.3). Demnach ist die Frage, ob die bei der Beschwerdeführerin vorliegende depressive Störung - wie es die Beschwerdegegnerin vorbringt - als Reaktion auf die Schmerzstörung zu deuten ist oder ob sie eine selbständige Erkrankung darstellt, im Licht der neuen Praxis nicht mehr relevant. Der Vollständigkeit halber ist jedoch darauf hinzuweisen, dass gemäss den Ausführungen des psychiatrischen BEGAZ-Gutachters die depressive Störung bei der Beschwerdeführerin

als arbeitsfähigkeitseinschränkende Diagnose klar im Vordergrund steht, was bei dem vorliegenden Schweregrad der Depression (mittel- bis allenfalls sogar schwergradig) nachvollziehbar ist. Auch die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin hat der Gutachter in erster Linie mit den Auswirkungen der depressiven Störung begründet. Wenn eine - sich auf ein klinisch festgestelltes depressives Leiden zurückzuführende - gutachterlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit vorliegt, könnte die Beschwerdegegnerin diese Einschränkung selbst unter Geltung der altrechtlichen bundesgerichtlichen Praxis nicht einfach mit dem Hinweis auf das gleichzeitige Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung als invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich erklären. Im Sinne einer Gesamtbetrachtung, wie es auch von der neuen Praxis des Bundesgerichts vorgesehen ist, hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, dass der Beschwerdeführerin noch Anstrengungen zumutbar seien, sich mit ihren depressiven Anteilen und den regressiven Verhaltensauffälligkeiten auseinanderzusetzen und sich teilweise, namentlich zu 50%, wieder beruflich einzulassen (vgl. IV-act. 159-95). Im Rahmen der erforderlichen ergänzenden medizinischen Abklärungen aus psychiatrischer Sicht wird der psychiatrische BEGAZ-Gutachter seine Beurteilung und Arbeitsfähigkeitsschätzung noch ausführlicher, namentlich unter Berücksichtigung der mit BGE 141 V 281 ff. eingeführten Indikatoren, zu begründen haben.

## **E. 5**

5.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Dezember 2013 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinn der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5.2 Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten. 5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung 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.--. Für einen durchschnittlichen Vertretungsaufwand, wie es die vorliegende Angelegenheit erfordert hat, erscheint eine praxismässig pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2013 aufgehoben; die Sache wird zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird

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

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