

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/140 vom 15. Februar 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-02-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_140

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/140 du 15 février 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/140 del 15 febbraio 2024

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Invalidenrente. Neuanmeldung. Würdigung eines polydisziplinären Administrativgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Februar 2024, IV 2022/140).

Volltext

Entscheid vom 15. Februar 2024 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2022/140 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, rechtsanwälte.og 42, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Mai 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Der Psychiater Dr. med. B.____ berichtete im Mai 2008 (IV-act. 9), die Arbeitgeberin der Versicherten habe im September 2007 das Arbeitsverhältnis fristlos gekündigt. Dies habe eine akute Belastungsreaktion ausgelöst. Im Dezember 2007 habe die Versicherte erstmals Dr. B.____ konsultiert. Der seitherige Verlauf sei unbefriedigend und schwierig. Die Versicherte befinde sich in einem schwersten depressiven Zustand und sei kaum aufnahmefähig. Ein konstruktives Gespräch sei nicht möglich, weil die Versicherte zu sehr traumatisiert sei. Sie sei vollständig arbeitsunfähig und auch unfähig, den eigenen Haushalt zu besorgen. Mit einer Verfügung vom 20. August 2009 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2008 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent zu (IV-act. 39). Im April 2012 beauftragte die IV-Stelle die C.____ GmbH mit einer Observation der Versicherten (IV-act. 58). Am 28. Juni 2012 berichtete die C.____ GmbH (IV-act. 62), die Versicherte habe sich normal und ohne sichtbare Einschränkungen oder Beschwerden bewegt. Im Bewegungsbild hätten keine Schonhaltungen beobachtet werden können. Sie habe sich zu Fuss und mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bewegt, Einkäufe getätigt und teils alleine am sehr stark frequentierten Kinderfest teilgenommen. Nach einer Würdigung des Observationsmaterials hielt Dr. med. D.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) im Juli 2012 fest, die Observationsergebnisse weckten erhebliche Zweifel an der geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigung, weshalb er eine psychiatrische Begutachtung mit Würdigung des Observationsmaterials empfehle (IV-act. 63). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete med. pract. F.____ am 21. Mai 2013 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 113). Sie hielt fest, die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig leichten bis allenfalls zeitweise mittelgradigen depressiven Episode, an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an

akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen. Nach der deutlichen Teilremission der initial schweren depressiven Symptomatik, die vermutlich im November 2011, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Juni 2012 und mit Sicherheit aktuell eingetreten sei, könne höchstens noch ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30–40 Prozent attestiert werden. Mit einer Verfügung vom 12. Dezember 2013 hob die IV-Stelle die laufende Rente mit Wirkung ab dem Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (IV-act. 131). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen ersetzte die Rentenaufhebung mit einem Entscheid vom 4. Juni 2018 durch eine Herabsetzung der ganzen Rente auf eine Viertelsrente per 1. Februar 2014 (IV 2017/215; vgl. IV-act. 231). Das Bundesgericht hob diesen Entscheid mit einem Urteil vom 18. Dezember 2018 auf und „bestätigte“ die Verfügung der IV-Stelle vom 12. Dezember 2013 (8C_557/2018; vgl. IV-act. 237). Bereits im Juli 2015 hatte die Versicherte (gegenüber dem Versicherungsgericht) geltend machen lassen, am 9. Juni 2015 sei wegen einer Selbstgefährdung eine fürsorgerische Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik verfügt worden (IV-act. 159 f.). Im September 2015 hatte die zuständige Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde eine Weiterführung der fürsorgerischen Unterbringung verfügt (IV-act. 171). Im Oktober 2015 hatte die Versicherte bei der IV-Stelle „vorsorglich“ die Zusprache einer „vollen“ (recte: ganzen) Invalidenrente beantragt (IV-act. 173). Sie hatte geltend machen lassen, sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schwergradigen Episode, an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie an einer kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörung. Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand habe sich in den vergangenen Monaten erheblich verschlechtert, was im Rahmen der wiederholten stationären psychiatrischen Behandlungen bestätigt worden sei. Der Eingabe hatte ein Bericht der Klinik E.____ vom 8. Oktober 2015 beigelegt (IV-act. 174). Diesem hatte sich entnehmen lassen, dass die Versicherte offenbar mehrere Suizidversuche unternommen hatte und nach einer Intoxikation mit Medikamenten im September 2015 auf der Intensivstation gelandet war. Die Ärzte der Klinik E.____ hatten sich in ihrem Bericht auch zum Gutachten von med. pract. F.____ geäußert und betont, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe, wobei kein Anlass zur Vermutung bestehe, diese Verschlechterung des Gesundheitszustandes könnte nur vorgespielt sein. Im November 2015 hatte die Versicherte ein ausgefülltes Anmeldeformular eingereicht (IV-act. 180). Die IV-Stelle hatte den Eingang der Anmeldung für berufliche Massnahmen und eine Rente am 16. November 2015 bestätigt (IV-act. 184). Im Auftrag der IV-Stelle hatte Dr. med. G.____ am 14. Juni 2016 ein psychiatrisches Gutachten erstellt (IV-act. 206). Er hatte festgehalten, er könne mangels ausreichender Kooperation der Versicherten bei der Begutachtung keine Diagnose stellen. Das bedeute nicht, dass die Versicherte gesund sei, sondern nur, dass sich aufgrund der zahlreichen Diskrepanzen und Widersprüche keine zuverlässige diagnostische Einordnung vornehmen lasse. Auch zur Arbeitsfähigkeit könne nicht Stellung genommen werden. Der von Dr. G.____ beigezogene Neuropsychologe Dr. phil H.____ hatte ausgeführt (IV-act. 207), zwischen den Testergebnissen und dem Verhalten der Versicherten hätten erhebliche Diskrepanzen bestanden. Mehrere Beschwerdevalidierungstests hätten hoch auffällige Resultate geliefert. Die Testleistungen seien nicht valide. Im Februar 2019 berichtete der Allgemeinmediziner Dr. med. I.____ unter anderem, die Versicherte habe sich im Januar 2017 bei einem nächtlichen Sturz eine komplizierte Luxationsfraktur zugezogen, die mit einer Arthrodesen am Vorfuss behandelt worden sei (IV-act. 252–3). Einem von Dr. I.____ eingereichten Bericht des Spitals Z.____ vom 25. Januar 2018 liess sich entnehmen,

dass sich die Versicherte am 14. Januar 2017 eine divergierende Lisfranc-Luxationsfraktur am linken Fuss zugezogen hatte und dass am 11. Dezember 2017 eine Lisfranc-Arthrodesse durchgeführt worden war (IV-act. 252–15 f.). Gemäss einem Bericht des Spitals J.____ vom 20. Juli 2018 hatte sich die Versicherte Ende Juni 2018 bei einem zweiten Unfall mehrere Frakturen subcapital der Ossa metatarsalla III–V sowie eine dislozierte Fraktur der Phalanx proximales Dig. II links zugezogen (IV-act. 252–24 ff.). Im Februar 2019 berichtete der Psychiater Dr. med. K.____ (IV-act. 257), die Versicherte befinde sich seit Mai 2014 in Behandlung bei ihm. Sie leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode. Sie sei weder auf dem freien Arbeitsmarkt noch in einem geschützten Rahmen eingliederungs-fähig. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit der Aufnahme der Therapie. Im September 2019 notierte die RAD-Ärztin Dr. med. L.____ (IV-act. 258), in somatischer Hinsicht sei eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Aufhebung der Rente im Dezember 2013 ausgewiesen, da sich die Versicherte gemäss den medizinischen Berichten im Januar 2017 eine komplizierte Luxationsfraktur des Mittelfusses zugezogen habe. In psychiatrischer Hinsicht bestehe Unklarheit bezüglich des Gesundheitszustandes. Am 17. Dezember 2019 beauftragte die IV-Stelle die ZVMB GmbH mit einer psychiatrischen, orthopädischen und neuropsychologischen Begutachtung der Versicherten (IV-act. 266). Das Gutachten wurde am 2. September 2020 fertiggestellt (IV-act. 284 ff.). Die orthopädische Sachverständige hielt fest, die Versicherte habe kooperativ an der Untersuchung mitgewirkt. Während der rund zwei Stunden dauernden Befragung habe sie ruhig auf dem Stuhl gesessen, ohne ihre Position zu wechseln oder auf dem Stuhl zu rutschen. Das Anziehen sei im Sitzen und Stehen problemlos möglich gewesen. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei leicht eingeschränkt gewesen. Ein paravertebraler Hartspann oder radiculäre Zeichen hätten nicht bestanden. Auch die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei leicht eingeschränkt gewesen. Hier habe sich ein ausgeprägter paravertebraler Hartspann vorfinden lassen. Auf dem linken Fuss hätten reizlose Narben festgestellt werden können. Die Digiti II und III hätten eine Superposition ohne Sohlenkontakt aufgewiesen. Ansonsten seien der (im Gutachten detailliert beschriebene) klinische und auch der bildgebende Befund weitestgehend unauffällig gewesen. Die Versicherte leide an einem cervico-spondylogenen Schmerzsyndrom, an einem lumbo-spondylogenen Schmerzsyndrom sowie an belastungsabhängigen Schmerzen am linken Fuss. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 10kg, das Arbeiten mit Zwangspositionen des Kopfes oder des Rumpfes, das Arbeiten in gebückter Position, andauernde Überkopfarbeiten, rein gehend und stehend zu verrichtende Arbeiten, das Gehen im unebenen Gelände, ein ständiges Treppensteigen sowie das Besteigen von Gerüsten seien nicht mehr zumutbar. Die Behandlung des linken Fusses sei lege artis erfolgt. Für die Vergangenheit sei aufgrund des Unfallereignisses im Januar 2017 und dem protrahierten postoperativen Heilverlauf mit einer erneuten Arthrodesse im Dezember 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit von Januar 2017 bis März 2018 zu attestieren. Mangels entsprechend zuverlässiger Angaben in den Akten könne die Frage nach der Arbeitsfähigkeit für die Zeit von Juni bis Dezember 2017 allerdings nicht abschliessend beantwortet werden. Für die Zeit nach dem zweiten Unfallereignis Ende Juni 2018 habe bis Mitte Oktober 2018 („maximal drei Monate nach ORIF vom 15.07.2018“) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe von ihrer Erscheinung her einen spröden, traditionell-biedereren, fast

altbackenen Eindruck vermittelt, was mit den vorhandenen Bildern kontrastiert habe, die anlässlich der Observation entstanden seien. Nach der Ankunft habe sich die Versicherte im Wartezimmer zunächst ruhig verhalten. Die Körperhaltung sei unauffällig gewesen. Schon kurz nach der Begrüssung habe sie klagsam gewirkt. Sie sei öfters im Sitzen in sich zusammen gezuckt, habe die Arme meistens vor dem Körper verschränkt gehalten. Streckenweise habe sie unvermittelt geweint, geklagt, geseufzt und gestöhnt. Auch sonst habe sie unruhig und nervös gewirkt. Immer wieder habe sie betont, in der Kindheit das Opfer von Misshandlungen und Schlägen gewesen zu sein sowie im privaten als auch im beruflichen Umfeld wiederholt durch andere Personen in belastende Situationen gebracht worden zu sein. Sei sie jedoch mit Themen aus der Aktenlage konfrontiert worden, die sie selbst zuvor anders dargestellt oder gar nicht erwähnt habe, habe sie prompt die Auskunft verweigert. Die Versicherte habe behauptet, sie habe sich die Namen und Geburtstage ihrer beiden Söhne eintätowieren lassen, da sie sich weder die Namen noch die Geburtsdaten merken könne. Klinisch habe sie jedoch keinerlei Anzeichen einer Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörung gezeigt. Zwischen den Angaben der Versicherten und den Schilderungen in den Akten hätten erhebliche Diskrepanzen bestanden. Auf die Frage, ob der Vater, der sie begleitet habe, am Ende der Untersuchung um eine fremdanamnestiche Auskunft gebeten werden dürfe, habe sie sofort ablehnend reagiert, ohne eine Begründung dafür zu liefern. Die Versicherte habe während der Untersuchung versucht, einen erheblichen Leidensdruck zu vermitteln, was jedoch nicht authentisch, sondern vielmehr gestellt gewirkt habe. Die Aufmerksamkeit, die Konzentration und das Gedächtnis seien unauffällig gewesen. Eine zunehmende Ermüdung habe nicht festgestellt werden können. Die Grundstimmung sei indifferent gewesen. Die Versicherte habe sehr kontrolliert gewirkt und einen ernsten Eindruck hinterlassen. Eine Affektlabilität habe nicht bestanden. Die angeblich regelmässig eingenommenen Psychopharmaka hätten bei einer Laboranalyse des Blutes nicht oder nur in Spuren nachgewiesen werden können. Die vom neuropsychologischen Sachverständigen durchgeführte neuropsychologische Testung habe nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Optimierung, Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion sowie Rechnen bei einer Leistungsverzerrung im Sinne einer Aggravation ergeben. Aus psychiatrischer Sicht seien anhand der Akten, der Ergebnisse der neuropsychologischen Testung und dem objektiven klinischen Befund bei der aktuellen Untersuchung eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit antisozialen und süchtigen Zügen sowie einer Konversion pseudologia phantastica, eine Aggravation beziehungsweise Simulation und nicht-authentische kognitive Minderleistungen zu diagnostizieren. Bei der Würdigung der medizinischen Berichte erstaune es doch, wie wenig sich die behandelnden Ärzte offenbar untereinander abgesprochen hätten und dass die zahlreichen, teilweise deutlichen Hinweise auf das nicht authentische Verhalten der Versicherten nicht aufgefallen seien. Zwar gehöre es zum therapeutischen Auftrag eines behandelnden Arztes, einem Patienten einen gewissen Vertrauensvorschuss einzuräumen, was zur Folge habe, dass behandelnde Ärzte in der Regel relativ leicht getäuscht werden könnten, aber hier hätte ein behandelnder Arzt angesichts der zahlreichen Diskrepanzen aufmerksam werden und der Frage nach der Authentizität der vorgegebenen Beschwerden nachgehen müssen. Zu bedenken sei auch, dass sich Hinweise und Anleitungen zu einem „richtigen“ Verhalten gegenüber den Ärzten im Internet problemlos finden liessen. Objektiv klinisch fehlten die Symptome für die Diagnose einer depressiven oder einer Traumafolgestörung. Eine Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht attestiert werden. Nach der Konsensbesprechung hielten die

Sachverständigen fest, die Versicherte leide an einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, an einem cervico-spondylogenen Schmerzsyndrom, an einem lumbo-spondylogenen Schmerzsyndrom sowie an belastungsabhängigen Schmerzen im linken Fuss bei einer Aggravation respektive Simulation. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei ihr uneingeschränkt zumutbar. Für die Zeit von Januar bis und mit Mai 2017, für die Zeit von Dezember 2017 bis März 2018 sowie für die Zeit von Ende Juni 2018 bis Mitte Oktober 2018 sei wegen der Beschwerden am linken Fuss eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Die RAD-Ärztin Dr. L. ___ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 288). Die IV-Stelle holte die Berichte im Zusammenhang mit der Behandlung des linken Fusses ein, unterbreitete diese den Sachverständigen der ZVMB GmbH und forderte diese auf, unter Berücksichtigung der Berichte Stellung zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu nehmen (IV-act. 321). In einer Stellungnahme vom 15. Januar 2021 hielten die Sachverständigen fest (IV-act. 326), ab Januar 2017 sei die Versicherte vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab April 2018 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent bestanden, ab Mitte Mai 2018 sei die Versicherte zu 75 Prozent arbeitsfähig gewesen. Nach dem zweiten Unfallereignis Ende Juni 2018 sei die Versicherte erneut vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab Mitte Oktober 2018 habe ihr eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 50 Prozent zugemutet werden können. Ab Mitte Februar 2019 sei wieder von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab Mitte September 2019 sei eine sukzessive Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 80 Prozent zumutbar gewesen. Ab Januar 2020 habe eine definitive Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent (vermehrter Pausenbedarf) bestanden. Mit einem Vorbescheid vom 8. Februar 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 327), dass sie die Zusprache einer ganzen Rente für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. März 2020 vorsehe. Zur Begründung führte sie an, nach dem ersten Unfall im Januar 2017 habe die Arbeitsfähigkeit der Versicherten geschwankt, wobei es retrospektiv nicht möglich sei, den genauen Arbeitsfähigkeitsgrad während der einzelnen Phasen zu benennen. Ab Januar 2020 sei die Versicherte wieder zu 80 Prozent arbeitsfähig gewesen. Folglich bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente für die Zeit ab Januar 2018 bis zum 31. März 2020. Dagegen liess die Versicherte am 8. April 2021 einwenden (IV-act. 332), das psychiatrische Teilgutachten der ZVMB GmbH überzeuge nicht. Der Sachverständige habe auf die nicht aussagekräftigen Ergebnisse einer unzulässigen Observation abgestellt. Er habe sich nicht hinreichend mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. Der Eingabe lag eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. K. ___ bei (IV-act. 333). Dieser hatte festgehalten, die schwere depressive Symptomatik sei für den gesamten (langen) Behandlungsverlauf bestens dokumentiert und ausgewiesen. Die Observationsergebnisse seien nicht aussagekräftig. Der psychiatrische Sachverständige habe sich nicht hinreichend mit den Berichten der behandelnden Fachärzte auseinandergesetzt. Die ZVMB GmbH führte in einer weiteren Stellungnahme vom 24. August 2021 aus, sie sehe keine Veranlassung, die psychiatrische Beurteilung zu revidieren (IV-act. 346). Mit einer Verfügung vom 5. Juli 2022 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine ganze Rente für die Zeit vom 1. Januar 2018 bis zum 31. März 2020 zu (IV-act. 361). Am 7. September 2022 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Juli 2022 erheben (act. G 1). Sie liess die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer ganzen Rente ab Mai 2016, eventualiter ab Juni 2018 sowie subeventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur weiteren Abklärung beantragen. Zur Begründung liess sie ausführen (act. G 8), das

psychiatrische Teilgutachten der ZVMB GmbH überzeuge nicht. Der Sachverständige habe die vorgefasste Meinung gehabt, die Beschwerdeführerin sei eine Simulantin. Er sei voreingenommen gewesen. Er habe sich nicht hinreichend mit den Vorakten auseinandergesetzt. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 19. Dezember 2022 die Abweisung der Beschwerde (act. G 10). Zur Begründung führte sie an, der psychiatrische Sachverständige habe detailliert aufgezeigt, dass die Beschwerdepräsentation bei seiner Untersuchung nicht authentisch gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe sich bereits bei den früheren Begutachtungen durch Dr. G.____ und med. pract. F.____ nicht authentisch verhalten. Das Gutachten der ZVMB GmbH sei in jeder Hinsicht überzeugend. Am 22. Dezember 2022 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 11). Die Beschwerdeführerin liess am 1. März 2023 an ihren Anträgen festhalten (act. G 15). Sie liess einen Bericht der Klinik E.____ vom 13. Februar 2023 betreffend eine stationäre Behandlung in der Zeit vom 23. Dezember 2022 bis zum 27. Januar 2023 einreichen, in dem eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig schweren Episode, eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung sowie eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden waren (act. G 15.1). Gemäss einem Bericht vom 19. Dezember 2022, den die Beschwerdeführerin einreichen liess (act. G 15.2), hatte in einem Vorgespräch ein stark depressiv gefärbtes Zustandsbild imponiert, weshalb die Empfehlung für eine stationäre psychiatrische Behandlung abgegeben worden war. Die Beschwerdegegnerin hielt am 20. April 2023 an ihrem Antrag fest (act. G 17). Am 31. Mai 2023 wies das Versicherungsgericht die Beschwerdeführerin darauf hin (act. G 19), dass nach dem klaren Wortlaut der Art. 7 f. ATSG keine rentenbegründende Invalidität entstehen könne, solange die medizinische Eingliederung noch nicht abgeschlossen sei. Das Versicherungsgericht könnte deshalb zur Auffassung gelangen, dass die Rentenzusprache rechtswidrig gewesen sei. Die Beschwerdeführerin liess am 20. Juni 2023 geltend machen (act. G 20), sie wolle ihre Beschwerde nicht zurückziehen. Sie könne nicht nachvollziehen, wann und wo sie sich nicht um eine zumutbare Behandlung oder Eingliederung bemüht hätte. Eine reformatio in peius könne bei dieser Ausgangslage nicht in Betracht kommen. Am 27. Juni 2023 teilte das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin mit (act. G 22), dass fraglich sei, ob im Zuge der Wiederanmeldung eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht worden sei. Müsste das verneint werden, wäre die rentenzusprechende Verfügung durch eine Nichteintretensverfügung betreffend die Wiederanmeldung vom Oktober 2015 zu ersetzen, was eine reformatio in peius darstellen würde. Die Beschwerdeführerin liess am 14. Juli 2023 an ihrer Beschwerde festhalten (act. G 23). Sie liess ausführen, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei im Schreiben der damaligen Rechtsvertreterin vom 21. Oktober 2015 ausführlich und anschaulich dargelegt worden. Erwägungen Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich auf die Prüfung eines im Oktober 2015 eingereichten Rentenbegehrens beschränkt. Da es sich bei jener Anmeldung aber um eine sogenannte Wiederanmeldung gehandelt hat, hätte die Beschwerdegegnerin prüfen müssen, ob es der Beschwerdeführerin gelungen war, eine relevante Sachverhaltsveränderung seit der Aufhebung der früheren Rente glaubhaft zu machen. Den massgebenden Vergleichszeitpunkt hätte das Datum der Eröffnung der Rentenaufhebungsverfügung, also der 12. Dezember 2013, gebildet, denn die anschliessenden Rechtsmittelverfahren hatten sich auf eine Überprüfung dieser Verfügung unter Berücksichtigung der Sachverhaltsentwicklung bis zum 12. Dezember 2013

beschränkt. Gemäss den von der Beschwerdegegnerin eingereichten Akten hat eine solche Prüfung nicht stattgefunden; die Beschwerdegegnerin hat direkt ein psychiatrisches Administrativgutachten in Auftrag gegeben. Das bedeutet aber nicht, dass die Eintretensfrage hinfällig geworden wäre und dass der verfahrensleitende Eintretensentscheid der Beschwerdegegnerin hingenommen werden müsste. Vielmehr ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob es der Beschwerdeführerin gelungen ist, im Rahmen ihrer Wiederanmeldung vom Oktober 2015 eine relevante Sachverhaltsveränderung seit dem 12. Dezember 2013 glaubhaft zu machen. „Glaubhaft“ gemacht im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV ist eine Tatsache nicht erst dann, wenn sie überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist. Es reicht bereits, wenn wenigstens gewisse Anhaltspunkte für die geltend gemachte Tatsache bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass eine eingehende Sachverhaltsabklärung zu einem anderen Beweisergebnis führen könnte (vgl. etwa Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 58, mit Hinweisen). Andererseits reicht es nicht aus, eine bestimmte Tatsache bloss zu behaupten. Die Tatsachenbehauptung muss durch Indizien so belegt werden, dass bei der Beweiswürdigung ein ausreichender Grund zur Annahme besteht, die Behauptung könne durchaus zutreffen. Praxisgemäss wird die Hürde tief angesetzt. In der Regel wird ein Hinweis in einem medizinischen Bericht auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes (z.B. neue Diagnose, neue bildgebende Befunde o.ä.) als ausreichend qualifiziert. Mit dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2015 fürsorgerisch in einer psychiatrischen Klinik untergebracht worden ist, wäre eine relevante Sachverhaltsveränderung im Sinne der obigen Ausführungen grundsätzlich glaubhaft gemacht. Die Akten aus der Zeit davor weisen allerdings eine erhebliche Aggravation aus, was den Beweiswert der Angaben der Beschwerdeführerin massiv herabsetzt. Das bedeutet, dass auch der Bericht eines behandelnden Arztes, der sich massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin stützt, nur einen sehr tiefen Beweiswert haben kann. Hätte die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Neuanmeldung im Oktober 2015 lediglich Berichte von behandelnden Ärzten eingereicht, die ihre Beurteilung im Wesentlichen auf die Angaben der Beschwerdeführerin gestützt hätten, hätte die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes folglich als lediglich direkt und indirekt (über die behandelnden Ärzte) von der Beschwerdeführerin behauptet, aber nicht als glaubhaft gemacht qualifiziert werden müssen. Selbst die fürsorgerische Unterbringung hätte daran nichts geändert, wenn auch diese sich wesentlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin und der behandelnden Ärzte gestützt hätte, da ja der starke Verdacht bestünde, die Beschwerdeführerin habe mit ihrer nachgewiesenen Aggravation sowohl die behandelnden Ärzte als auch die Behördenmitglieder getäuscht. Nun hat die Beschwerdeführerin aber einen ausführlichen Bericht der Klinik E.____ eingereicht, in der sie während mehreren Wochen behandelt worden ist. Diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass die behandelnden Ärzte Kenntnis vom Inhalt des Gutachtens der Psychiaterin F.____ gehabt haben. Ihnen ist also bekannt gewesen, dass die Beschwerdeführerin wiederholt aggraviert hatte. Sie haben sich denn auch eingehend zur Frage der Glaubwürdigkeit des von der Beschwerdeführerin während der stationären Behandlung gezeigten Beschwerdebildes geäussert, wobei sie zum Schluss gekommen sind, dass die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nicht aggraviert oder simuliert sein könne. Auch wenn die Ausführungen im Bericht der Klinik E.____ angesichts der Aktenlage, wie sie sich im Oktober 2015 präsentiert hat, nicht in jeder Hinsicht überzeugend gewesen sind, weil die behandelnden Ärzte unter anderem das von den Gerichten als uneingeschränkt beweiskräftig qualifizierte Gutachten der Psychiaterin

F.____ kritisiert haben, hat er die geltend gemachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin doch so untermauert, dass nicht von einer blossen Behauptung einer Sachverhaltsveränderung gesprochen werden kann. Die praxisgemäss tief anzusetzende Hürde für das Glaubhaftmachen einer Sachverhaltsveränderung ist damit gemeistert worden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom Oktober 2015 eingetreten ist. Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität ist in Anwendung des Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen zu setzen, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Die Beschwerdeführerin hat keine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung absolviert, weshalb sie als eine Hilfsarbeiterin zu qualifizieren ist. Das Valideneinkommen entspricht folglich dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist entscheidend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht noch in welchem Umfang zugemutet werden können. Zur Beantwortung dieser Frage hat die Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten bei der ZVMB GmbH eingeholt. Die medizinischen Sachverständigen haben die Beschwerdeführerin umfassend orthopädisch, psychiatrisch und neuropsychologisch untersucht und sie haben die umfangreichen medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Nichts deutet darauf hin, dass sie eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätten. Sie haben sowohl die Angaben der Beschwerdeführerin als auch die von ihnen erhobenen objektiven klinischen und bildgebenden Befunde ausführlich und anschaulich wiedergegeben, wobei sie – im Unterschied zu den behandelnden Ärzten – sorgfältig zwischen den subjektiven Schilderungen und den objektiven Befunden unterschieden haben. Zudem haben sie die Angaben und die Symptompräsentation der Beschwerdeführerin kritisch im Hinblick auf Diskrepanzen und Inkonsistenzen geprüft. Damit haben sie sichergestellt, dass ihre Beurteilung, das heisst die Diagnosestellung und das Arbeitsfähigkeitsattest, ausschliesslich auf den objektiven Befunden beruht hat. Sie haben sowohl die Diagnosestellung als auch das Arbeitsfähigkeitsattest sorgfältig anhand der objektiven klinischen Befunde begründet. In psychiatrischer Hinsicht (unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Testung) sind sie zu denselben Ergebnissen wie bereits die davor mit einer Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragten Sachverständigen F.____ und Dr. G.____ gelangt, was die Überzeugungskraft des Gutachtens bestärkt. Die orthopädische Sachverständige hat im Rahmen ihres Teilgutachtens darauf hingewiesen, dass sie für eine zuverlässige retrospektive Beurteilung des Verlaufs weitere Berichte der behandelnden Ärzte benötige. Nachdem die Beschwerdegegnerin ihr diese Berichte zur Verfügung gestellt hat, hat sie nochmals eingehend Stellung zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit genommen. Das zeigt, dass auch die orthopädische Sachverständige darum bemüht gewesen ist, den für ihre medizinische Beurteilung massgebenden Sachverhalt sorgfältig zu erheben und zu würdigen. Die

orthopädische Beurteilung überzeugt deshalb in jeder Hinsicht. Gestützt auf das Gutachten der ZVMB GmbH steht folglich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin im hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. April 2016 (frühestmöglicher Anspruchsbeginn bei einer Neuanmeldung im Oktober 2015) für leidensadaptierte Tätigkeiten bis zur Lisfranc-Fraktur im Januar 2017 uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen ist. Nach der Fraktur ist sie für längere Zeit, nämlich bis Ende März 2018, vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab April 2018 ist sie wieder teilweise, nämlich zunächst zu 50 Prozent und etwa sechs Wochen später zu 75 Prozent, arbeitsfähig gewesen. Ende Juni 2018 hat sie sich eine weitere Fraktur zugezogen, weshalb sie anschliessend für weitere vier Monate vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. Ab Mitte Oktober 2018 ist sie wieder zu 50 Prozent arbeitsfähig gewesen. Infolge einer CT-verifizierten Pseudarthrose ist sie ab Mitte Februar 2019 für weitere sieben Monate vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab Mitte September 2019 hat ihr wieder eine Erwerbstätigkeit zugemutet werden können. Die Arbeitsfähigkeit hat sich im Verlauf von drei Monaten sukzessive auf 80 Prozent verbessert, weshalb die Beschwerdeführerin schliesslich ab Januar 2020 zu 80 Prozent arbeitsfähig gewesen ist. Der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entspricht dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit dem Valideneinkommen. Der Betrag kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch gar keine Rolle spielen. Der Invaliditätsgrad ist folglich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen, was bedeutet, dass er dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug, entspricht. Ein solcher Abzug wird gewährt, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit nicht mit demselben ökonomischen Erfolg verwerten kann wie eine gesunde, im selben Pensum tätige Person. Ein strikt ökonomisch-betriebswirtschaftlich denkender, also keinen Soziallohn ausrichtender Arbeitgeber wird einer versicherten Person nämlich keinen durchschnittlichen, sondern nur einen unterdurchschnittlichen Lohn ausbezahlen, um seinen aus der Anstellung resultierenden „Arbeitsmehrwert“ – die Differenz zwischen dem ökonomischen Wert der Arbeitsleistung und den direkten und indirekten Lohn- und Lohnnebenkosten – auf einen durchschnittlichen Betrag zu erhöhen, wenn die versicherte Person nur einen unterdurchschnittlichen ökonomischen Mehrwert generieren kann respektive wenn die indirekten Lohnkosten und die Lohnnebenkosten überdurchschnittlich hoch sind, sodass für den Arbeitgeber nur ein unterdurchschnittlicher „Arbeitsmehrwert“ resultiert. Ein strikt betriebswirtschaftlich operierender, also ganz bewusst keinen Soziallohn ausrichtender Arbeitgeber wird das nicht hinnehmen, sondern diese „Einbusse“ auf die versicherte Person überwälzen, indem er ihr nur einen unterdurchschnittlichen Lohn bezahlt, sodass für ihn im Ergebnis ein durchschnittlicher „Arbeitsmehrwert“ resultiert. Ein potentieller Arbeitgeber müsste bei einer Beschäftigung der Beschwerdeführerin unter anderem in Kauf nehmen, dass die Beschwerdeführerin nicht so flexibel wie eine gesunde Arbeitnehmerin eingesetzt werden könnte, weil sie nur ideal leidensadaptierte Tätigkeiten ausführen und weil sie keine Mehr- oder Überstunden leisten könnte. Nach der ständigen Praxis der Abteilung II des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen rechtfertigen diese Einschränkungen einen zusätzlichen Abzug von maximal zehn Prozent. Das sogenannte Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) hat nach der Lisfranc-Fraktur im Januar 2017 zu laufen begonnen und am 31. Dezember 2017 geendet, weshalb die Beschwerdeführerin ab Januar 2018 einen Anspruch auf eine Rente gehabt hat. Bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit hat ein Anspruch auf eine ganze Rente bestanden. Die

vorübergehende Verbesserung des Gesundheitszustandes ab April 2018 hat weniger als drei Monate (nämlich nur sechs Wochen plus einen Monat) betragen, da sich die Beschwerdeführerin Ende Juni 2018 eine weitere Fraktur zugezogen hat. Für diese Zeit kommt eine Rentenabstufung gemäss der bundesgerichtlichen Praxis zum Art. 88a Abs. 1 IVV nicht in Frage. Ab Mitte Oktober 2018 ist die Beschwerdeführerin dann allerdings wieder zu 50 Prozent arbeitsfähig gewesen. Diese Verbesserung hat mehr als drei, nämlich vier Monate angehalten, bis die Beschwerdeführerin wegen einer Pseudarthrose ab Mitte Februar 2019 wieder vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50 Prozent und einem zusätzlichen Abzug von maximal zehn Prozent ergibt sich für diese Zeit ein massgebender Invaliditätsgrad von 55 Prozent ($= 100\% - 90\% \times 50\%$), was bedeutet, dass die rückwirkend zuzusprechende Rente in Anwendung der bundesgerichtlichen Praxis zum Art. 88a Abs. 1 IVV mit einer dreimonatigen „Verzögerung“ per 1. Februar 2019 auf eine halbe Rente herabzusetzen und per 1. Juni 2019 (ebenfalls mit einer dreimonatigen „Verzögerung“) wieder auf eine ganze Rente zu erhöhen ist, da die ab Mitte Februar 2019 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes mehr als drei Monate angehalten hat. Mitte September 2019 ist eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten; im Verlauf von drei Monaten hat sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin anhaltend auf 80 Prozent erhöht. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von lediglich noch 20 Prozent hat der Invaliditätsgrad bloss noch 28 Prozent betragen ($= 100\% - 90\% \times 80\%$), was bedeutet, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente gehabt hat und dass die rückwirkend zuzusprechende Rente folglich auf das entsprechende Datum hin aufzuheben ist. In Anwendung der bundesgerichtlichen Praxis zum Art. 88a Abs. 1 IVV ist die Rentenaufhebung mit einer dreimonatigen „Verzögerung“ ab dem Ende der Phase der sukzessiven Verbesserung, folglich per 31. März 2020 hin vorzunehmen.

Zusammenfassend ist der Beschwerdeführerin also im Sinne der angekündigten reformatio in peius eine befristete, rückwirkend abgestufte Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen, nämlich eine ganze Rente für die Zeit von Januar 2018 bis und mit Januar 2019, eine halbe Rente für die Zeit von Februar 2019 bis und mit Mai 2019 und eine ganze Rente für die Zeit von Juni 2019 bis und mit März 2020. Die angefochtene Verfügung, mit der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin für die Zeit von Januar 2018 bis und mit März 2020 durchgehend eine ganze Rente zugesprochen hat, ist folglich im Sinne einer reformatio in peius zu korrigieren. Da die zuständige Ausgleichskasse im Auftrag der Beschwerdegegnerin die Rentenbeträge bereits ermittelt hat, verbietet sich eine Rückweisung zur Festsetzung der Rentenbeträge; das Versicherungsgericht hat rechtsgestaltend zu entscheiden. Der Rentenbetrag der ganzen Rente hat sich im Jahr 2018 auf 1'786 Franken pro Monat und in den Jahren 2019 und 2020 auf 1'801 Franken pro Monat belaufen. Die Beschwerdeführerin hat also einen Anspruch auf eine monatliche Rente von 1'786 Franken für das Jahr 2018, von 1'801 Franken für den Monat Januar 2019, von 901 Franken für die Monate Februar bis und mit Mai 2019 und von 1'801 Franken für die Monate Juni 2019 bis und mit März 2020. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes praxismässig auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten wären an sich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung ist sie von der Pflicht, die Gerichtskosten zu bezahlen, allerdings vorläufig befreit. Da ihr auch die unentgeltliche Rechtsverteidigung bewilligt worden ist, hat der Staat ihrem Rechtsvertreter eine Entschädigung auszurichten, die 80 Prozent des erforderlichen Vertretungsaufwandes abdeckt (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Der

erforderliche Vertretungsaufwand ist unter Berücksichtigung des zusätzlichen Schriftenwechsels mit zwei Androhungen einer reformatio in peius als leicht überdurchschnittlich zu qualifizieren, weshalb die Entschädigung auf 80 Prozent von 4'500 Franken, also auf 3'600 Franken, festzusetzen ist. Sollten es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die angefochtene Verfügung vom 5. Juli 2022 wird aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird eine monatliche Rente von 1'786 Franken für das Jahr 2018, von 1'801 Franken für den Monat Januar 2019, von 901 Franken für die Monate Februar bis und mit Mai 2019 und von 1'801 Franken für die Monate Juni 2019 bis und mit März 2020 zugesprochen. Die Beschwerdeführerin ist von der Pflicht, die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen, vorläufig befreit. Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit 3'600 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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