



Fall-Nr.: IV 2012/428
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 09.06.2020
Entscheiddatum: 08.12.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 08.12.2014

Art. 28 IVG. Art. 8 ATSG. Art. 16 ATSG. Rentenanspruch. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Bestätigung der Erkenntnisse aus dem Gutachten durch nachträglich durchgeführte med. Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Dezember 2014, IV 2012/428).

Entscheid Versicherungsgericht, 08.12.2014

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Entscheid vom 8. Dezember 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dominique Chopard, Werdstrasse 36,
8004 Zürich,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 21. Februar 2007 zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe keine berufliche Ausbildung absolviert und zuletzt als Produktionsmitarbeiterin gearbeitet. Am 8. März 2006 sei sie gestürzt. Dabei habe sie sich eine Steissbeinfraktur zugezogen. Seither sei sie gehbehindert und leide permanent an Schmerzen. Sie könne nur noch mit Stöcken gehen. Die Suva hatte ihre Leistungen mit einer Verfügung vom 5. Dezember 2006 per 31. Dezember 2006 eingestellt (Fremdakten). Die dagegen erhobene Einsprache und die gegen den entsprechenden Einspracheentscheid erhobene Beschwerde wurden abgewiesen (Fremdakten; Entscheid UV 2007/49 des St. Galler Versicherungsgerichtes vom 5. November 2007). Mit einem Vorbescheid vom 21. Januar 2008 teilte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten mit (IV-act. 23), dass sie gedenke, ihr Rentengesuch abzuweisen. Da keine unfallfremden Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgewiesen seien, müsse sich die IV-Stelle am Entscheid der Suva orientieren. Dagegen liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte am 27. März 2008 einwenden (IV-act. 31), die IV-Stelle habe den massgebenden Sachverhalt ungenügend abgeklärt. Im Unfallversicherungsverfahren sei der Sachverhalt bloss bis zum Erlass des Einspracheentscheides am 2. März 2007 abgeklärt worden. Die IV-Stelle müsse folglich aktuellere medizinische Berichte anfordern und würdigen. Die Versicherte liess der IV-Stelle selbst diverse medizinische Berichte zugehen.

A.b In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen. Der Hausarzt Dr. med. B.____ berichtete am 5. September 2008 (IV-act. 44), die Versicherte leide an einem chronischen lumbo-spondylogenen/-sacralen Schmerzsyndrom sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einem Diabetes mellitus, an einer hypertensiven Herzkrankheit und an einer Nephrolithiasis. Er empfehle eine vertrauensärztliche Untersuchung und einen weiteren Versuch einer Psychotherapie durch einen portugiesisch sprechenden Psychiater. Die somatoforme Schmerzstörung der Versicherten nach der nicht dislozierten Sacrumfraktur und bei psychosozialer



Überlastung durch den Migrationshintergrund könne nur so eventuell noch angegangen werden. In der Folge empfahl Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), weitere medizinische Unterlagen einzuholen (IV-act. 45). Dr. B.____ teilte am 26. August 2009 mit, dass sich die Versicherte in psychotherapeutische Behandlung begeben habe (IV-act. 59). Der behandelnde Psychiater, med. pract. D.____, berichtete am 31. August 2010 (IV-act. 68), dass die Versicherte an gelegentlichen Panikattacken, an einer leichten bis mittelgradigen Depression und eventuell an einer somatoformen Schmerzstörung leide. Als behandelnder Arzt könne er keine gutachterliche Beurteilung abgeben. Er könne auch noch nicht zur Arbeitsfähigkeit Stellung nehmen. Am 27. Oktober 2010 empfahl die RAD-Ärztin Dr. C.____ die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung. Die in der Folge beauftragte ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH erstattete am 15. Februar 2011 ein entsprechendes Gutachten (IV-act. 78). Die Sachverständigen führten aus, die Versicherte leide im Wesentlichen an einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom ohne radiculäre Symptomatik, an einem Diabetes mellitus sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer leichten depressiven Episode, an einer Schmerzverarbeitungsstörung, an chronischen Schulter-Armschmerzen der dominanten linken Seite an einer behandelten arteriellen Hypertonie und an einer behandelten Hyperlipidämie. Aus polydisziplinärer Sicht könne eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten attestiert werden. Körperlich schwere Tätigkeiten seien der Versicherten dagegen nicht mehr zumutbar. Am 15. April 2011 wies Herr D.____ darauf hin, dass bei einer radiologischen Untersuchung ein eventuell operationsbedürftiger Befund festgestellt worden sei (IV-act. 79). Die RAD-Ärztin Dr. C.____ empfahl, entsprechende Berichte anzufordern (IV-act. 81). In der Folge holte die IV-Stelle diverse Berichte der behandelnden Ärzte ein. Die Versicherte wurde vom 12. März bis 4. April 2012 stationär in der Klinik Valens behandelt. Im Austrittsbericht vom 24. April 2012 (IV-act. 112) führten die Ärzte als Diagnosen im Wesentlichen an: Chronisches cervico-brachiales und cervico-cephales Syndrom, Periarthropathia humero-scapularis tendinotica links, generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom, Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung bei depressiver Stimmungslage und psychosozialer Belastungssituation, Diabetes mellitus, hypertensive Herzkrankheit. Weiter gaben die Ärzte an, objektiv hätten im Rahmen der stationären Behandlung kaum Erfolge erzielt



werden können. Zwischen dem Verhalten in Testsituationen und dem Verhalten in ausserhalb sei eine ausgeprägte Diskrepanz festgestellt worden. Der RAD-Arzt Dr. med. E.____ gab am 9. Juli 2012 eine Aktenbeurteilung ab (IV-act. 115). Er führte aus, ein MRI vom April 2011 zeige eine Discusprotrusion C5/6 und eine relative Stenose des Neuroforamens C6 links ohne Nervenwurzelkompression. Ein MRI der linken Schulter von September 2011 zeige keine höherwertige Pathologie. Bei der neurochirurgischen Evaluation von Mai 2011 sei keine Operationsindikation cervical gestellt worden. Gesamthaft habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Begutachtung nicht wesentlich verändert, weshalb für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach wie vor auf das ABI-Gutachten abgestellt werden könne. Gestützt auf diese Angaben ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von null Prozent (IV-act. 116), weshalb sie der Versicherten mit einem Vorbescheid vom 31. Juli 2012 mitteilte, dass sie ihr Rentengesuch abweisen werde (IV-act. 119). Dagegen liess die Versicherte am 21. September 2012 einwenden (IV-act. 120), auf das Gutachten der ABI GmbH könne bereits deshalb nicht abgestellt werden, weil die im Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. Mai 2011 erwähnten Befunde und Diagnosen („Nervenwurzel C6 links tangiert“) nicht berücksichtigt worden seien. Zudem zeigten die Akten, dass die Versicherte seit Jahren an schwankenden depressiven Episoden leide. Das psychiatrische Teilgutachten der ABI GmbH stelle daher bloss eine Momentaufnahme dar, auf die nicht abgestellt werden könne. Nachdem der RAD-Arzt Dr. E.____ am 9. Oktober 2012 ausgeführt hatte (IV-act. 122), die Discusprotrusion sei völlig bedeutungslos und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit irrelevant und den medizinischen Berichten lasse sich keine Depression im Sinne einer major depression entnehmen, verfügte die IV-Stelle gleichentags gemäss dem Vorbescheid (IV-act. 123).

B.

B.a Die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) liess am 12. November 2012 eine Beschwerde erheben (act. G 1) und die Aufhebung der Verfügung vom 9. Oktober 2012 sowie die Zusprache einer Invalidenrente beantragen. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen ausführen, die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht auf das ABI-Gutachten abgestellt. Die Sachverständigen hätten die Discusprotrusion nicht



berücksichtigt und dem langjährigen Verlauf der depressiven Störung zu wenig Beachtung geschenkt.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. Januar 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie aus, das Gutachten der ABI GmbH sei eine geeignete Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrades.

Erwägungen:

1.

1.1 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind, haben einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalid ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG, wer voraussichtlich bleibend oder längere Zeit dauernd ganz oder teilweise erwerbsunfähig ist, das heisst aufgrund einer Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der zumutbaren Behandlung und Eingliederung einen Verlust von Erwerbsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erlitten hat (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gesetzt (Art. 16 ATSG).

1.2 Gemäss dem Gutachten der ABI GmbH vom 15. Februar 2011 leidet die Beschwerdeführerin im Wesentlichen an einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom ohne radiculäre Symptomatik, an einem Diabetes mellitus sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer leichten depressiven Episode, an einer Schmerzverarbeitungsstörung, an chronischen Schulter-Armschmerzen links, an einer behandelten arteriellen Hypertonie und an einer behandelten Hyperlipidämie. Wenige



Wochen nach der Begutachtung ist in einem MRI eine Discusprotrusion in der Halswirbelsäule festgestellt worden, wodurch eine Nervenwurzel tangiert wird. Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen haben allerdings keine Operationsindikation gestellt (vgl. IV-act. 88–4 und 96), sondern nach einer erfolglosen konservativen Schmerztherapie mit einer Nervenwurzelinfiltration eine stationäre Behandlung empfohlen. Eine Kompression der Nervenwurzel hat nicht festgestellt werden können. Im Rahmen der stationären Behandlung in der Klinik Valens haben keine mit der Discusprotrusion zusammenhängenden Befunde nachgewiesen werden können. Die behandelnde Ärzte der Klinik Valens haben ausschliesslich eine erhebliche Diskrepanz im Verhalten der Beschwerdeführerin beschrieben. Das Ergebnis der klinischen Untersuchung durch die ABI GmbH stimmt also mit jenem der späteren Abklärungen überein. Den Sachverständigen der ABI GmbH haben zwar nicht sämtliche relevanten MRI vorgelegen, aber die sich auf das klinische Bild stützende Einschätzung ist durch die Klinik Valens bestätigt worden. Gestützt auf die medizinischen Berichte ab Februar 2011 hat der RAD-Arzt Dr. E.____ eine Auswirkung der Discusprotrusion auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verneint. Dies erscheint insbesondere angesichts der Übereinstimmungen zwischen dem Bericht der Klinik Valens und dem Gutachten der ABI GmbH als überzeugend, weshalb gesamthaft mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit aufgrund der Discusprotrusion zu verneinen ist. Was die depressive Störung der Beschwerdeführerin betrifft, so trifft zwar zu, dass der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH bloss den damals aktuellen Befund hat erheben können. Seine Beobachtungen hat er aber mit den anamnestischen Angaben gemäss den ihm vorliegenden Akten vergleichen können, was es ihm erlaubt hat, den Verlauf der depressiven Störung zu beurteilen. Der behandelnde Psychiater hatte zwar eine leichte bis mittelgradig ausgeprägte depressive Störung diagnostiziert, aber in seinem Bericht vom 31. August 2010 darauf hingewiesen, dass ihm eine Beurteilung aufgrund der damals noch kurzen Behandlungsdauer und aufgrund seines therapeutischen Auftrags nicht möglich sei. Der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH hat überzeugend begründet, weshalb er eine mittelgradig ausgeprägte depressive Störung (auch im Verlauf) für unwahrscheinlich halte. Er hat sich mit der – bloss tendenziell von seiner Einschätzung abweichenden – Beurteilung von Herrn D.____ auseinandergesetzt und dargelegt, dass



und weshalb bloss eine leichte und nicht eine mittelgradige depressive Störung vorliege. Auch im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 24. April 2012 ist bloss eine depressive Stimmungslage, aber keine eigentliche depressive Störung erwähnt worden. Der Bericht des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen vom 29. September 2011 enthält keine überzeugende Begründung für die davon abweichende Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Störung. Nebst einer Antriebsarmut und einer eingeschränkten Tagesstruktur (die auch andere Gründe haben kann) sind in diesem Bericht keine depressiven Symptome erwähnt worden. Der Bericht enthält auch keine kritische Auseinandersetzung mit den Angaben der Beschwerdeführerin, sondern erweckt vielmehr den Eindruck, die Ärzte hätten unbesehen auf diese abgestellt. Zudem haben Verständigungsschwierigkeiten bestanden, weil die Ärzte sich nur in deutscher Sprache mit der Beschwerdeführerin haben verständigen können. Herr D.____ spricht dagegen portugiesisch; die Sachverständigen der ABI GmbH haben einen Dolmetscher beigezogen. Gesamthaft besteht kein hinreichender Grund, an der Überzeugungskraft des psychiatrischen Teilgutachtens der ABI GmbH zu zweifeln. Auch im Übrigen vermag das Gutachten der ABI GmbH zu überzeugen. Die Beschwerdeführerin ist umfassend untersucht worden. Die Sachverständigen haben eine ausführliche Anamnese und im Rahmen eigener Untersuchungen die relevanten Befunde erhoben. Sie haben die gestützt darauf gestellten Diagnosen und gezogenen Schlussfolgerungen ausführlich und nachvollziehbar begründet. Die nach dem Gutachten erstellten Berichte bestätigen die Erkenntnisse der Sachverständigen zudem vollumfänglich. Folglich ist auf das Gutachten abzustellen und es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten auszugehen.

1.3 Die Beschwerdeführerin hat vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung als Hilfsarbeiterin gearbeitet. Dabei hat sie einen unterdurchschnittlichen Lohn erzielt. Hätte sich ihr allerdings die Gelegenheit geboten, in eine besser bezahlte (durchschnittlich entlohnte) Tätigkeit zu wechseln, hätte sie dies gewiss getan. Der von ihr effektiv erzielte unterdurchschnittliche Lohn ist also nicht Ausdruck ihrer erwerblichen Leistungsfähigkeit, sondern (auch) durch Zwänge des Arbeitsmarktes beeinflusst gewesen. Folglich ist vom effektiv erzielten Einkommen zu abstrahieren und für die Ermittlung des Valideneinkommens von einer Karriere als durchschnittlich



entlöhnte Hilfsarbeiterin auszugehen. Da der Beschwerdeführerin trotz ihrer Gesundheitsbeeinträchtigungen nach wie vor die Verrichtung von (leidensadaptierten) Hilfsarbeiten zugemutet werden kann, entspricht der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem Valideneinkommen. Der Invaliditätsgrad kann folglich mittels eines so genannten Prozentvergleichs berechnet werden. Er entspricht mit anderen Worten dem Arbeitsunfähigkeitsgrad unter zusätzlicher Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 126 V 75). Selbst bei Gewährung des maximalen Tabellenlohnabzuges (25 Prozent) würde bei einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Der Maximalabzug wäre aber auch nicht gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung der mangelnden Flexibilität der Beschwerdeführerin, ihres Alters und der langen Absenz vom Arbeitsmarkt erscheint ein Abzug von mehr als zehn Prozent jedenfalls nicht gerechtfertigt. Der Invaliditätsgrad beträgt demzufolge höchstens zehn Prozent, womit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht.

2. Die Beschwerdegegnerin hat folglich zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Diese Gebühr ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss gedeckt. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.