

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/288 + IV 2018/57 vom 26. November 2018

Sg Versicherungsgericht, 2018-11-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_288 + IV 2018_57](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_288_IV_2018_57)

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/288 + IV 2018/57 du 26 novembre 2018

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/288 + IV 2018/57 del 26 novembre 2018

Regeste

Art. 43 Abs. 1 ATSG: Aus Berichten des Hausarztes und einer den Beschwerdeführer vorübergehend behandelnden psychiatrischen Fachärztin ergibt sich, dass dieser lediglich vorübergehend psychisch beeinträchtigt und weder eine längerdauernde Krankheit diagnostiziert noch eine länger als einige Wochen dauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war. Die Beschwerdegegnerin durfte daher die Leistungsansprüche mangels relevantem Gesundheitsschaden ohne weitere Abklärungen (insbesondere ohne psychiatrische Begutachtung) abweisen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. November 2018, IV 2017/288 und IV 2018/57).

Erwägungen

E. 1

Sowohl der Gegenstand des Verfahrens IV 2017/288 bildende Anspruch auf berufliche Massnahmen als auch der Gegenstand des Verfahrens IV 2018/57 bildende Rentenanspruch setzen eine Invalidität voraus (Art. 8 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Umstritten ist in beiden Verfahren das Vorliegen eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens und der Umfang der diesbezüglichen Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin.

E. 2

2.1 Der Anspruch auf berufliche Massnahmen wie auch derjenige auf eine Invalidenrente setzen eine eingetretene oder drohende Invalidität im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) voraus (Art. 8 Abs. 1 IVG; Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Art. 8 Abs. 1 ATSG umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Bevor eine versicherte Person Leistungen der Sozialversicherung verlangt, hat sie aufgrund ihrer Schadenminderungspflicht alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn die versicherte Person selbst ohne Eingliederungsmassnahmen - nötigenfalls mit einem Berufswechsel - zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007 Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 27. Dezember 2006, I 820/05, E. 2.1.2). 2.2 Die Beurteilung des Gesundheitszustandes und die Stellungnahme, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist, ist ärztliche Aufgabe (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen mittels unabhängiger Begutachtung vorzunehmen (BGE 135 V 469 E. 4.4; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2010, 8C_21/2010, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). 2.3 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nimmt der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor. Sind die versicherungsmässigen Voraussetzungen (nach Art. 6 IVG) erfüllt, so beschafft die IV-Stelle die erforderlichen Unterlagen, insbesondere über den Gesundheitszustand, die Tätigkeit, die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit des Versicherten sowie die Zweckmässigkeit bestimmter Eingliederungsmassnahmen (Art. 69 Abs. 2 Satz 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz verpflichtet Verwaltung und Sozialversicherungsgericht, von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (zu diesem im Sozialversicherungsrecht grundsätzlich geltenden Beweisgrad vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen) entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2013, 8C_815/2012, E. 3.2.1). Mit welchen Mitteln die Sachverhaltsabklärung zu erfolgen hat, liegt im Ermessen des Versicherungsträgers (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Oktober 2011, 9C_1037/2010, E. 5.1). Der Untersuchungsgrundsatz vermittelt nicht von vornherein einen Anspruch auf Anordnung eines Gutachtens (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Juli 2014, 9C_414/2014, E. 3.3). Ergibt sich bei pflichtgemässer Beweiswürdigung die Überzeugung, die Akten erlaubten die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhaltes oder eine behauptete Tatsache sei für die Entscheidung der Streitsache nicht von Bedeutung, kann auf die Erhebung weiterer Beweise verzichtet werden. In dieser antizipierten Beweiswürdigung kann keine Gehörsverletzung und auch kein Verstoss gegen den Untersuchungsgrundsatz erblickt werden (BGE 136 I 236 E. 5.3; BGE 134 I 148 E. 5.3; BGE 124 V 94 E. 4b; BGE 122 V 162 E. 1d; Urteile des Bundesgerichts vom 17. Januar 2008 9C_552/2007, E. 5.1, und vom 11. März 2008, 9C_561/2007, E. 5.2.1; Urteil des Eidgenössischen

Versicherungsgerichts [ab 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 24. Juli 2006, I 281/06, E. 3.2.1). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts vom 18. September 2014, 9C_393/2014, E. 3.1.3 mit weiteren Hinweisen, und vom 7. April 2016, 9C_360/2015, E. 3.1). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

E. 3

Es ist zu prüfen, ob die medizinischen Akten eine schlüssige Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit erlauben oder ob weitere Abklärungen nötig sind. 3.1 Med.prakt D.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 20. März bis 13. April 2015 (Arztbericht vom 22. Februar 2017, IV-act. 79). Vom 3. bis 19. März 2015 wurde der Beschwerdeführer im Zentrum E.____ behandelt. Die von med.prakt. D.____ geschätzte volle Arbeitsunfähigkeit ist daher bereits ab dem 3. März 2015 anzunehmen. Med.pract. B.____ führte in einem Bericht vom 17. August 2016 aus, aufgrund einer Anpassungsstörung und einer endogenen Depression sei es dem Beschwerdeführer "auf absehbare Zeit" nicht möglich, mehr als 70 % zu arbeiten (IV 2017/288, act. G 10.9). In den Arztberichten vom 14. Oktober 2016 und vom 7. November 2016 hielt er fest, als Magaziner sei der Beschwerdeführer vom 12. bis 15. Februar 2016 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Reduzierte Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit sowie Antriebsschwäche schränkten die Arbeitsfähigkeit zeitweilig ein (IV-act. 57, 68). Weitere Arbeitsunfähigkeiten sind nur an einzelnen Tagen aktenkundig (vgl. insbesondere Angaben der Arbeitgeberin vom 19. Dezember 2016, IV-act. 73-5, und RAD-Stellungnahme vom 15. Juni 2017, IV-act. 90). Gemäss Untersuchungsbericht der Augenklinik des KSSG vom 6. Januar 2018 wurde die dortige Behandlung aufgrund der deutlichen Regredienz der diagnostizierten Chorioretinopathia centralis serosa abgeschlossen (IV 2018/57, act. G 1.3). Anlässlich der Abklärung im Zentrum für Schlafmedizin wurden zwar sonstige depressive Episoden, teilremittiert (ICD-10: F32.8) mit verkürzter Schlafdauer, frühmorgentlichem Erwachen, diagnostiziert, jedoch keine weitere Behandlung vorgesehen oder eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV 2018/57, act. G 7.1). 3.2 Die Behandlung im Zentrum E.____ dauerte lediglich vom 3. bis 19. März 2015 und fand vor derjenigen bei med.prakt. D.____ statt (Arztbericht med.prakt. D.____ vom 22. Februar 2017, IV-act. 79-6), so dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden kann, dass ein Bericht dieser Institution keine nicht bereits bekannten medizinischen Gesichtspunkte enthalten würde. Der Arztbericht von med.prakt. D.____ vom 22. Februar 2017 (IV-act. 79) bezieht sich zwar auf die beinahe zwei Jahre zurückliegende Behandlung vom 20. März bis 13. April 2015. Gegenüber der Beschwerdegegnerin hat die behandelnde Psychiaterin jedoch am 21. Februar 2018 bestätigt, dass die letzte Behandlung am 12. Juni 2015 stattgefunden hat. Damals habe die Therapie dank des stark gebesserten Gesundheitszustandes beendet werden können (IV-act. 114). Daraus geht hervor, dass der

Beschwerdeführer seit Juni 2015 bis Februar 2018 nicht mehr bei ihr in Behandlung war. Zudem hatte auch med.pract. B.____ in den Berichten vom 17. August 2016 (IV 2017/288, act. G 10.9) und vom 14. Oktober 2016 (IV-act. 57) keine aktuell durchgeführte oder geplante psychiatrische Behandlung und im Arztbericht vom 7. November 2016 lediglich "bedarfsweise" Psychotherapie erwähnt und ausgeführt, bis auf subjektive Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite bestünden keine feststellbaren Störungen der mnestischen Funktionen (IV-act. 68-3 f.). 3.3 In den Stellungnahmen des RAD vom 15. Juni 2017 (IV-act. 90) und vom 13. Oktober 2017 (IV-act. 101) wird schlüssig begründet, dass bzw. weshalb kein die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers längerfristig beeinträchtigender Gesundheitsschaden vorliegt. Aufgrund der vorhandenen Berichte von med.prakt. D.____ und med.pract. B.____ ergeben sich keine Anhaltspunkte, welche hieran Zweifel zu begründen vermögen. 3.4 Zusammenfassend ergibt sich weder aus den von der Beschwerdegegnerin eingeholten noch aus den vom Beschwerdeführer eingereichten Berichten, dass der Beschwerdeführer während längerer Zeit gesundheitlich beeinträchtigt bzw. krank geschrieben war. Die Beschwerdegegnerin hatte Arztberichte von med.pract. B.____ und med.prakt. D.____ eingeholt und durfte gestützt auf diese ohne weitere Abklärungen davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer seit April 2015 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung war, was im Übrigen weiterhin nicht bestritten wird. Die Beschwerdegegnerin durfte somit auf weitere Abklärungen verzichten und davon ausgehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein längerdauernder invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliegt.

E. 4

Der Beschwerdeführer macht geltend, aus der Tatsache, dass er sich nicht psychiatrisch behandeln lasse, könne nicht geschlossen werden, dass er keinen Rentenanspruch habe. Er übersieht dabei, dass er gemäss Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG insbesondere auch gehalten ist, sich medizinischen Behandlungen zu unterziehen, um damit das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt der Invalidität zu verhindern. Sofern er geltend machen will, er sei nur zu 70% arbeitsfähig, da er an psychischen Problemen leide, die seine Arbeitsfähigkeit einschränken, dringt er damit nicht durch. Allein die Tatsache, dass er effektiv in einem 70%-Pensum arbeitet, bedeutet keinesfalls, dass er im Umfang von 30% arbeitsunfähig oder gar erwerbsunfähig ist. Der Beschwerdeführer ist vielmehr objektiv in einer adaptierten Tätigkeit 100% arbeitsfähig und hat diese Arbeitsfähigkeit als Ausfluss der Schadenminderungspflicht auszuschöpfen (vgl. U. MEYER/M. REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 28a N 27; Urteil des Bundesgerichts vom 5. Dezember 2017, 8C_475/2017, E. 6.1). Auch die Hörschwäche führt mit optimaler Hilfsmittelversorgung nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sondern stellt höchstens ein Adaptionskriterium dar. Dasselbe gilt für die Augenkrankheit. Auch die geltend gemachten Schlafstörungen sind nicht derart, dass sie nicht behandelbar wären und eine Arbeitsunfähigkeit von längerer Dauer bewirken.

E. 5

Der Beschwerdeführer verlor seine ursprüngliche Stelle bei der G.____ gemäss Anamnese von med.prakt. D.____ im Mai 2013, weil er einer Straftat beschuldigt worden war. Von September bis November 2013 habe er eine weitere Stelle bei der H.____ inne gehabt, die ihm während der Probezeit gekündigt worden sei (IV-act. 79-7). Er war erst ab März 2015 behandlungsbedürftig psychisch beeinträchtigt (Arztbericht med.pract. D.____ vom 22.

Februar 2017, IV-act. 79-6 f.). Er verlor mithin die Stellen bei der G.____ und bei der H.____ im Jahr 2013 nicht aus gesundheitlichen Gründen. Überdies waren die Probleme des Beschwerdeführers, soweit er diese bereits ab Dezember 2013 beginnend berichtete, durch die eheliche Beziehung ausgelöst und somit als Auswirkung psychosozialer Belastungsfaktoren invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 7. Januar 2015, 9C_140/2014, E. 3.3 und vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.2, mit weiteren Verweisen). Das frühere Einkommen des Beschwerdeführers war zwar höher als der Lohn, den er als Magaziner seit 1. Oktober 2015 erzielt (Auszug aus dem Individuellen Konto [IK], IV-act. 60; Angaben Arbeitgeberin vom 19. Dezember 2016, IV-act. 73). Dass er im Jahr 2013 eine beträchtliche Einkommenseinbusse hinnehmen musste, beruht jedoch auf den Gegebenheiten des invalidenversicherungsrechtlich nicht beachtlichen Arbeitsmarktes. Es liegt keine IV-relevante Erwerbseinbusse vor und die Abweisung des Rentenanspruchs erweist sich auch in dieser Hinsicht als korrekt.

E. 6

6.1 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Geeignet kann eine Eingliederungsmassnahme nur sein, wenn die betroffene Person - bezogen auf die jeweilige Massnahme - selber wenigstens teilweise objektiv eingliederungsfähig und subjektiv eingliederungsbereit ist (objektive und subjektive Eingliederungsfähigkeit [S. BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, N 124, mit Verweisen auf die Rechtsprechung]). 6.2 Da gemäss Aktenlage keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschädigungen vorliegen, sind auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt.

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege zugesprochen (act. G 18). Er hat somit Anspruch auf Befreiung von den Verfahrenskosten. 7.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers, soweit sie nicht durch die Leistung der Rechtsschutzversicherung gedeckt ist. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle sowie die zwei Verfahren eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Nach Abzug des von der Rechtsschutzversicherung zugesprochenen Betrages von Fr. 3'013.90 verbleibt ein durch diesen nicht gedeckter Honoraranteil von Fr. 486.10. Dieser ist zufolge unentgeltlicher

Rechtsverbeiständung vom Staat zu tragen und um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Die unentgeltliche Rechtsverbeiständung erfolgt somit im Umfang von Fr. 388.90 (0,8 x Fr. 486.10). 7.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerden werden abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverbeiständung für beide Verfahren mit Fr. 388.90.

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