

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/225 vom 20. Dezember 2017**

Sg Versicherungsgericht, 2017-12-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2015\\_225](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_225)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/225 du 20 décembre 2017

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/225 del 20 dicembre 2017

## **Regeste**

Art. 17 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung von medizinischen Gutachten und Berichten behandelnder Ärzte. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren medizinischen Abklärung und neuen Verfügung mangels Spruchreife (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Dezember 2017, IV 2015/225).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerdeführerin hat seit 1. Februar 2003 eine ganze IV-Rente bezogen (IV-act. 15 ff.). Mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2015 setzte die Beschwerdegegnerin die bisherige Rente auf eine Viertelsrente herab (IV-act. 96). Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Rentenherabsetzung zu Recht erfolgt ist. 1.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 Abs. 1 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). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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. 1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Bei der Anpassung einer Invalidenrente im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG geht es darum, eine ursprünglich tatsächlich und rechtlich korrekte formell rechtskräftige Verfügung über eine Dauerleistung (Rente) an nach Eintritt der formellen Rechtskraft eingetretene Veränderungen tatsächlicher Natur anzupassen, das heisst eine nachträglich eingetretene tatsächliche Unrichtigkeit der formell rechtskräftigen Verfügung zu beheben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). 1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unter-lagen 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). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

## **E. 2**

Vorab ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin beruht in medizinischer Hinsicht auf dem interdisziplinären Gutachten vom 20. Dezember 2012 (IV-act. 48) sowie den Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ vom 23. Januar 2013 (IV-act. 50) und 2. Mai 2013 (IV-act. 62). Die Beschwerdeführerin spricht diesen gestützt auf Berichte der behandelnden Ärzte die Beweiskraft ab (vgl. act. G1, G8). 2.1 Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichenden) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2017, 9C\_137/2017, E. 3.1). Vorliegend hat Dr. C. \_\_\_ – wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht (act. G1) und von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort eingeräumt (vgl. act. G5) – nicht ausreichend dargelegt, inwiefern sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verändert haben soll und weshalb er eine von der früheren hausärztlichen Einschätzung abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen hat. Er führte lediglich aus, die Beschwerdeführerin sei aus rheumatologischer Sicht seit 2002 durch den Hausarzt voll arbeitsunfähig geschrieben. Zum Gutachtenszeitpunkt sei sie somatisch für eine leichte, adaptierte Tätigkeit 50% arbeitsfähig. Ob er bereits an der ursprünglichen Arbeitsfähigkeitsschätzung zweifelte und deshalb zu einer davon abweichenden Beurteilung kam oder ob er von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes mit entsprechender Auswirkung ausging, geht aus dem Gesagten nicht hervor. Auch listete er zwar unter dem Titel “Stellungnahme zu früheren fachärztlichen Einschätzungen“ die Verlaufsberichte von Dr. B. \_\_\_ auf, kommentierte diese jedoch nicht und äusserte sich

nicht zum Verlauf der somatischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 48-10 f.). Wie nachfolgend zu zeigen ist, kann auch nicht im Sinne der Stellungnahme von RAD-Arzt E.\_\_\_\_ aus dem Gutachten geschlossen werden, dass sich überwiegend wahrscheinlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben hat. 2.2 Dr. E.\_\_\_\_ stellte fest, der Gesundheitszustand habe sich gestützt auf das Gutachten im Vergleich zur Referenzlage im Jahr 2003 verbessert. Dies ist insofern nachvollziehbar, als er darauf verwies, dass anlässlich des Gutachtens keine Residuen des postoperativ aufgetretenen Morbus Sudeck mehr nachgewiesen worden seien (IV-act. 50, vgl. IV-act. 48-15, 62). Nicht überzeugend ist jedoch die Feststellung Dr. E.\_\_\_\_, wonach sich die Situation im Bereich der rechten Schulter und der Halswirbelsäule gemäss den klinischen Befunden von Dr. C.\_\_\_\_ verbessert habe (IV-act. 50). Nachdem Dr. B.\_\_\_\_ diese angezweifelt hatte und davon abweichende Befunde erhoben hatte (IV-act. 60), begründete Dr. E.\_\_\_\_ diese Diskrepanz damit, dass die Erhebung von Bewegungsmassnahmen bei Schmerzpatienten einer grossen Streubreite unterworfen sei. Diese sei durch die Schwankungen in der Kooperation bedingt. Die Untersuchungsergebnisse zweier Untersucher könnten demnach nicht ohne Vorbehalt verglichen werden (IV-act. 62-2). Dies erklärt allerdings nicht, weshalb die durch Dr. C.\_\_\_\_ festgestellten Bewegungsausmasse im Gegensatz zu denjenigen von Dr. B.\_\_\_\_ korrekt sein sollen. Zudem widerspricht sich Dr. E.\_\_\_\_ selbst, wenn er ausführt, die Untersuchungsergebnisse zweier Untersucher könnten nicht ohne Vorbehalt verglichen werden, aber durch einen Vergleich der Befunde von Dr. C.\_\_\_\_ und denjenigen der behandelnden Ärzte im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache auf eine Verbesserung der Schulterbeweglichkeit schliesst. Sodann wurde die Fibromyalgie entgegen den Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 50-2) von Dr. C.\_\_\_\_ noch immer als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet (IV-act. 48-9). 2.3 Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte ausserdem eine seit anfangs 2012 bestehende Lumbalgie bei lumbosakraler Übergangsanomalie mit unter anderem deutlich aktivierter Neoarthrose links, welche gewisse Beschwerden erkläre (IV-act. 48-9, IV-act. 48-12). Die Diagnose und die Interpretation des radiologischen Befunds, wonach keine (sichere) Kompression von Nervenwurzeln bestehe (vgl. IV-act. 48-11), entspricht den Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2012 (IV-act. 59, vgl. auch MRT vom 13. Januar 2015; IV-act. 91-5). Wie Dr. B.\_\_\_\_ zu Recht geltend machte (vgl. IV-act. 60), ging Dr. C.\_\_\_\_ nur am Rande auf die Auswirkungen der Neoarthrose ein. Dies ist insofern erstaunlich, als die Beschwerdeführerin am 5. Oktober, mithin nur vier Tage nach der Untersuchung bei Dr. C.\_\_\_\_, bei Dr. F.\_\_\_\_ deswegen in Behandlung war und dieser Infiltrationen für indiziert hielt, welche im Oktober und November 2012 durchgeführt wurden (vgl. IV-act. 59). Sodann ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. E.\_\_\_\_ die erst seit 2012 bestehende Lumbalgie mit Neoarthrose – welche sich gemäss Dr. C.\_\_\_\_ auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt – bei seiner Beurteilung des Beschwerdeverlaufs nicht als Verschlechterung berücksichtigte (IV-act. 50). 2.4 Schliesslich ist auch die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Teilgut-achters Dr. D.\_\_\_\_ fraglich. Dieser attestierte zwar eine volle Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, hielt jedoch gleichzeitig fest, der psychische Gesundheitszustand werde sich drastisch verschlechtern, wenn die Beschwerdeführerin nach 10-jähriger Abstinenz vom Arbeitsmarkt und Integration in ihre Familie wieder arbeiten gehen sollte. Es erscheint daher zweifelhaft, ob aus psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch tatsächlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht (IV-act. 49-5). 2.5 Zusammenfassend ist das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ als nicht beweiskräftig zu bezeichnen. Auch formelle Defizite (redaktionelle

Fehler/Unaufmerksamkeiten, insbesondere unvollständige Sätze; vgl. z.B. IV-act. 48-10 f.) lassen an der Qualität des somatischen Gutachtens zweifeln. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt des Gutachtens ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich.

### **E. 3**

Die Beschwerdeführerin macht mit Verweis auf Berichte von behandelnden Ärzten eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen dem Gutachten vom Oktober 2012 und der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2015 geltend (act. G1, G8, vgl. IV-act. 91). Die Beschwerdegegnerin verneinte eine richtungsweisende Verschlechterung gestützt auf die Stellungnahme von Dr. E. \_\_\_ vom 24. März 2015 (IV-act. 92). Wie nachfolgend ausgeführt wird, ist diese jedoch nicht überzeugend.

3.1 Dr. B. \_\_\_ veranlasste eine MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenks, welche am 9. Oktober 2013 von Dr. med. G. \_\_\_, FMH Radiologie, Röntgeninstitut Rodiag, durchgeführt wurde. Dieser befand, es sei eine knapp 0.5 cm grosse Ruptur der Supraspinatussehne lateroventral, eine mässige AC-Gelenksarthrose sowie ein Hinweis auf eine leichte Bursitis sichtbar (IV-act. 91-25). Dr. E. \_\_\_ führte dazu aus, es sei nicht aussergewöhnlich, dass es nach einer Ruptur im Verlauf der Jahre zu kleineren Re-Rupturen komme. Von einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne deswegen nicht ausgegangen werden (IV-act. 92). Diese allgemeine Aussage ist jedoch nicht per se auf die Situation der Beschwerdeführerin übertragbar, zumal die Untersuchung aufgrund zunehmender Schulterschmerzen rechts und einem Schmerz des AC-Gelenks rechts durchgeführt wurde, was auf eine verstärkte Beschwerdesymptomatik mit allfälliger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hindeutet.

3.2 Die behandelnden Ärzte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG diagnostizierten am 28. Februar und 4. April 2014 zudem ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Gebershagen Stadium III unter anderem der rechten Schulter und lumbospondylogem, welches durch degenerative Veränderungen bedingt und durch die komplexe psychosoziale Situation verstärkt sei (IV-act. 91-15 ff.). Unter einem solchen ist ein Dauerschmerz ohne oder mit seltenem Intensitätswechsel zu verstehen (vgl. <http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/pdf/downloads/stadieneinteilung.pdf>, abgerufen am 8. Dezember 2017). Dies weist auf eine erhebliche Beeinträchtigung durch die Schmerzen hin, welche trotz diverser Behandlungen (Infiltrationen, Kryorhizotomie S1/2; vgl. IV-act. 91-16 f., 91-24) nicht nachhaltig positiv beeinflusst werden konnten. Dafür spricht auch der Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 28. Oktober 2013 über ein exazerbiertes Lendenwirbelsäulen-Syndrom (IV-act. 91-21 f.) und die notfallmässige Konsultation im Spital Z. \_\_\_ infolge der rezidivierenden Lumboischialgie mit Ausstrahlung ins linke Bein am 12. Januar 2015 (IV-act. 91-6 f.).

3.3 Weiter hatte Dr. C. \_\_\_ bezüglich der Handgelenke einen weitgehend unauffälligen Befund festgehalten, sie seien frei beweglich und indolent bei Status nach CTS-Operationen beidseits (IV-act. 48-7). Bei der Umschreibung der Kriterien für eine adaptierte Tätigkeit liess er allfällige diesbezügliche Einschränkungen ausser Betracht (IV-act. 48-12). Selbst wenn diese Einschätzung zum Zeitpunkt des Gutachtens korrekt gewesen sein mag, scheint sie bei Verfügungserlass nicht mehr ohne weiteres nachvollziehbar, nachdem bei der Beschwerdeführerin im Juli 2014 eine Dekompression des Nervus medianus rechts durchgeführt und für September 2014 eine solche links geplant war (vgl. Bericht des Spitals Herisau vom 17. Juli 2014; IV-act. 91-8). Wie Dr. E. \_\_\_ korrekt bemerkte, sind zwar keine Hinweise auf einen Misserfolg der Operation aktenkundig (vgl. IV-act. 92-2). Dies muss jedoch nicht zwingend einen

komplikationslosen Verlauf bedeuten, zumal die Beschwerdeführerin am 17. Juli 2014 noch über ein unangenehmes Ziehen im Bereich der Narbe klagte (IV-act. 91-8). Jedenfalls kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass keine Beschwerden an den Handgelenken mehr vorliegen und weiterhin keine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. 3.4 Damit lässt sich insgesamt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob es seit der Rentenzusprache, insbesondere auch nach dem Gutachten vom 20. Dezember 2012, zu einer massgeblichen Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen ist. Die Sache ist demnach mangels Spruchreife an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen umfassenden medizinischen Abklärungen mittels eines neuen versicherungsexternen polydisziplinären Gutachtens vornimmt. Die Beschwerdegegnerin wird nach erfolgter weiterer Abklärung den Invaliditätsgrad neu beurteilen und über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verfügen müssen. Ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung – wie von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht (vgl. act. G5) – erfüllt sind, kann vorliegend offen bleiben, zumal auch bei Bejahung eine rechtsgenügende Abklärung der medizinischen Situation zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung fehlen würde.

#### **E. 4**

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. Juni 2015 dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 4.2 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. 1bis IVG). Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- erscheinen vorliegend als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.2). Folglich hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu bezahlen. 4.3 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 der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Damit erübrigt sich die Festsetzung eines Honorars aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Juni 2015 aufgehoben und die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.