

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/64 vom 25. Mai 2018**

Sg Versicherungsgericht, 2018-05-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_64](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_64)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/64 du 25 mai 2018

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/64 del 25 maggio 2018

## **Regeste**

Art. 28 IVG, Art. 29 ATSG. Neuanmeldung. Aufgrund des aggravatorischen und allenfalls sogar simulatorischen Verhaltens ist es im vorliegenden Fall nicht möglich, den Arbeitsunfähigkeitsgrad mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Da eine gesundheitlich bedingte Erwerbseinbusse nicht ausgewiesen ist, hat der Versicherte keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Mai 2018, IV 2016/64).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der Beschwerdeführer hatte sich erstmals im Januar 2007 bei der Invalidenversicherung zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Sein Rentengesuch war am 20. Oktober 2008 bei einem IV-Grad von 20 % abgewiesen worden. Bei der Anmeldung vom Mai 2011 handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanmeldung. 1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Zwar haben sich seit der rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs im Oktober 2008 die Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer beim Unfall im Dezember 2000 eine Frontalhirnschädigung erlitten hatte, erhärtet (siehe Bericht von Dr. med. M. \_\_\_ vom 8. Mai 2009 [IV-act. 105-13 f.], MRI des Kopfes vom 22. Dezember 2009 [IV-act. 123-11 f.] und Bericht der Hausärztin Dr. C. \_\_\_ vom 4. September 2011). Eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes ist damit aber noch nicht glaubhaft gemacht worden. Der Beschwerdeführer hat sich seit der Abweisung des Rentengesuchs im Oktober 2008 durchgehend in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. D. \_\_\_ befunden. Im Dezember 2008 hatte Dr. D. \_\_\_ als Diagnosen noch eine mittelgradige depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung angegeben. Im Bericht vom 22. November 2011 hat sie dann neue Diagnosen erwähnt, namentlich eine chronifizierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Angst und depressive Reaktion gemischt sowie eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Aufgrund der neuen psychiatrischen Diagnosen haben somit Hinweise für eine zwischenzeitlich eingetretene relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bestanden. Damit hat der Beschwerdeführer eine wesentliche Veränderung seines Gesundheitszustandes seit der rechtskräftigen Abweisung seines Rentengesuchs im Oktober 2008 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten. 1.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 22. Januar 2016 hat die Beschwerdegegnerin dann allerdings das Rentengesuch des Beschwerdeführers

abgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Abweisung des Rentenbegehrens damit begründet, dass sich der medizinische Sachverhalt seit der Rentenabweisungsverfügung vom 20. Oktober 2008 nicht verändert habe. Diese Begründung beruht auf der Rechtsprechung des Bundesgerichts, laut welcher bei einer erneuten Anmeldung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Abweisung eines Rentenbegehrens geprüft werden muss, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2015, 9C\_9/2015). Diese Praxis ist jedoch gesetzeswidrig, da mit Art. 29 Abs. 1 ATSG eine abschliessende gesetzliche Regelung der Wirkung von Neuansmeldungen besteht, sodass keine ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke vorliegt, die durch eine analoge Anwendung des Art. 17 ATSG auf die Neuansmeldung auszufüllen wäre (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. Dezember 2016, IV 2014/188 E. 1.3 ff.). Die Neuansmeldung unterscheidet sich also nicht von einer erstmaligen Anmeldung. Nach der konstanten Rechtsprechung des Versicherungsgerichts St. Gallen ist daher im vorliegenden Fall einzig zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in einem rentenbegründenden Ausmass invalid ist.

## **E. 2**

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). 2.2 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

## **E. 3**

3.1 Um den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit bzw. die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. 3.2 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere das ABI-Gutachten vom 11. Februar 2008, das Gutachten von Dr. G. \_\_\_ vom 4. Oktober 2012, das Gutachten der Rehaklinik I. \_\_\_ vom 25. März 2015, die Stellungnahmen des RAD vom 30. Oktober 2012, 14. April 2015 und 16. November 2015 und die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. D. \_\_\_ vom 22. November 2011 und 18. Juli 2016 bei den Akten. 3.3 Somatischerseits beklagt der Beschwerdeführer insbesondere Kopf- und Nackenschmerzen und Schwindel. Die Gutachter sind übereinstimmend zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit

nicht eingeschränkt sei. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat geltend gemacht, dass die Auswirkungen der festgestellten hirnrorganischen Veränderungen nicht rechtsgenügend abgeklärt worden seien, weshalb ergänzend eine neuropathologische Abklärung notwendig sei. Dr. J. \_\_\_ von der Rehaklinik I. \_\_\_ hat erklärt, dass es sich beim Cavum Vergae um eine harmlose Normvariante ohne eigentlichen Krankheitswert handle. Beim Kavernom handle es sich um eine Art Blutgeschwulst, das in der Regel – in Abhängigkeit von der Grösse und solange es nicht blute – ebenfalls keine Krankheitserscheinungen verursache. Allerdings würden Kavernome häufig ein wenig bluten. Das Vorhandensein eines Cavum Vergae in Verbindung mit einem Kavernom sei nicht gänzlich unbekannt, scheine aber doch eine Rarität zu sein. Wie sich die Kombination dieser zwei intrazerebralen Missbildungen klinisch auswirken könne, sei unbekannt. In der Spektroskopie habe sich zudem eine Verschmächigung des Hippokampus beidseits gezeigt, was wiederum den Blick auf eine andere, degenerative Erkrankung des Gehirns lenken würde. Dieser Befund könnte die pathologische Bedeutung einer Septum Pellucidum Zyste erhellen: Eine (als "raumfordernd" imponierende) zystische Veränderung (Cavum Vergae) könnte im Bereich des Septum Pellucidum (als Teil des limbischen Systems) zu einer Fehlfunktion des limbischen und hippokampalen Systems führen, sodass es zu Störungen der Aufmerksamkeit, des Verhaltens usw. kommen könnte. Das Problem dabei sei, dass das Verhalten des Beschwerdeführers – bei fehlenden objektiven klinischen Befunden – so sehr an Aggravation an der Grenze zu Simulation anmute, dass der geschilderte Mechanismus als Kern des pathologischen Verhaltens zwar postuliert werden könne, aber eben durch diese aggravatorischen, inkonsistenten Befunde und Verhaltensweisen relativiert werde. Den Gutachtern sei es nicht möglich, krankhafte und aggravatorische Facetten der Verhaltensauffälligkeiten sicher auseinanderzuhalten (IV-act. 162-68). Dr. J. \_\_\_ hat also die Auswirkungen der festgestellten Veränderungen im Gehirngewebe nicht wegen mangelhafter Fachkenntnisse, sondern wegen des aggravatorischen, an der Grenze zur Simulation liegenden Verhaltens des Beschwerdeführers nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermitteln können. Zudem ist davon auszugehen, dass Dr. J. \_\_\_ und die RAD-Ärzte, die sich mit dem Dossier des Beschwerdeführers befasst haben, zusätzliche medizinische Abklärungen durchgeführt resp. empfohlen hätten, wenn sie von solchen weiterführende, objektive Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erwartet hätten. Da der Beschwerdeführer den Nachteil der Beweislosigkeit zu tragen hat (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b), hat Dr. J. \_\_\_ die hirnrorganischen Veränderungen zu Recht nicht in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung einfließen lassen. Aus somatischer Sicht ist somit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.4 Der psychiatrische Gutachter des ABI, Dr. N. \_\_\_, hat die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wegen einer leichten depressiven Episode im Jahr 2008 als um 20 % eingeschränkt erachtet. Dr. G. \_\_\_ hat dem Beschwerdeführer im Jahr 2012 wegen einer dissoziativen Störung für die angestammte Tätigkeit, aber auch für adaptierte Tätigkeiten und für Tätigkeiten im geschützten Rahmen, lediglich noch eine Arbeitsfähigkeit von 35 % attestiert. Dr. K. \_\_\_ von der Rehaklinik I. \_\_\_ ist ebenfalls zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer an einer dissoziativen Störung (Konversionsstörung) leidet. Die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. G. \_\_\_ hat er aber als "grosszügig überhöht" bezeichnet und die Arbeitsunfähigkeit auf 40 % festgelegt. Die behandelnde Psychiaterin Dr. D. \_\_\_ hat dem Beschwerdeführer wegen chronischer Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen, einer ängstlich depressiven

Verstimmung/depressiver Episoden, einer dissoziativen Störung und Persönlichkeitsakzentuierungen/-störungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. 3.4.1 Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ kann bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil sie, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angemerkt hat, das aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers nicht als solches erkannt und es folglich in ihrer Beurteilung als effektiv bestehende Beeinträchtigung berücksichtigt hat. Des Weiteren hat keiner der drei psychiatrischen Gutachter den geltend gemachten, somatisch nicht erklärbaren körperlichen Schmerzen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte erfahrungsgemäss mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03 E. 2.4.2).

3.4.2 RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, hat in seiner Stellungnahme vom 16. November 2015 überzeugend begründet, weshalb es sich bei den drei Gutachten aus den Jahren 2008, 2012 und 2015 lediglich um unterschiedliche Beurteilungen desselben medizinischen Sachverhalts handelt, d.h. weshalb zwischenzeitlich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Tatsächlich geht weder aus den anamnestischen Angaben noch aus den Angaben zu den erhobenen Befunden und zur Verhaltensbeobachtung hervor, inwieweit sich der Gesundheitszustand zwischen den Begutachtungen wesentlich verändert haben soll (IV-act. 167-2). Zwar hat Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Gutachten erklärt, dass seit der Begutachtung im Jahr 2008 insoweit von einer "Verschlechterung" der gesundheitlichen Situation gesprochen werden könne, als von einer weiteren Verfestigung der vom Beschwerdeführer selbst erlebten und allseits konsequent demonstrierten Einschränkungen ausgegangen werden müsse, was zu einer weiteren Einschränkung der willentlichen Überwindbarkeit der Beschwerden geführt habe (IV-act. 129-13 f.). Diese Argumentation überzeugt jedoch nicht. Dieser Meinung ist auch RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_, die festgehalten hat, dass eine Veränderung, die darin bestehe, dass der Beschwerdeführer weitere vier Jahre sein selbstlimitierendes auffälliges Verhalten aufrechterhalten habe und deshalb nun umso weniger davon abrücken könne, aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht berücksichtigt werden könne. Dr. F.\_\_\_\_ hat eine auf objektivierbaren Befunden gründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der ABI-Begutachtung (2008) und der Begutachtung durch Dr. G.\_\_\_\_ (2012) klar verneint (IV-act. 130). Nur weil die Diagnose einer dissoziativen Störung erst im Jahr 2012 gestellt worden ist, bedeutet dies nicht, dass der Beschwerdeführer nicht schon früher an einer solchen gelitten hätte, zumal bei dissoziativen Störungen bis zur Diagnosestellung meist eine lange psychiatrische Vorgeschichte besteht (s. Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, Diagnostik und Therapie dissoziativer Störungen [ICD-10: F44], abrufbar unter: [http://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/dokumente/lehmaterialien-stud-med/s.diagnostik\\_und\\_therapie\\_dissoziativer\\_stoerungen\\_.pdf](http://www.uke.de/dateien/kliniken/psychiatrie-und-psychotherapie/dokumente/lehmaterialien-stud-med/s.diagnostik_und_therapie_dissoziativer_stoerungen_.pdf), S. 18, besucht am 10. April 2018). Eine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts zwischen der ABI-Begutachtung im Jahr 2008 und der Begutachtung durch die Klinik I.\_\_\_\_ im Jahr 2013/2014 ist somit nicht ausgewiesen.

3.4.3 RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ hat weiter erklärt, dass alle drei Gutachten in sich im Wesentlichen konsistent und in ihrem unterschiedlichen Ergebnis – bei gleicher Sachlage – für sich jeweils nachvollziehbar seien. Er hat auch darauf hingewiesen, dass es im vorliegenden Fall angesichts der (eben nur zum Teil) krankheitsbedingt inkonsistenten

Antworten, Symptomdarbietungen und Selbstlimitationen ausgesprochen schwierig sei, krankheitswertige Symptome und Konstellationen von nicht krankheitswertigen Begleitphänomenen abzugrenzen, was die Aussagesicherheit aller gutachterlichen Bewertungen beeinflusse. Angesichts der Schwierigkeiten, im vorliegenden Fall dissoziative Symptome sauber abzugrenzen, sei der Verzicht des ABI-Gutachters, eine dissoziative Störung im engeren Sinne zu diagnostizieren, fachlich vertretbar gewesen. Tatsächlich entsteht bei der Durchsicht der drei psychiatrischen Teilgutachten nicht der Eindruck, dass die Gutachter etwas Entscheidendes übersehen hätten oder dass ihre Beurteilungen widersprüchlich wären; alle Gutachten erscheinen hinsichtlich der Herleitung der Diagnosen als schlüssig. Dies gilt jedoch nicht für die gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Zwar ist die Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit aufgrund der von ihm gestellten Diagnose einer leichten depressiven Episode noch nachvollziehbar. Den Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ fehlt jedoch jegliche Begründung des von ihnen angegebenen Arbeitsunfähigkeitsgrades von 65 % respektive 40 %. Einerseits geht aus den Gutachten nicht hervor, welche der gezeigten Verhaltensauffälligkeiten bewusstseinsnah (Aggravation, Simulation) und welche bewusstseinsfern sind. Andererseits bleibt unklar, welche Auswirkungen diese Verhaltensauffälligkeiten auf die Arbeitsfähigkeit haben, d.h. welche funktionellen Beeinträchtigungen bestehen. Die Gutachter haben nicht begründet, weshalb die Symptome der dissoziativen Störung die Arbeitsfähigkeit gerade um 65 % (Dr. G.\_\_\_\_) resp. um 40 % (Dr. K.\_\_\_\_) einschränken sollen. Der Grund dafür muss darin liegen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei einer dissoziativen Störung gemäss Dr. K.\_\_\_\_ ganz überwiegend auf der klinischen Erfahrung des jeweiligen Gutachters beruht. Dies ist einerseits problematisch, weil es dem Gericht nicht möglich ist, die Arbeitsfähigkeitsschätzung zu plausibilisieren, da es die Erfahrungswerte des jeweiligen medizinischen Sachverständigen nicht kennt. Andererseits ist die Gefahr, wie der vorliegende Fall zeigt, gross, dass, je nachdem, über welche persönlichen Erfahrungen ein Gutachter verfügt, bei gleicher Sachlage völlig unterschiedliche Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit resultieren. Im vorliegenden Fall kommt erschwerend hinzu, dass krankheitswertige und nicht krankheitsbedingte Anteile bestehen, deren Abgrenzung ausgesprochen schwierig ist. Eine erneute Begutachtung unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht mit BGE 141 V 281 eingeführten Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von vom Bundesgericht festgelegten Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer versicherten Person zu ermitteln ist, würde in antizipierender Beweiswürdigung keine neuen objektiven Erkenntnisse bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liefern. Denn es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer das seit Jahren gezeigte aggravatorische und allenfalls sogar simulatorische Verhalten bei einer erneuten Begutachtung aufrechterhalten würde. In einem solchen Fall können die Standardindikatoren natürlich keinen besseren Aufschluss darüber geben, welche Anteile des Störungsbildes tatsächlich krankheitsbedingt sind. Auch RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ hat erklärt, dass wegen der Schwierigkeit, krankheitswertige Symptome von nicht krankheitswertigen Begleitphänomenen abzugrenzen, weitere medizinische Abklärungen wahrscheinlich keine wesentlich höhere Aussagesicherheit ergeben würden. Demnach steht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, ob bzw. wenn ja, welchen Einfluss die dissoziative Störung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Den Nachteil der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b). Selbst wenn davon ausgegangen

würde, dass für die angestammte wie auch für adaptierte Tätigkeiten eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgewiesen sei, würde kein rentenrelevanter IV-Grad resultieren. Denn selbst bei einem hohen Tabellenlohnabzug von 15 % würde der IV-Grad nur 32 % betragen ( $20 \% + [80 \% \times 0.15]$ ). 3.5 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 4**

4.1 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 dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

4.2 Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den von ihm in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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