

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/255 vom 9. Januar 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_255

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/255 du 9 janvier 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/255 del 9 gennaio 2018

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 88a IVV. Eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40% während eines Jahres vor dem verfügteten Rentenbeginn ist nicht überwiegend wahrscheinlich. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Januar 2018, IV 2015/255).

Erwägungen

E. 1

Die Beschwerdeführerin hat unbestritten und aktenmässig ausgewiesen aufgrund psychischer Beeinträchtigungen seit 1. Juni 2014 einen Rentenanspruch. Vorliegend zu prüfen ist, ob bereits zuvor ein Rentenanspruch bestanden hat. 1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind. Die gerichtlich bestätigte Verwaltungspraxis lässt zur Eröffnung der Wartezeit eine Einschränkung (Arbeitsunfähigkeit) von 20% genügen (HANS-ULRICH STAUFFER/BASILE CARDINAUX, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2014, S. 303). Laut 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 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 zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 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

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2014 eine Rente zugesprochen, da sie im Jahr davor, mithin seit 1. Juni 2013, gestützt auf das Verlaufsgutachten von Dr. M.____ (vgl. IV-act. 183) zwischen 50% und 100% arbeitsunfähig war (IV-act. 204). Vorliegend ist zu prüfen, ob bereits zuvor während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorlag. 2.1 Der neurologische MEDAS-Teilgutachter Dr. med. N.____ hielt in seinem Teilgutachten vom 16. Juli 2012 fest, dass in den Vorakten eine “dorsale Diskusprotrusion C5/6“ beschrieben wurde (IV-act. 93-48, vgl. aber IV-act. 75-6, 83, wo von einer grösseren medianen und rechtsforaminalen Diskushernie C5/6 gesprochen wird). Er stellte bei seiner Untersuchung vom 14. Juli 2012 jedoch keine Anhaltspunkte für eine Myelopathie, Radikulopathie oder periphere Neuropathie fest (IV-act. 93-47 f., 93-19 f.). Die Beschwerdeführerin hatte ihm gegenüber weder spontan noch auf Nachfrage hin Cervicalgien oder Cervico-Brachialgien angegeben. Auch klinisch fanden sich keine Einschränkungen (IV-act. 93-46 ff.). Mit RAD-Ärztin Dr. C.____ (vgl. IV-act. 96) ist damit nicht von einer relevanten Einschränkung durch Rückenbeschwerden auszugehen und sind im Folgenden nur noch allfällige Beeinträchtigungen der beiden oberen Extremitäten zu prüfen. 2.2 Kreisarzt Dr. E.____ berichtete nach einer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin am 18. November 2009 über klinisch durchaus günstige Verhältnisse mit nur gering eingeschränkter Handgelenksbeweglichkeit rechts und diskretem Streckausfall im linken Ellbogen. Klinisch bestünden keine Hinweise auf eine Dystrophie oder einen fehlenden Frakturdurchbau bei auffällig günstiger muskulärer Situation. Restbeschwerden im rechten Handgelenk seien zwar glaubwürdig, sie würden von der diesbezüglich ängstlich wirkenden Versicherten aber etwas überbewertet (Bericht vom 18. November 2009; bei den Fremdakten). Am 21. Juli 2010 befand Dr. E.____ sodann, die klinische Untersuchung zeige einen Normalbefund am linken Ellbogen mit reizloser Narbe und freier Beweglichkeit. Am rechten Handgelenk bestehe objektivierbar eine zu erwartende leichte Bewegungseinschränkung. Rein bezüglich dieser Beweglichkeit sei aber eine Funktionseinbusse zu negieren. Die von der Versicherten angegebene massive Funktionseinschränkung der rechten Hand könne anhand objektivierbarer Befunde klar widerlegt werden. Bei klinisch und bildgebend unauffälligen Verhältnissen sei sowohl am rechten Handgelenk wie am linken Ellbogen auch die Schmerzhaftigkeit nicht erklärbar. Er verweise dabei auf die vielen Schmerzsyndrome, welche die Beschwerdeführerin in der

Vergangenheit gezeigt habe. Die in der Untersuchung gezeigte massive Krafteinbusse sei rein medizinisch-theoretisch nicht erklärbar. Er halte die Beschwerdeführerin für voll arbeitsfähig (Bericht vom 21. Juli 2010; bei den Fremdakten). Am 20. Februar 2013 befand auch Kreisarzt Dr. K. ____, leichte körperliche Tätigkeiten könnten unter Vermeiden von Vibrationsbelastungen und von Tätigkeiten, die einen vermehrten und repetitiven Krafteinsatz der rechten Hand erforderten, vollschichtig ausgeübt werden (IV-act. 124).

2.3 Aus verschiedenen weiteren aktenkundigen medizinischen Berichten ergeben sich ebenfalls keine organisch objektiv ausgewiesenen Befunde. So hielt Handchirurg Dr. med. O. ____, Klinik P. ____, am 26. Januar 2010 fest, auf dem CT vom 11. Januar 2010 sei eine sehr schön verheilte distale Radiusfraktur ersichtlich. Es handle sich um ein weitgehend normales Handgelenk. Die beklagten Beschwerden könnten nicht erklärt werden und es liege eine gewisse Symptomausweitung vor (IV-act. 1-15). Die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Bellikon führten im Austrittsbericht vom 26. Januar 2010 aus, das Ausmass der von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen und funktionellen Einschränkungen sei durch die objektivierbaren Befunde nicht vollumfänglich erklärbar (IV-act. 1-5 ff.). Dr. med. Q. ____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 9. Juni 2010 über ein chronifiziertes Schmerzsyndrom des rechten Handgelenks, welches von neurologischer Seite her nicht zu erklären sei. Es lägen weder Hinweise für eine peripher-neurogene Schädigung noch für eine vegetative Störung bei klinisch regelrechtem Befund vor (bei den Fremdakten, zur Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms vgl. auch IV-act. 28-3). Dr. F. ____, befand am 17. Februar 2011 sodann, eine handchirurgische Diagnose sei schwierig zu stellen. Man würde die Problematik gerne mit dem Begriff Fibromyalgie umschreiben (IV-act. 53-3 f.). Hausarzt Dr. D. ____, erachtete am 6. Dezember 2012 feinmotorische Arbeiten für zumutbar (IV-act. 102). Am 27. November 2013 hielt Dr. F. ____, fest, es liege ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor. Für die Weiterbehandlung der Beschwerdeführerin fielen ihm keine guten Ideen ein, was auch seinen Kollegen so gehe (IV-act. 135). Mit Gutachten vom 20. Oktober 2015 führten Prof. Dr. med. R. ____, und Dr. med. S. ____, Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie, KSSG, schliesslich aus, es bestehe radiologisch sowie klinisch und anatomisch kein klares Korrelat zu den angegebenen Beschwerden. Die angegebenen Beschwerden bestünden zu einem wesentlichen Anteil aus Schmerzen ohne morphologisches Korrelat (act. G9.1).

2.4 Grundsätzlich mit diesen Einschätzungen übereinstimmend, stellten die MEDAS-Gutachter keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende somatische Diagnose. Den als Diagnosen erfassten Zuständen nach wenig dislozierter intraartikulärer Radiusfraktur rechts, Radiusköpfchenfraktur Ellbogen links und Tendovaginitis de Quervain Handgelenk rechts mit Strecksehnenfacherweiterung massen sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 93-22). Bei der Konsensbeurteilung der Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit befanden die MEDAS-Gutachter, es wirke sich das chronische Schmerzsyndrom und vor allem die Dysthymie aus (vgl. dazu E. 2.5). Die leichtgradige Arthrose und latente scapholunäre Insuffizienz wirkten sich auf eine leichte manuelle Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht aus. Die bisherige sowie eine Tätigkeit, welche keine schwerere Belastung oder repetitive Bewegung der rechten Hand benötigten, seien acht Stunden pro Tag zumutbar (IV-act. 93-28 ff.). Wie bereits im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 11. März 2016 bezüglich der unfallversicherungsrechtlichen Streitsache UV 2014/24, E. 2.3.1 f. (abrufbar unter www.gerichte.sg.ch, Dienstleistungen, Rechtsprechung, Versicherungsgericht) ausgeführt wurde, bestehen gemäss den MEDAS-Gutachtern übereinstimmend mit den weiteren medizinischen Akten die für die Arbeitsfähigkeit

relevanten Einschränkungen praktisch einzig durch die Schmerzen (IV-act. 93-30, vgl. IV-act. 93-47). Vor diesem Hintergrund ist nicht nachvollziehbar, weshalb die von den MEDAS-Gutachtern aufgeführte "Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Handgelenk" zu einer verminderten Leistungsfähigkeit von 25% in einer adaptierten Tätigkeit ohne relevante Belastung des rechten Handgelenks führen sollte (vgl. dazu UV 2014/24, E. 2.3.2). Diese Einschätzung stützt sich auf das handchirurgische Teilgutachten von Dr. med. T.____, welcher eine leichte bewegungsabhängige Schmerzhaftigkeit sowie eine Einschränkung der Belastbarkeit des rechten Handgelenks aufgrund der Frakturfolgen und der Bandläsion für objektivierbar hielt (IV-act. 93-54). Dies jedoch im Gegensatz zur Feststellung, die leichtgradige Handgelenksarthrose und die Irregularität im distalen Radioulnargelenk führten zu keiner wesentlichen Beeinträchtigung qualitativer und quantitativer Art der Arbeitsfähigkeit. Vielmehr im Vordergrund stehe das mittlerweile chronifizierte Schmerzsyndrom dorsoradial am rechten Handgelenk im Bereich der beiden Narben (IV-act. 93-52, 93-27, 93-22). Die durch Dr. T.____ gemachten Angaben bezüglich Objektivierbarkeit der geltend gemachten Beschwerden am rechten Handgelenk sind damit widersprüchlich und vor dem Hintergrund der oben aufgeführten medizinischen Berichte nicht nachvollziehbar.

2.5 Es ist folglich entgegen dem MEDAS-Gutachten, aber in Übereinstimmung mit den Ausführungen der Suva-Kreisärzte (vgl. E. 2.2) nicht von einer somatisch bedingten Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit auszugehen. Das Scheitern der Eingliederungsbemühungen (vgl. IV-act. 108, 112) bedeutet sodann nicht per se, dass eine relevante Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte, zumal offenbar der vorgesehene Einsatz bei U.____ nicht ausreichend adaptiert gewesen wäre, wie aus dem Protokoll der Eingliederungsverantwortlichen hervorgeht (IV-act. 108-2).

2.6 Weiter zu prüfen ist eine allfällige frühere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch psychische Beschwerden.

2.6.1 Das MEDAS-Gutachten wurde am 4. September 2012 ausgefertigt. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. M.____ diagnostizierte ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Anteilen (die verwendete Codierung ICD-10: F45.4 entspricht einer somatoformen Schmerzstörung) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1). Während Dr. M.____ in seinem Teilgutachten erwähnte, die 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht beziehe sich auf die Dysthymie (IV-act. 93-43 f.) und festhielt, die vom Bundesgericht für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Beschwerdebildern als massgeblich erachteten Foersterkriterien (BGE 130 V 352) seien nicht erfüllt (IV-act. 93-22, 93-42), wurde in der Konsensbeurteilung das chronische Schmerzsyndrom aber im Widerspruch dazu dennoch als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet (IV-act. 93-22). Zudem findet sich die Feststellung, auf die bisherige Tätigkeit wirkten sich das chronische Schmerzsyndrom und vor allem die Dysthymie aus (IV-act. 93-28). Die Beschwerdegegnerin hatte die psychiatrischen Diagnosen aus rechtlicher Sicht als nicht invalidisierend betrachtet (vgl. IV-act. 119, 131).

2.6.2 Seither hat sich allerdings die Praxis des Bundesgerichts zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage erheblich geändert. Mit dem am 3. Juni 2015 gefällten BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die von ihm geschaffene Überwindbarkeitsvermutung und den sich an den Foersterkriterien orientierenden Prüfungsraster aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch ein "strukturiertes" Beweisverfahren ersetzt. Nach der neuen Rechtsprechung hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den

diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Massgebend seien in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien (BGE 141 V 307 f. E. 6; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 8C_421/2015, E. 5.2). Mit Urteil vom 30. November 2017, 8C_130/2017, E. 7.2, weitete das Bundesgericht die Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 auf sämtliche psychischen Erkrankungen aus.

2.6.3 Medizinische Gutachten, die noch nach alter Praxis des Bundesgerichts eingeholt wurden, verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob das betreffende Gutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht, wobei je nach Abklärungstiefe und -dichte eine punktuelle Ergänzung genügen kann. Somit führt ein nach alter Praxis des Bundesgerichts erstattetes Gutachten nicht zwangsläufig zu einer neuen Begutachtung oder anderen abklärungsrechtlichen Weiterungen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Mai 2017, 8C_842/2017, E. 5.2.1 mit Hinweisen). Vorliegend erübrigt sich insofern eine Prüfung der Standardindikatoren, als Dr. M. ___ überzeugend von einer lediglich 10%igen psychiatrisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. IV-act. 93-21), welche für sich alleine ohnehin nicht ausgereicht hätte, um das Wartejahr zu eröffnen. Sodann werfen weder die Verlaufsbeurteilung von Dr. M. ___ (vgl. IV-act. 183) noch die Einschätzungen von Dr. L. ___ (vgl. IV-act. 136, 170) Zweifel an der Einschätzung der psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit des MEDAS-Gutachtens auf. Selbst wenn man davon ausginge, dass sich Dr. M. ___ bei seiner Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 10% lediglich auf die Dysthymie bezogen und einen Einfluss der chronischen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit verneint hat, wäre dies entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (act. G9) nicht zu beanstanden. Dr. M. ___ hielt ohne weitere Begründung (und in gewissem Widerspruch zum restlichen MEDAS-Gutachten, s. oben) fest, die Foersterkriterien bezüglich einer somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt (IV-act. 93-22, 93-42). Dies ist insofern nachvollziehbar, als dem Gutachten durchaus Ressourcen der Beschwerdeführerin entnommen werden können. Dr. M. ___ hielt zusammenfassend fest, die Beschwerdeführerin habe eine hohe sprachliche Ausdrucksfähigkeit und sei sehr differenziert, auch habe sie ein breites Repertoire an Ressourcen (IV-act. 93-42). Ihre Hauptstärken seien kognitive sowie verbale Fähigkeiten, ihre Intelligenz und auch ihre interpersonellen Stärken (IV-act. 93-44). Im Gespräch gab die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. M. ___ an, sie habe sieben Kinder und lebe zusammen mit ihrem Ehemann und der Familie ihres Sohnes. Sie übernehme einen Teil der Betreuung der Grosskinder und helfe in der Haushaltsarbeit mit, so gut es gehe. Mit der Familie im Ursprungsland habe sie immer noch regen Kontakt, zuletzt habe sie die Familie im vorherigen Sommer besucht. Sie fühle sich psychisch gesund. Zwar fühle sie sich oft als eine Last für alle anderen, aber sie wisse, dass ihre Kinder dies anders sehen würden. Hobbies machten ihr nur noch begrenzt Freude, am besten ginge es ihr noch im Kontakt mit der Familie (IV-act. 93-36 f., 93-14). Eine psychisch ausgewiesene Komorbidität, welche der Beschwerdeführerin Ressourcen rauben würde (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3), ist gemäss Dr. M. ___ sodann nicht oder nur sehr bedingt vorhanden (IV-act. 93-41 f.).

2.7 Zusammenfassend ist somit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass bei der

Beschwerdeführerin bereits vor dem 1. Juni 2014 während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40% i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vorlag. Folglich entstand – wie von der Beschwerdegegnerin verfügt – erst am 1. Juni 2014 ein Rentenanspruch. Hinweise auf eine unvollständige Erhebung des Gesundheitszustandes bestehen nicht, so dass auf weitere medizinische Abklärungen zu verzichten ist.

E. 3

3.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2015 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin anzurechnen. 3.3 Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 600.-- angerechnet.

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