

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/241 vom 10. März 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-03-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_241

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/241 du 10 mars 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/241 del 10 marzo 2022

Regeste

Art. 17 IVG. Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Berufliche Eingliederung und Ausbildungsfähigkeit. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Prozentvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. März 2022, IV 2020/241). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_249/2022

Volltext

Entscheid vom 10. März 2022 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb
Geschäftsnr. IV 2020/241 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Jürg Jakob, rtwp rechtsanwälte & notare, Rosenbergstrasse 42b, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Erhöhung) Sachverhalt A.____ meldete sich im Oktober 2005 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe eine Lehre als B.____ abgeschlossen; derzeit arbeite sie auf diesem Beruf. Ihr Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, gab der IV-Stelle am 25. Oktober 2005 (IV-act. 6) gestützt auf Berichte des Kantonsspitals St. Gallen an, die Versicherte leide an einem Lupus erythematodes (ED 2002), Kleinhirnininfarkten, einer tiefen Beinvenenthrombose rechts (2004), einem interhemisphären Haematom (2002) mit Cephalgien und einem Antiphospholipid-Antikörpersyndrom. Er begleite die Versicherte in ihren täglichen Beschwerden (Cephalea, Trümmel, Konzentrationsstörungen und Folgen der ständig durchgeführten Chemotherapien). Die Versicherte sei in ihrem angestammten Beruf und bei ihrem jetzigen Arbeitgeber optimal aufgehoben. Der Arbeitgeber komme der Versicherten bei den krankheitsbedingten Abwesenheiten sehr entgegen. Seit dem 15. November 2004 bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Die Arbeitgeberin teilte der IV-Stelle am 26. Oktober 2005 mit (IV-act. 7), die Versicherte würde ohne den Gesundheitsschaden Fr. 5'440.-- bzw. Fr. 70'720.-- verdienen. Die IV-Stelle ermittelte ein leicht höheres Valideneinkommen 2005 von Fr. 71'960.--. Diesem Valideneinkommen stellte sie ein Invalideneinkommen von Fr. 38'860.-- gegenüber, nämlich 60% des Valideneinkommens abzüglich eines Teilzeitnachteils von 10%. Daraus ergab sich ein Invaliditätsgrad von 46% (IV-act. 10-2). Mit einer Verfügung vom 8. Februar 2006 sprach sie der Versicherten eine Viertelsrente ab dem 1. November 2005 zu (IV-act. 16 f.). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Anlässlich eines im Jahr 2009 durchgeführten Revisionsverfahrens machte die Versicherte zwar geltend (IV-act. 19), ihr Gesundheitszustand habe sich seit Oktober 2008 verschlechtert (Schmerzen, Achillessehnteilruptur rechts), aber sowohl der behandelnde Arzt (IV-act. 23) als auch die Arbeitgeberin (IV-act. 24) berichteten, es habe sich nichts an der Arbeitsfähigkeit am

angestammten Arbeitsplatz (60%) geändert. Prof. Dr. D. ___ vom Kantonsspital St. Gallen berichtete am 15. Oktober 2009 (IV-act. 28-2), die Frage nach der Arbeitsfähigkeit könne nur durch eine genauere gutachterliche Überprüfung (inkl. EFL) seriös beantwortet werden. Die Arbeitgeberin bestätigte der IV-Stelle am 8. März 2010 (IV-act. 33), dass der Jahreslohn von Fr. 52'127.-- bei einem Arbeitspensum von 60% der Arbeitsleistung der Versicherten entspreche. Die IV-Stelle ermittelte anhand dieses Invalideneinkommens und eines Valideneinkommens von Fr. 86'878.-- einen Invaliditätsgrad von 40% (IV-act. 34). Am 19. März 2010 teilte sie der Versicherten mit, es bestehe weiterhin ein Anspruch auf eine Viertelsrente, da die Überprüfung des Invaliditätsgrades keine anspruchrelevante Veränderung ergeben habe. Im Rahmen eines im Jahr 2013 eröffneten Revisionsverfahrens gab die Versicherte am 9. März 2013 an (IV-act. 39), ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Der behandelnde Arzt berichtete am 18. März 2013 (V-act. 42), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Generell schein die Konzentrationsfähigkeit der Versicherten abzunehmen. Die Versicherte ermüde rascher. Sie könne kaum den ganzen Tag arbeiten, so dass fünf Stunden täglich möglich seien. Die Versicherte sei weniger flexibel, mehrere Arbeiten gleichzeitig zu erledigen (Laborarbeit). Bei der Gesundheitsbeeinträchtigung handle es sich um ein chronisches Leiden mit einer gewissen Progredienz. Die Arbeitgeberin der Versicherten teilte am 18. März 2013 mit (IV-act. 43), es habe sich nichts geändert; die Versicherte arbeite zu 60%. Prof. Dr. D. ___ gab am 28. März 2013 an (IV-act. 44), der Invaliditätsgrad von 40% sei eher an der unteren Grenze des Realen, aber angemessen. Am 17. April 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 46), es bestehe weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente. Am 19. Juni 2016 ersuchte die Versicherte um eine Erhöhung der Invalidenrente (IV-act. 49). Sie gab an, sie kämpfe mit einer immer stärker werdenden Müdigkeit und Erschöpfung; sie habe einfach keine Kraft mehr. Aufgrund vermehrter Absenzen habe ihre Arbeitgeberin sie gefragt, ob es nicht besser wäre, das Arbeitspensum auf 50% zu reduzieren. Am 9. August berichtete Prof. Dr. D. ___ (IV-act. 61-2), der systemische Lupus erythematoses sei trotz der therapeutischen Bemühungen weiterhin aktiv. Im vergangenen Jahr sei die Versicherte dreimal hospitalisiert worden, zweimal wegen einer aktiven Lungenbeteiligung und einmal wegen des Verdachts auf eine Cyclophosphamid-Nebenwirkung (DD: Nierenbeteiligung) im Rahmen des SLE. Seit Mai 2016 werde sie wegen eines chronischen Hustens und eines Verdachts auf eine Pleuritis und zusätzlich wegen einer zunehmenden, schweren Fatigue-Symptomatik als Ausdruck einer systemischen oder neuropsychiatrischen Aktivität erneut mit Cyclophosphamid behandelt. Eine neurologische Untersuchung habe bestätigt, dass die schwere Fatigue-Symptomatik kognitiv schwer und motorisch mittelschwer ausgeprägt sei. Insgesamt sei die Versicherte in ihrem Beruf dauerhaft höchstens zu 50% arbeitsfähig. Bereits am 4. Mai 2016 hatte eine psychologische Untersuchung durch die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen stattgefunden. Gemäss dem entsprechenden Bericht vom 17. Mai 2016 (IV-act. 61-9 ff.) waren insgesamt leichte kognitive Funktionsstörungen vorgefunden worden. Im Vordergrund hatte dabei eine leichte bis mittelschwere Antriebs- und Aufmerksamkeitsstörung mit einer reduzierten Grundaktivierung und einem verlangsamten kognitiven Arbeitstempo gestanden. Daneben hatten sich im Exekutivbereich leicht reduzierte Flüssigkeitsleistungen gezeigt. Im Gedächtnisbereich war einzig die verbale Merkspanne minimal vermindert gewesen. Auf der emotionalen und auf der Persönlichkeitsebene hatten sich Hinweise auf eine minimale depressive Symptomatik mit hauptsächlich körperlichen und kognitiven Symptomen sowie Hinweise auf eine schwere

Fatigue-Symptomatik (kognitiv schwer und motorisch mittelschwer ausgeprägt) ergeben. Gegenüber einer offenbar im Jahr 2004 durchgeführten Untersuchung hatten sich der Antrieb und die Aufmerksamkeit leicht verbessert und die weiteren geprüften kognitiven Funktionsbereiche (Gedächtnis-, Exekutiv- und Aufmerksamkeitsbereich) waren unauffällig gewesen. Der zuständige Arzt des RAD hielt am 27. Oktober 2016 fest (IV-act. 63-2), die neuropsychologische Untersuchung habe eine zumindest teilweise Befundverbesserung ergeben. Die rheumatologischen Berichte wiesen multiple Widersprüchlichkeiten auf. Damit sei keine deutliche und anhaltende gesundheitliche Verschlechterung belegt. Die IV-Stelle ging deshalb weiterhin von einem Arbeitsfähigkeitsgrad am angestammten Arbeitsplatz von 60% aus. Sie ermittelte einen Invaliditätsgrad von 40% (IV-act. 64). Im Vorbescheidsverfahren gab die Versicherte an, sie würde sich gerne für eine polydisziplinäre Begutachtung zur Verfügung stellen (IV-act. 67). Die IV-Stelle wies das Gesuch um eine Rentenerhöhung mit einer Verfügung vom 4. Januar 2017 ab (IV-act. 68). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 15. Februar 2018 beantragte die Versicherte erneut eine Rentenerhöhung (IV-act. 72). Sie machte geltend, sie könne seit März 2017 aus gesundheitlichen Gründen keine Arbeitsleistung im Rahmen von 60% mehr erbringen. Ihre Arbeitgeberin habe sich gezwungen gesehen, das Arbeitspensum auf 50% zu reduzieren. Damit habe verhindert werden sollen, dass sie ihren Arbeitsplatz gänzlich verliere. Prof. Dr. D.____ hatte am 31. Januar 2018 angegeben (IV-act. 73), die Versicherte sei aufgrund ihrer Erkrankung in ihrer beruflichen Tätigkeit dauerhaft nicht mehr als maximal 50% arbeitsfähig. Er habe ab 1. März 2017 eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von 50% bescheinigt. Die Reduktion von 60 auf 50 Stellenprozent sei aus medizinischer Sicht dringend geboten, um die Versicherte weiterhin im Arbeitsprozess zu halten. Die Arbeitgeberin hatte am 21. November 2017 bestätigt, dass sie das Arbeitspensum der Versicherten auf 50% habe reduzieren müssen, weil die Versicherte nur noch eine Arbeitsleistung von 50% erbringe (IV-act. 74). Am 13. Juni 2018 berichteten Dr. phil. E.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und Dr. phil. F.____, Psychologie FSP, gegenüber Prof. Dr. D.____ (IV-act. 79-5 ff.), im Rahmen einer neuropsychologischen Verlaufsuntersuchung seien bei der Versicherten insgesamt mittelschwere bis teilweise schwere kognitive Funktionsstörungen festgestellt worden. Im Vordergrund stünden mittelschwere attentionale und exekutive sowie leichte bis mittelschwere Gedächtnisstörungen. Im Aufmerksamkeitsbereich dominiere eine schwere Störung in der Aufmerksamkeitsbereitschaft und in der Aktivierung sowie im kognitiven Verarbeitungstempo. Die selektive Aufmerksamkeit sei leicht vermindert. Im Exekutivbereich stehe im Vordergrund eine mittelschwere bis schwere Antriebsstörung (sprachlich, im figuralen Antrieb, in der Interferenzabwehr und in einer planerischen Aufgabe). Im Gedächtnisbereich lägen leichte bis mittelschwere Einbussen vor, wobei eine leichte bis mittelschwere Lern- und Speicherstörung für verbale und visuelle Einzelinformationen sowie für verbale Kontextinformationen im Vordergrund stehe. In der geteilten Aufmerksamkeit, im visuellen Kontextgedächtnis, in der Wahrnehmung und in der Visuo-Konstruktion habe die Versicherte unauffällige und durchschnittliche Leistungen gezeigt; im Exekutivbereich sei die Denkflexibilität knapp genügend gewesen. Im emotionalen und im Persönlichkeitsbereich habe es Hinweise auf eine minimale Stimmungsproblematik gegeben. Weiter hätten sich Hinweise für eine schwere Fatigue-Symptomatik ergeben. Weder vom klinischen Eindruck her noch aufgrund der testinternen Parameter seien Auffälligkeiten bzw. Hinweise auf eine verminderte

Anstrengungsbereitschaft festgestellt worden, weshalb von validen Befunden ausgegangen werden könne. Der verminderte Antrieb und die Einbussen im attentionalen Exekutivbereich könnten am ehesten im Zusammenhang mit der schweren Fatigue-Symptomatik resp. mit der SLE gesehen werden. Aufgrund des Schweregrades der vorliegenden Befunde könne von einer Alltags- bzw. Berufsrelevanz ausgegangen werden. Am 26. Juli 2018 erkundigte sich die IV-Stelle beim Kantonsspital St. Gallen, welche funktionellen Einbussen aufgrund der Grunderkrankung bestünden, welche Behandlung momentan stattfinde und ob die von den Neuropsychologen empfohlenen Massnahmen bereits eingeleitet worden seien (IV-act. 84). Prof. Dr. D. ___ führte am 21. August 2018 aus (IV-act. 85), die funktionellen Einbussen seien im Bericht über die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung gut dargestellt worden. Diese Einbussen seien durch die zerebralen Veränderungen im Rahmen der zurückliegenden Aktivität des SLE zustande gekommen. Die Schäden seien irreversibel, da sie durch die medikamentösen Therapien nicht hätten beeinflusst werden können und da in den vergangenen Jahren keine Aktivitätszeichen nachweisbar gewesen seien. Die von der Neuropsychologie vorgeschlagenen Massnahmen seien deshalb supportiv, d.h. sie dienten der Erhaltung des aktuellen Zustandes und könnten diesen nicht wesentlich verbessern. Am 13. September 2018 notierte der zuständige RAD-Arzt (IV-act. 86), zwar seien die vom RAD formulierten Fragen nur teilweise beantwortet worden. Es fehlten Angaben über die aktuellen funktionellen Einschränkungen im Bereich des rheumatologischen Fachgebietes, über die aktuelle Behandlung des SLE und ob und wo die empfohlene neuropsychologische Behandlung stattfinde. Gesamthaft sei aber eine Verschlechterung des neurokognitiven Zustandes gegenüber der Voruntersuchung vom Mai 2016 gegenüber dem Bericht vom Juni 2018 ausgewiesen. Daher könne auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Behandlers (50% in der angestammten Tätigkeit) abgestellt werden. Die IV-Stelle ermittelte auf der Grundlage eines Arbeitsfähigkeitsgrades von 50% am angestammten Arbeitsplatz einen Invaliditätsgrad von 50% (IV-act. 94). Mit einer Verfügung vom 26. März 2019 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2018 eine halbe Invalidenrente zu (IV-act. 100). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 27. November 2019 beantragte die Versicherte erneut eine Rentenerhöhung (IV-act. 109). Sie führte aus, sie könne ihr 50%iges Arbeitspensum aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr aufrechterhalten; sie könne maximal noch zu 20% arbeiten. Die Krankentaggeldversicherung habe eine Verschlimmerung des vorhandenen Leidens festgestellt. Die Arbeitgeberin habe das Pensum auf 20% herabgesetzt. Die Versicherte reichte u.a. einen Untersuchungsbericht von Prof. Dr. D. ___ vom 12. Juni 2019 (IV-act. 113-9 ff.) ein. Darin hatte Prof. Dr. D. ___ angegeben, aktuell seien zwar keine objektiven Anzeichen einer aktiven Erkrankung klinisch und serologisch nachweisbar, aber es sei mit allerhöchster Wahrscheinlichkeit zu einer Zunahme der hirnräumlichen Veränderungen mit konsekutiven neuropsychologischen Störungen gekommen. Diese Veränderungen hätten sich in einem neuen Angio-MRI gezeigt. Sie hätten zu einer zunehmenden Occlusion beider A. vertebralis geführt, so dass eine mit sonstigen Methoden nicht erfassbare subklinische Aktivität doch ziemlich wahrscheinlich sei. Die Folge dieser Problematik sei ein multifaktorielles schweres Fatigue- und Erschöpfungssyndrom, das schon seit geraumer Zeit zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führe. Aus medizinischer Sicht sei es nicht empfehlenswert, dass die Versicherte ihre Arbeit weiterführe, zumal die Arbeit die Versicherte daran hindere, sich einer höchst empfehlenswerten psychologisch-psychiatrischen ambulanten Behandlung zu unterziehen. Der zuständige

RAD-Arzt notierte am 19. Februar 2020 (IV-act. 117-3), die rheumatologischen Behandler hätten das Fehlen aktueller Aktivitätszeichen des SLE bestätigt. Warum die Durchführung einer ambulanten Psychotherapie nur bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% möglich sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Er empfahl eine polydisziplinäre Begutachtung. Am 28. Juli 2020 erstattete die medexperts ag ihr polydisziplinäres (rheumatologisches, allgemein internistisches, neurologisches, psychiatrisch-psychotherapeutisches und neuropsychologisches) Gutachten (IV-act. 124). Die Sachverständigen gaben an, die Versicherte leide an einer organisch emotional labilen Störung (ICD-10 F06.6), an einem aktenanamnestischen systemischen Lupus erythematoses (SLE; Ed 08/2002), an einem thorakolumbovertebralen und beidseits lumbospondylogenen Syndrom mit anamnestisch thorakospondylogener Komponente rechts, an migräniformen Kopfschmerzen und an einer Varicosis mit rezidivierenden Ödemen bei einem anamnestischen Zustand nach insgesamt 3-4 Beinvenenthrombosen. Hinzu kämen folgende Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): Bronchiolitis obliterans mit organisierender Pneumonie (ED 2004), manifeste Osteoporose bei Zustand nach aktenanamnestischer (aktuell konventionell radiologisch nicht fassbarer) Spontanfraktur BWK 12 bzw. LWK 1, Adipositas II (BMI 39,5), arterielle Hypertonie, zwei bekannte Leberherde im Segment V (DD: Hämangiom, atypisches Hämangiom) und multiple Allergien (Penicillin, Pollenallergie, Allergie auf Hausstaub, Pfirsich und Nektarine). Der rheumatologische Sachverständige führte in seinem Fachgutachten aus (IV-act. 124-18 ff.), es fänden sich aktuell keine klinischen oder serologischen Hinweise für eine Entzündungsaktivität des aktenanamnestischen systematischen Lupus erythematoses. Unbestritten sei das Vorliegen eines Antiphospholipid-Antikörper-Syndroms. Die 08/2002 gestellte Diagnose eines systemischen Lupus erythematoses lasse sich retrospektiv nicht schlüssig herleiten und könne weder bestätigt noch ausgeschlossen werden. Klinisch seien weder muskuloskelettale noch systemische Lupus-assoziierte Organmanifestationen feststellbar. Die subjektive chronische Fatigue und Erschöpfung lasse sich nicht mit einer erhöhten Entzündungsaktivität des aktenanamnestischen SLE begründen. Seit der letzten rechtskräftigen Verfügung der IV-Stelle sei aus rheumatologischer Sicht keine Entzündungsaktivität des SLE dokumentiert. Auch aktuell seien keine Hinweise für eine solche Entzündungsaktivität vorhanden. Es sei von einer multifaktoriell bedingten Chronic Fatigue auszugehen. Eine Chronic Fatigue trete bei Autoimmunopathien oft auf; bei aktuell fehlenden Hinweisen auf eine Entzündungsaktivität könne seit der letzten Verfügung eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% allein aus rheumatologischer Sicht nicht begründet werden. Die in den Akten dokumentierte Spontanfraktur von BWK 12 und LWK 1 (widersprüchliche aktenanamnestische Angaben) sei aktuell in ergänzend angefertigten Röntgenaufnahmen nicht fassbar. Die von der Versicherten beklagten Rückenbeschwerden seien aber mit den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden hinreichend erklärbar. Die in der letzten Osteodensitometrie (DEXA) vom 25. März 2018 ermittelten Knochendichtewerte entsprächen einer Osteopenie. Zusammenfassend lasse sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung der IV-Stelle vom 25. März 2019 aus rheumatologischer Sicht nicht objektivieren; die Tätigkeit als B. ___ sei weiterhin zu 50% (halbtags) zumutbar. Bei der von der Versicherten ausgeübten Tätigkeit als B. ___ handle es sich aus rheumatologischer Sicht um eine körperlich optimal adaptierte Berufstätigkeit. Die körperliche Leistungsfähigkeit liege im Bereich einer körperlich mindestens leichten, mit Vorteil wechselbelastenden beruflichen Tätigkeit mit Heben/Tragen von Lasten von 5-10kg. Von weiteren medizinischen

Massnahmen/Therapien sei keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Der internistische Sachverständige gab in seinem Fachgutachten an (IV-act. 124-33 ff.), aufgrund des höhergradigen Asthmas bestehe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für nur mehr leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten. Bezüglich der symptomatischen Varikosität empfehle sich eine wechselnde Arbeitshaltung unter Anlage der Kompressionsstrümpfe. Der neurologische Sachverständige führte in seinem Fachgutachten aus (IV-act. 124-43 ff.), die starke Schmerzintensität mit einer hohen Anzahl von Kopfschmerztagen führe zu einem erhöhten Pausenbedarf. Deshalb bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Die neuropsychologische Sachverständige gab in ihrem Teilgutachten (IV-act. 125) an, insgesamt seien vor allem eine ausgeprägte Antriebsstörung und eine kognitive Verlangsamung deutlich geworden. Letztere werde vor allem in attentionalen und exekutiven Anforderungen deutlich. Dabei seien verschiedene Aufmerksamkeitsbereiche wie z.B. die Alertness und die selektive und geteilte Aufmerksamkeit vermindert. Insbesondere habe sich die mentale Flexibilität als weit unterdurchschnittlich betroffen gezeigt. Weniger ausgeprägt seien mnestiche Störungen; hier sei insbesondere die eingeschränkte verbale Wiedererkennungsleistung aufgefallen. Die kognitive Verlangsamung habe sich jedoch in anderen Bereichen gezeigt, die qualitativ nicht betroffen seien, z.B. im Wortschatz, beim logischen Denken oder auch im figuralen Gedächtnis. Unterdurchschnittliche Testergebnisse seien in der zweiten Testhälfte zu finden gewesen, was auf eine Belastbarkeitsminderung hinweise. Insgesamt könne von einer hohen Alltags- resp. Berufsrelevanz ausgegangen werden. Als für den Berufsalltag besonders limitierend würden die umfassende und ausgeprägte kognitive Verlangsamung sowie die verminderte Aktivierung bei den kognitiven Anforderungen gesehen. Die Funktionsfähigkeit sei in den meisten beruflichen Anforderungen deutlich eingeschränkt. In Berufen mit hohen Anforderungen sei die Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt. Die Befunde sprächen insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für eine mittelschwere neuropsychologische Störung. Der psychiatrische Sachverständige hielt fest (IV-act. 124-52 ff.), aufgrund der deutlichen und anhaltenden Affektinkontinenz und Labilität, der erhöhten Ermüdbarkeit und der Vielzahl unangenehmer körperlichen Empfindungen und Schmerzen als Folge einer bestehenden somatischen Störung könne die Diagnose einer organisch emotional labilen Störung bestätigt werden. Aufgrund der Untersuchungsbefunde könnten weitere psychiatrische Erkrankungen ausgeschlossen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der neurokognitiven Einschränkungen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit. Der Versicherten könnten Tätigkeiten mit höherer nervlicher Belastung oder Konzentrationsanforderung, mit eigener Entscheidungsbefugnis bzw. Überwachungsfunktion, mit engem Zeitlimit und im ausschliesslichen Personenkontakt oder mit hohen visuellen Anforderungen nicht zugemutet werden. Eingeschränkt zeigten sich besonders die attentionalen und exekutiven Funktionen. Geeignet seien einfache Tätigkeiten ohne besondere Verantwortung mit mehr vorgegebenen seriellen Arbeitsabläufen. Nicht durchgeführt werden sollten Tätigkeiten im Nachtschichtbetrieb und mit Stressbelastung. Zu empfehlen seien eine wohlwollende Arbeitsatmosphäre und keine ausschliessliche Teamarbeit. Insgesamt bestehe sowohl für die angestammte Tätigkeit als B. ___ als auch für weitere angepasste Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Aus interdisziplinärer Sicht kamen die beteiligten Gutachter zum Schluss, dass sich keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit September 2018 objektivieren lasse. Es hätten sich zwar neue diagnostische Gesichtspunkte ergeben, diese beeinflussten die Gesamteinschätzung der Leistungsfähigkeit aber nicht. Sowohl für die

angestammte als auch für jede andere adaptierte Tätigkeit sei von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 50% auszugehen. Der RAD-Arzt notierte am 30. Juli 2020, auf das medexperts-Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 127). Die IV-Stelle verglich ein Valideneinkommen in der Tätigkeit als B. ___ am bestehenden Arbeitsplatz von Fr. 88'920.-- mit einem Invalideneinkommen am selben Arbeitsplatz von Fr. 44'460.-- und ermittelte so einen Invaliditätsgrad von 50% (IV-act. 128). Mit einem Vorbescheid vom 31. Juli 2020 kündigte die IV-Stelle der Versicherten aufgrund eines unveränderten IV-Grades von 50% die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs an (IV-act. 132). Am 16. September 2020 beantragte die Versicherte die Zusprache einer höheren Rente (IV-act. 133). Zur Begründung gab sie an, sie sei selbst in einer ideal angepassten Tätigkeit (wie sie sie derzeit ausübe) nicht mehr als zu 20% arbeitsfähig. Am 12. Oktober 2020 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Gesuchs um Erhöhung der Invalidenrente (IV-act. 136). Zur Begründung führte sie sinngemäss aus, gemäss dem Gutachten sei die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als B. ___ zu 50% arbeitsfähig. Sie habe keine neuen medizinischen Unterlagen eingereicht, welche die gutachterlich beurteilte Arbeitsfähigkeit in Frage stellen würden. Am 10. November 2020/19. Februar 2021 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) fristgerecht Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 12. Oktober 2020 (act. G 1 und G 7). Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer ganzen Rente ab dem 1. Dezember 2019. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, auf das Gutachten der medexperts ag könne nicht abgestellt werden bzw. in der interdisziplinären Beurteilung seien unhaltbare Schlüsse bezüglich der verbleibenden Arbeitsfähigkeit gezogen worden. Der rheumatologische Sachverständige habe ausgeführt, die Zunahme der Chronic Fatigue lasse sich bei Fehlen einer Entzündungsaktivität der Autoimmunopathie nicht mit der rheumatischen Systemerkrankung erklären. Diese Schlussfolgerung sei insbesondere unter Beachtung der Angaben des behandelnden Rheumatologen Prof. Dr. D. ___ nicht haltbar. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes müsse aus dem multifaktoriellen Krankheitsbild als Ganzes abgeleitet werden. Allein aus dem Fehlen einer aktuellen Entzündungsproblematik auf das Fehlen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu schliessen, greife zu kurz. Unhaltbar sei weiter die Schlussfolgerung, dass die Chronic Fatigue nicht auf den SLE zurückgeführt werden dürfe, weil diese auch andere Ursachen haben könne. Das Ausmass der Chronic Fatigue sei nicht mittels Geräten messbar. Aufgrund der Wahrnehmungen der Arbeitgeberin, wonach die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin deutlich abgenommen habe, und der subjektiven Schilderung der Beschwerdeführerin selbst sei übereinstimmend mit den Beobachtungen der Behandler von einer Verstärkung der Chronic Fatigue Symptomatik auszugehen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass anlässlich der Begutachtung keine Inkonsistenzen festgestellt worden seien und dass das Symptomvalidierungsverfahren keinerlei Auffälligkeiten gezeigt habe. Insbesondere die in der neuropsychologischen Testung in der zweiten Hälfte stark unterdurchschnittlichen Testergebnisse sprächen deutlich für eine Ermüdung bzw. Erschöpfung. Insgesamt sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der klinischen Untersuchung sichtbar und ausgewiesen, selbst wenn - mit Ausnahme der emotionalen labilen Störung - keine neuen Diagnosen erhoben worden seien. Weiter entspreche die Tätigkeit als B. ___ nicht (mehr) einer adaptierten Tätigkeit; die Tätigkeit als B. ___ sei mit den angeführten Adaptionskriterien nicht vereinbar. Die Beschwerdeführerin reichte unter anderem einen Bericht von Prof. Dr. D. ___ vom 26. Januar 2021 ein (act. G 7.1.1). Prof. Dr. D. ___ hatte darin ausgeführt, die Diagnose einer SLE bestehe zweifelsfrei.

Bei der Beschwerdeführerin habe von Beginn an ein Blutgefässschaden im zentralen Nervensystem (mit Sinusvenenthrombose und Kleinhirnininfarkten) im Vordergrund gestanden. Die Bronchiolitis schliesse die Diagnose einer SLE nicht aus. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Diagnose (der SLE) in den frühen 2000ern über die Jahre langsam und progredient verschlechtert. Die Verschlechterung habe zu einem durch Entzündung entstandenen Schaden und möglicherweise zu sekundären psychischen Problemen geführt. Die Fatigue sei mittlerweile eine universell anerkannte Manifestation des SLE. In einer Beschwerdeantwort vom 15. April 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 10). Sie begründete dies im Wesentlichen damit, dass das medexperts-Gutachten vom 28. Juli 2020 die an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage zu stellenden Voraussetzungen erfülle. Prof. Dr. D. ___ gehe in seinem Schreiben offenbar davon aus, dass der rheumatologische Gutachter die Diagnose einer SLE in Frage stelle. Dies treffe nicht zu. Die SLE sei im Gutachten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet worden. Auch die Chronic Fatigue sei im Gutachten berücksichtigt worden; die Gutachter hätten explizit festgehalten, dass die neurologischen Befunde mit einer Chronic Fatigue vereinbar seien (mit Verweis auf IV-act. 124-9). Bezüglich der Tätigkeit als B. ___ hätten sich die Gutachter aufgrund der Befragung und den zur Verfügung stehenden Unterlagen ein Bild von der Tätigkeit machen können. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung, die sich speziell auf die Tätigkeit als B. ___ beziehe, sei sicherlich genauer als eine Beurteilung über das Belastungsprofil. In einer Replik vom 25. Juni 2021 liess die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen festhalten (act. G 14). Sie führte ergänzend aus, dass sich insbesondere die psychiatrischen und neuropsychologischen Gutachter nicht mit der vorgebrachten Verschlechterung der Chronic Fatigue auseinandergesetzt hätten. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 26. Juli 2021 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 16). Erwägungen Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person 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). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, Anlass zur Rentenrevision. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Gegenstand dieses Verfahrens ist, ob die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 15. Februar 2018 zu Recht abgewiesen hat. Der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin ist letztmals anlässlich des mit der Verfügung vom 26. März 2019 abgeschlossenen Revisionsverfahrens materiell geprüft worden. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, zwischen dem 26. März 2019 und dem 12. Oktober 2020 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) derart verändert haben, dass daraus eine Änderung des Invaliditätsgrades resultiert, welche zu einer Änderung des Rentenanspruchs führt. Die Beschwerdegegnerin ist bei der erstmaligen Zusprache der Invalidenrente und bei den späteren Revisionsverfahren immer davon ausgegangen, dass nicht nur die Validen-, sondern auch die Invalidenkarriere in der Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Laborantin bestehe. Sie muss also angenommen haben, dass die Beschwerdeführerin die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit bei der Ausübung ihres Berufes bestmöglich verwerten könne.

Den dem Gericht vorliegenden Akten lässt sich allerdings nicht entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin je vertieft geprüft hätte, ob diese Annahme tatsächlich richtig gewesen ist, ob die Beschwerdeführerin also tatsächlich nicht durch eine Umschulung (Art. 17 Abs. 1 IVG) oder durch eine Weiterausbildung (Art. 16 Abs. 2 lit. c IVG) in die Lage versetzt worden wäre, entweder einen der Gesundheitsbeeinträchtigung besser Rechnung tragenden und damit einen höheren Arbeitsfähigkeitsgrad (bei einem vergleichbaren Lohnniveau) zulassenden Beruf auszuüben oder aber einer Berufstätigkeit nachzugehen, bei der die Arbeitsfähigkeit zwar nicht ansteigen, aber ein höheres Lohnniveau als im Beruf als Laborantin bestehen würde. Auch in dem der angefochtenen Verfügung vorausgegangenem Revisionsverfahren ist die Beschwerdegegnerin wieder davon ausgegangen, dass die Tätigkeit als Laborantin die ideale Invalidenkarriere sei. Tatsächlich hat eine entsprechende berufsberaterische Abklärung unterbleiben können, denn die Beschwerdeführerin ist offenkundig aus medizinischen Gründen weder umschulungs- noch weiterbildungsfähig. Bei einer massiv reduzierten Arbeitsfähigkeit für sämtliche Arten von Erwerbstätigkeit ist nämlich auch die "Ausbildungsfähigkeit" entsprechend reduziert, so dass die Ausbildungszeit mindestens doppelt so lang wäre wie bei einer uneingeschränkten Arbeits- bzw. "Ausbildungsfähigkeit", was aus der Sicht der Beschwerdeführerin unverhältnismässig lang und damit unzumutbar wäre. Im Übrigen ist die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit insbesondere in psychischer Hinsicht einer Umschulung in einen anderen Beruf gar nicht gewachsen. Erst recht gilt das für eine – notwendigerweise intellektuell besonders anforderungsreiche – Weiterausbildung. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine IV-rentenspezifische Schadenminderungspflicht der Beschwerdeführerin in der Form einer beruflichen Eingliederung (in der Praxis als "Eingliederung vor Rente" bezeichnet, vgl. etwa U. Kieser, ATSG-Kommentar, 4. A., Vorbemerkungen N. 86) verneint und weiterhin als Invalidenkarriere den erlernten Beruf bzw. dessen weitere Ausübung beim langjährigen Arbeitgeber herangezogen. Bei der Ermittlung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens kommt den Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit eine zentrale Rolle zu. Zur Klärung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin bei der medexperts ag ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Auf dieses Gutachten hat die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des Invaliditätsgrades abgestellt. Nachfolgend ist zu prüfen, ob die in diesem Gutachten angegebene Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich richtig ist. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Sachverständigen begründet sind (vgl. etwa BGE 125 V 351, E. 3a). Die Sachverständigen der medexperts ag haben die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt und die subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin umfassend wiedergegeben. In ihren Teilgutachten haben sie die von ihnen erhobenen objektiven klinischen Befunde anschaulich und vollständig dargelegt und in ihrer Art und Schwere gewürdigt, wobei sie sich auch mit den Angaben der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt haben. Sie haben ihre versicherungsmedizinische Beurteilung detailliert begründet. Insbesondere der rheumatologische Sachverständige hat nachvollziehbar ausgeführt, dass die SLE sich nicht verschlimmert hat. So sei aktenanamnestisch seit der letzten rechtskräftigen Verfügung (März 2019) keine Entzündungsaktivität des SLE dokumentiert. Auch aktuell seien keine

Hinweise für eine solche Entzündungsaktivität vorhanden. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass einer der Sachverständigen eine wesentliche medizinische Tatsache übersehen oder versehentlich ignoriert hätten. Der für ihre Beurteilung massgebende medizinische Sachverhalt ist den Sachverständigen vollumfänglich bekannt gewesen. Die Sachverständigen haben eine Konsistenzprüfung vorgenommen. Sie haben ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe ihre Beschwerden konsistent und glaubhaft geschildert; sie hätten plausibel gewirkt und korrelierten aus interdisziplinärer Sicht mit den objektivierbaren Befunden. Die von den Sachverständigen abschliessend abgegebene interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist einleuchtend und mit den in den Teilgutachten enthaltenen Würdigungen vereinbar. Der Rechtsvertreter wendet ein, die Sachverständigen hätten sich nicht bzw. nur ungenügend mit dem durch die SLE bedingte Chronic Fatigue- bzw. des Erschöpfungssyndroms auseinandergesetzt. Die im Gutachten gezogene Schlussfolgerung, wonach das Chronic Fatigue-Syndrom nicht zu einer Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit führe, sei nicht mit dem von Dr. D.____ Berichteten vereinbar. Die Sachverständigen, insbesondere der rheumatologische Sachverständige, haben sich vertieft mit der SLE auseinandergesetzt; sie wird vom rheumatologischen Sachverständigen denn auch als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose aufgelistet (IV-act. 124-27). Der rheumatologische Sachverständige hat zwar angegeben, er habe die SLE aktuell weder bestätigen noch dementieren können, weshalb er die Diagnose als "aktenanamnestisch" betitelt habe (IV-act. 124-27). Die Sachverständigen haben über sämtliche Informationen in den Akten verfügt und sie haben sämtliche notwendigen Abklärungen vorgenommen, um ein Chronic-Fatigue-Syndrom oder Erschöpfungssyndrom zu prüfen. Sowohl bei einem Chronic Fatigue-Syndrom als auch bei einem Erschöpfungssyndrom hat die Arbeitsfähigkeitsschätzung grundsätzlich anhand des strukturierten Beweisverfahrens zu erfolgen, es sei denn die Fatigue sei auf einen somatischen Gesundheitsschaden (z.B. ZNS-Erkrankung) zurückzuführen; dann ist eine Prüfung nach den Standardindikatoren nicht zulässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2019, 9C_106/2019, E. 2.3.3). Im Bericht vom 12. Juni 2018 (IV-act. 113-9 ff.) hat der die Beschwerdeführerin behandelnde Prof. Dr. D.____ ausgeführt, dass aktuell keine objektiven Zeichen einer aktiven Erkrankung (des SLE) klinisch und serologisch nachweisbar seien; Aktivitätszeichen seien damit nicht vorhanden. Er ist damit zum gleichen Schluss gekommen wie der rheumatologische Gutachter, nämlich dass aktuell keine Entzündungsaktivität vorliege. Trotzdem hat Prof. Dr. D.____ angegeben, dass im Rahmen eines Gesamtschadens ein multifaktorielles, schweres Fatigue- und Erschöpfungssyndrom bestehe, das seines Erachtens schon seit geraumer Zeit zu einer dauerhaften 100%igen Arbeitsfähigkeit führe; in der Diagnosenliste hat er dafür unter anderem "psychosomatische Ursachen" angegeben. Prof. Dr. D.____ hat sich bei der Erhebung der Befunde vorwiegend auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin gestützt. Er hat also keine objektive Betrachtungsweise eingenommen, sondern sich bei der Beurteilung von Art und Ausmass einer Gesundheitsbeeinträchtigung massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt. Im Weiteren hat er für die Arbeitsfähigkeitsschätzung von der Diagnose eines Chronic Fatigue Syndroms direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen bzw. er ist von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Er hat also nicht anhand des strukturierten Beweisverfahrens geprüft, über welches funktionelle Leistungsvermögen die Beschwerdeführerin objektiv noch verfügt, was für die Arbeitsfähigkeitsschätzung allein massgebend ist. Aufgrund der Erfahrung von Prof. Dr. D.____ und seines vertieften Fachwissens besteht zwar eine gewisse Plausibilität bezüglich seiner Aussagen. Die

beschriebene Schwere eines Chronic Fatigue-Syndroms bzw. eines Erschöpfungssyndroms vermag aber dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 S. 221 m.w.H.) nicht zu genügen. Die Gutachter hätten noch die "Fatigue Skala für Motorik und Kognition" (FSMC; vgl.

https://de.wikipedia.org/wiki/Fatigue_Skala_f%C3%BCr_Motorik_und_Kognition abgerufen am 15.03.2022) prüfen können. Da diese Skala aber gestützt auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers ausgewertet wird, und bei einem Antrag um Rentenerhöhung eine Verdeutlichungstendenz nicht ausgeschlossen werden kann, ist unter antizipierter Beweiswürdigung auch von dieser weiteren Abklärung ist kein wesentlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten, da auch damit die Chronic Fatigue nicht objektiv messbar ist. Die Berichte von Prof. Dr. D.____ sind nicht geeignet, ein Absinken der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 20% mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen und Zweifel am Gutachten zu wecken. Die Beschwerdeführerin hat eine Ausbildung zur B.____ gemacht, sie übt diesen Beruf nach wie vor aus. Damit bildet die Tätigkeit als B.____ die Validenkarriere der Beschwerdeführerin. Da die Tätigkeit als B.____ einer adaptierten Tätigkeit entspricht und gemäss den obigen Ausführungen keine berufliche Eingliederung im Sinne der Eingliederung vor Rente in Frage kommt, bildet die Tätigkeit als B.____ auch die Invalidenkarriere. Der Invaliditätsgrad ist deshalb anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu ermitteln, er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen (dem sog. Tabellenlohnabzug analogen) zusätzlichen Abzug. Gemäss dem überzeugenden Gutachten der medexperts ag ist der Beschwerdeführerin die Arbeit als B.____ an ihrem aktuellen Arbeitsplatz zu 50% zumutbar. Im Rahmen eines Prozentvergleichs resultiert damit eine Einschränkung von 50%. Ein zusätzlicher Abzug ist nicht gerechtfertigt. In den Akten fehlt nämlich ein Hinweis darauf, dass die Beschwerdeführerin von ihrem Arbeitgeber einen Soziallohnanteil erhalten würde, wenn sie weiterhin zu 50% ihrem Beruf nachgehen würde. Da sich der IV-Grad der Beschwerdeführerin nach wie vor auf 50% beläuft, hat die Beschwerdegegnerin das Rentenerhöhungsgesuch zu Recht abgewiesen. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 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. Sie ist vollumfänglich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung; das entsprechende Begehren ist abzuweisen. Entscheid Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Das Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung wird abgewiesen.

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