

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/55 vom 12. Januar 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-01-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2015_55

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/55 du 12 janvier 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/55 del 12 gennaio 2018

Regeste

Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Da die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, sind ergänzende Abklärungen notwendig. Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Januar 2018, IV 2015/55).

Erwägungen

E. 1

Zum Zeitpunkt der erneuten Anmeldung am 12. November 2011 hatte der Beschwerdeführer Wohnsitz im Kanton B.____ (IV-act. 225). Damit wäre gestützt auf Art. 40 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) grundsätzlich die IV-Stelle des Kantons B.____ zuständig zur Prüfung allfälliger Ansprüche. Nachdem jedoch die einmal begründete Zuständigkeit einer IV-Stelle im Verlaufe des Verfahrens erhalten bleibt (Art. 40 Abs. 3 IVV) und im November 2011 Arbeitsvermittlungsbemühungen im Zuständigkeitsbereich der IV-Stelle des Kantons St. Gallen durchgeführt wurden (IV-act. 211, endgültiger Abschluss mit Verfügung vom 19. August 2014 [IV-act. 283]), war die IV-Stelle des Kantons St. Gallen im Sinne vorgenannter Bestimmung weiterhin örtlich zuständig.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 2. Juli 2010 letztlich rechtskräftig die laufende halbe Rente per Ende August 2010 eingestellt (IV-act. 185, 254; vgl. vorstehende lit. A.b). Auf die Neuanmeldung vom 12. November 2011 ist sie nach einem erneuten Unfall im Oktober 2010 mit zumindest vorübergehender Verschlechterung zu Recht eingetreten (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV) und hat in der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2015 (IV-act. 289) einen materiellen Entscheid (Abweisung des Leistungsbegehrens) gefällt. Zu prüfen ist demnach, ob die Ablehnung des Antrags auf eine Invalidenrente zu Recht erfolgte.

E. 3

3.1 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).

3.2 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.

3.3 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen).

E. 4

Der nicht anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat in der Beschwerde vom 19. Februar 2015 gegen die Verfügung vom 23. Januar 2015 den Antrag gestellt, es sei die Berechnung des Einkommensvergleichs neu zu erstellen (G 1). Mit den Begründungen in den Rechtsschriften bringt er zum Ausdruck, dass er zum einen die von der Beschwerdegegnerin der Ermittlung des Invaliditätsgrads zugrunde gelegten Einkommen bestreitet, zum anderen aber auch die gezogenen medizinischen Schlüsse seit seinem zweiten Unfall von Oktober 2010 für nicht nachvollziehbar hält. Damit gehört der Rentenanspruch bezüglich sämtlicher Fragen zum Streitgegenstand dieses Verfahrens, insbesondere auch die Frage, ob die aktenkundigen (medizinischen) Unterlagen eine zuverlässige Anspruchsbeurteilung zulassen.

4.1 Zur Beurteilung steht der Gesundheitszustand bzw. eine allfällig anspruchsbegründende Invalidität zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns. Dieser entstände am 1. Mai 2012, sechs Monate nach der Neuanmeldung im November 2011 (Art. 29 Abs. 1 IVG).

4.2 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrem rentenablehnenden Entscheid in medizinischer Hinsicht auf das asim-Gutachten vom 6. Mai 2009 (IV-act. 121), welches volle Beweiskraft genießt (vgl. die zutreffenden Ausführungen im Entscheid des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen vom 20. August 2012; IV-act. 254-12 f.) und eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit in

adaptierter Tätigkeit bescheinigt hat, sowie auf die insbesondere von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) nach dem Unfallereignis im Oktober 2010 getätigten (medizinischen) Abklärungen. Zu prüfen ist, ob diese Unterlagen den von der Beschwerdegegnerin gezogenen Schluss, dass das Unfallereignis nur zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers geführt hat und wieder vom Gesundheitszustand gemäss asym-Gutachten auszugehen ist, zulassen.

4.3 Die medizinische Aktenlage seit dem Unfall vom 2. Oktober 2010 präsentiert sich wie folgt:

4.3.1 Im Austrittsbericht des Spitals C.____ vom 30. November 2010 diagnostizierten die behandelnden Ärzte bei einer Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 2. bis 3. Oktober 2010 eine LWS-Kontusion nach dem Verkehrsunfall. Als Nebendiagnosen wurde ein Status nach Diskushernien HWS und 2x LWS sowie ein Status nach einem HWS-Distorsionstrauma bei Beschleunigungstrauma im Dezember 2002 aufgeführt. Eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers wurde bis am 10. Oktober 2010 bescheinigt (Fremdakten).

4.3.2 Der behandelnde Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, verfasste mehrere Berichte. Mit Bericht vom 17. Dezember 2010 diagnostizierte er ein cervico-cephales Syndrom mit Begleitschwindel bei einem Status nach zweimaliger HWS-Distorsion, ein cervico-cephales Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei einem Status nach Beschleunigungstrauma der HWS mit einer commotio cerebri, postcommotionale Beschwerden und eine Cervicobrachialgie links bei im MRI nachgewiesener Diskushernie C5/C6 links. Seit dem Unfall vom 2. Oktober 2010 gebe es eine deutliche Verstärkung des cervico-cephalen Syndroms mit Begleitschwindel und neuropsychologischen Defiziten, weshalb dem Beschwerdeführer ab dem Unfallzeitpunkt eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden müsse. Unter konservativer Behandlung mit Physiotherapie, Heimübungen und Magnetfeldtherapie komme es zu einer allmählichen Besserung (Fremdakten). Mit Eingabe vom 8. Februar 2011 attestierte Dr. D.____ dem Beschwerdeführer bis am 31. Januar 2011 eine 100%-ige, danach eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in seiner Tätigkeit als Leiter eines E.____ sowie in ebenfalls angepassten Tätigkeiten (IV-act. 207-1 ff.). Nachdem die Arbeitsfähigkeit nicht wie vorstehend beschrieben auf 50% gesteigert werden konnte, bescheinigte Dr. D.____ am 1. April und 8. August 2011 ab 1. Februar 2011 eine 25%-ige, ab 1. April 2011 eine 35%-ige und ab 1. August 2011 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit (Fremdakten). Diese Einschätzung bestätigte er mit Bericht vom 21. September 2011 (IV-act. 225-2).

4.3.3 Der Kreisarzt der Suva, Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Chirurgie, hatte inzwischen in seinem Untersuchungsbericht vom 28. Februar 2011 ausgeführt, dass bei aktiver Therapie zu erwarten sei, dass der Beschwerdeführer nach weiteren zwei bis drei Monaten seine aktuell eingeschränkte Arbeitsleistung im Rahmen des Vorzustands schrittweise würde steigern können. Danach sei nach zwei bis drei Monaten Training ein stabiler Zustand zu erwarten (Fremdakten). Bei dieser Beurteilung war Dr. F.____ (noch) von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit ab 1. Februar 2011 ausgegangen. Am 18. August 2011 erachtete er die von Dr. D.____ erst ab 1. August 2011 bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 50% für nachvollziehbar (Fremdakten). Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurologie, führte mit Bericht vom 8. September 2011 zuhanden der Suva aus, dass eine zusätzliche Traumatisierung der bereits degenerativ veränderten Halswirbelsäule nicht angenommen werden könne, da die Nackenschmerzen erst einige Wochen nach dem Unfall vom 2. Oktober 2010 aufgetreten seien (Fremdakten).

5.1 Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der für die Neuanschuldung relevanten Phase (November 2011 bis Mai 2012) liegt keine Einschätzung eines behandelnden oder begutachtenden Arztes bei den Akten. Dr. D.____ bescheinigt dem Beschwerdeführer bereits am 8. August 2011 ab 1. August 2011 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (IV-act. 225-2). Danach liegen von ihm keine Berichte mehr im Recht, die eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bescheinigen würden. Dr. F.____ bestätigt zwar die Einschätzung von Dr. D.____ am 18. August 2011 (vgl. vorstehende E. 4.3.3) und spricht im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 28. Februar 2011 von einer möglichen schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zum Erreichen des Vorzustands (80%-ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten). Die prognostizierte Steigerbarkeit von 50 auf 80% wird aber weder zeitlich eingegrenzt noch begründet.

5.2 Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass bei Kontusionen und Distorsionen nach drei bis vier Monaten der Vorzustand wieder erreicht wird (vgl. nebst vielen Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2015, 8C_571/2015, E. 2.2.3), leuchtet die Einschätzung von Dr. F.____ einer stetigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich ein. Von Relevanz ist aber, dass die Einschätzungen von Dr. F.____ und Dr. G.____ auf hauptsächlich unfallversicherungsrechtlichen Überlegungen gründen. Weitere Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Kausalitätsfrage mangels (genügender) Objektivierbarkeit allenfalls nicht bewiesen werden können und dementsprechend keine Leistungspflicht des Unfallversicherers auslösen (vgl. dazu den Einspracheentscheid der Suva vom 18. April 2012 in den Fremdakten), namentlich die von Dr. D.____ angesprochene deutliche Verstärkung des cervico-cephalen Syndroms mit Begleitschwindel und neuropsychologischen Defiziten, wurden im relevanten Zeitraum überhaupt nicht mehr abgeklärt. Auch der RAD äussert sich nicht dazu. Weitere Abklärungen hätten sich insbesondere aufgedrängt, nachdem der Beschwerdeführer anlässlich eines vom 8. Juli bis 4. Oktober 2013 durchgeführten Arbeitsversuchs im Kantonsspital H.____ lediglich eine 50%-ige Leistungsfähigkeit erreichte (IV-act. 263, 268-3). 80% wurden zwar versucht; dieses Pensum hat sich jedoch als zu hoch erwiesen (IV-act. 271-3). Auch in seiner Tätigkeit als Mitarbeiter in einem Callcenter ab Mai 2014 war der Beschwerdeführer lediglich 50% leistungsfähig. Von Belang ist dabei, dass dem Beschwerdeführer bezogen auf den Arbeitsversuch ein gutes Zeugnis ausgestellt wurde (IV-act. 268, 271-3). Auch anlässlich des ambulanten Assessments in Bellikon vom 20. Dezember 2010 wurden dem Beschwerdeführer ein adäquates Schmerzverhalten und eine gute Leistungsbereitschaft attestiert (Fremdakten). Dass der Beschwerdeführer motiviert ist, die Arbeitsfähigkeit zu verbessern, wurde bereits im asim-Gutachten beschrieben (IV-act. 121-35, 124-13) und Verdeutlichungstendenzen waren keine auszumachen. Damit sind Anhaltspunkte ersichtlich, welche für eine einschränkendere körperliche Schmerzproblematik mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auch in adaptierter Tätigkeit seit dem Unfall vom 2. Oktober 2010 sprechen.

5.3 Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die aktuelle Aktenlage zur Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers für den relevanten Zeitpunkt (ab 1. Mai 2012) ungenügend ist. Es sind weitere medizinische Abklärungen notwendig. Um eine möglichst unbefangene Beurteilung zu gewährleisten, erscheint eine auf einer persönlichen Untersuchung beruhende Abklärung erforderlich. Dabei wird die Beschwerdegegnerin zu prüfen haben, welche Disziplinen bei diesem Beschwerdebild notwendig sind. Die Abklärung (allenfalls inkl. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) hat in Auseinandersetzung mit der bisher ergangenen medizinischen Aktenlage insbesondere Auskunft darüber zu geben, ob und auf Grund welcher Diagnosen

der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit (angestammt bzw. leidensadaptiert) seit dem Unfall vom 2. Oktober 2010 eingeschränkt ist und wie sich die Einschränkung im Verlauf präsentiert. Nach Vorliegen der Abklärung wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu befinden haben.

E. 6

Aufgrund der Rückweisung erübrigen sich grundsätzlich Ausführungen zu den streitigen Vergleichseinkommen. Zur Vermeidung einer erneuten Beschwerdeerhebung nach erfolgter (medizinischer) Abklärung sind folgende Bemerkungen angezeigt. Wie im rechtskräftigen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2012 festgehalten, ist der angestammte Beruf des Beschwerdeführers (Kaufmann in kaufmännisch-administrativer Tätigkeit) leidensadaptiert. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich nach erfolgter Abklärung das Zumutbarkeitsprofil (keine repetitive Tätigkeiten über Brusthöhe; keine Tätigkeiten mit regelmässiger HWS- und/oder Rumpfrotation; keine repetitive Tätigkeiten in Zwangshaltungen wie beispielsweise vornübergebeugt; kein regelmässiges Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg; vorteilhaft Tätigkeiten zwischen Hüft- und Brusthöhe, am besten Tischhöhe; vorteilhaft Wechselbelastung; IV-act. 121-34) dermassen ändert, dass dies nicht mehr der Fall sein wird. Bei qualitativer Identität von Validen- und Invalideneinkommen kann zur Bestimmung des Invaliditätsgrads ein Prozentvergleich vorgenommen werden (vgl. dazu die zutreffenden Ausführungen im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. August 2012; IV-act. 254-13). Anders gesagt entspricht der Invaliditätsgrad in solchen Fällen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2). Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass beim Valideneinkommen das Abstellen auf die Hilfsarbeiterlöhne gemäss Verfügung vom 23. Januar 2015 (IV-act. 289-2) wohl nicht sachgerecht ist und bei beiden Einkommen von einem höheren Wert hätte ausgegangen werden müssen. Am Invaliditätsgrad ändert dies jedoch aus den erwähnten Gründen nichts.

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2015 aufzuheben. Die Sache ist im Sinne der Erwägungen zur Vornahme weiterer Abklärungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7.2 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. Praxisgemäss ist die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung als volles Obsiegen der beschwerdeführenden Partei zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2015 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

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