

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/116 vom 15. Mai 2007**

Sg Versicherungsgericht, 2007-05-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2006\\_116](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2006_116)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/116 du 15 mai 2007

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/116 del 15 maggio 2007

## **Regeste**

Art. 8 Abs. 1 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG; Bemessung des Invaliditätsgrads, beweisrechtliche Anforderungen an Arztberichte. Psychische Probleme nach Herzinfarkt (Entscheid des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 15. Mai 2007, IV 2006/116).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Streitig ist vorliegend, ob der zur Beurteilung des Bestehens eines Anspruchs auf IV-Leistungen erhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht genügend abgeklärt wurde. Der Beschwerdeführer beantragt in der Beschwerdeergänzung vom 28. August 2006, dass die Beschwerdegegnerin eine Wiedererwägung pendente lite gemäss Art. 53 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) prüfe. Im Rahmen der Wiedererwägung kann der Versicherungsträger nach Art. 53 Abs. 2 ATSG auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 119 V 183 Erw. 3a mit Hinweisen). Abs. 3 desselben Artikels gestattet es dem Versicherungsträger, eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wiederzuerwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Von diesem Wiedererwägungsrecht hat die Beschwerdegegnerin nicht Gebrauch gemacht und in der Beschwerdeantwort an ihrem Abweisungsantrag festgehalten. Da die Vornahme der Wiedererwägung ins Ermessen des Versicherungsträgers gestellt ist (vgl. m.w.H. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz 22 zu Art. 53), kann das Begehren des Beschwerdeführers nur als Anregung zuhanden der Beschwerdegegnerin verstanden werden und nicht als ein vom Gericht zu beurteilendes Rechtsbegehren.

### **E. 2**

a) Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). b) Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein IV-Grad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens

40% auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 1 IVG). c) Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine, BGE 122 V 161 Erw. 1c).

### **E. 3**

a) Die Beschwerdegegnerin hält im Einspracheentscheid fest, die angefochtene Verfügung stütze sich in erster Linie auf den Arztbericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2005. Einleitend wird in jenem Arztbericht festgehalten, dass die Beantwortung der Fragen auf der ambulanten kardiologischen Untersuchung vom 21. September 2005 beruhe. Die Ärzte bitten um Beachtung der Tatsache, dass die Stellungnahme aus rein kardiologischer Sicht erfolge und sie implizieren möchten, dass zur Beurteilung des Rentenanspruches allfällige Zusatzerkrankungen ebenfalls sorgfältig evaluiert werden sollten. Im Beiblatt zum Arztbericht wird nochmals festgehalten, die Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 100% beruhe rein auf der Einschätzung der körperlichen Belastbarkeit aufgrund der Herzkrankheit. Die Ärzte weisen explizit darauf hin, dass der Patient im Alltag möglicherweise durch ophthalmologische und psychologisch-mentale Probleme limitiert sein könnte und bitten die Beschwerdegegnerin, diese Aspekte ebenfalls zu prüfen (IV-act. 15-1 bis 15-4). Im Bericht vom 30. September 2005 an den Hausarzt des Beschwerdeführers hatten die Ärzte der Kardiologie des Spitals E.\_\_\_\_ festgehalten, sie hätten dem Beschwerdeführer dargelegt, dass aus rein kardiologischer Sicht eine IV-Berentung nicht möglich sei, dass aber bei der Beurteilung eines Rentenanspruches andere Krankheitsaspekte ebenfalls eine Rolle spielen würden und sicher mit berücksichtigt werden müssten. Dies sei offenbar bereits geschehen, sodass die kardiologische Beurteilung bezüglich IV-Berentung keine relevante Rolle mehr spielen werde (IV-act. 15-7). Diese Äusserung ist wohl so zu verstehen, dass die Ärzte davon ausgingen, ihre kardiologische Begutachtung stehe einer IV-Berentung nicht im Weg. Entgegen ihrer Mutmassung waren die weiteren Krankheitsaspekte jedoch noch nicht ausreichend abgeklärt worden. b) Am 12. Oktober 2005 hielt der zuständige RAD-Arzt fest, die kardiologische Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Spitals E.\_\_\_\_ sei nachvollziehbar. Augenärztlicherseits bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Weitere für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnosen seien nicht aktenkundig. Mit dieser kurzen Stellungnahme wurde die Frage der Beschwerdegegnerin, ob betreffend allfällige Zusatzerkrankungen weitere Abklärungen notwendig seien, nicht beantwortet (IV-act. 16). Dennoch erging die leistungsverneinende Verfügung am 24. November 2005 ohne weitere Abklärungen. Die

Beschwerdegegnerin hat die explizite Aufforderung der Kardiologen des Spitals E.\_\_\_\_, es sei eine Prüfung psychologisch-mentaler und ophthalmologischer (= das Auge betreffender) Probleme zu prüfen, ignoriert. Dies war durch die simple Bemerkung des RAD-Arztes, es seien keine weiteren für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen aktenkundig, keinesfalls gerechtfertigt. c) In seiner Einsprache vom 3. Dezember 2005 machte der Beschwerdeführer geltend, dass der Versuch, sein Arbeitspensum von 50% auf 75% zu steigern, gescheitert sei. Dr. D.\_\_\_\_ hatte am 3. Januar 2005 bereits festgehalten, der Beschwerdeführer habe nach der Aufstockung des Pensums bald seine Freizeit zum Nachschlafen und zur Erholung gebraucht. Zusätzliche Tätigkeiten ausserhalb des Berufs seien absolut nicht mehr möglich gewesen. Gegen Ende des Jahres (November und Dezember) habe sich der Patient erschöpft und ausgelaugt gefühlt. Mit der Arbeitsleistung von 75% sei er überfordert gewesen. Deswegen attestierte Dr. D.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-act. 9-3 f.). Die Beschwerdegegnerin legte die Einsprache des Beschwerdeführers dem RAD vor. Dieser kam am 19. Dezember 2005 zum Schluss, die geklagten Beschwerden würden keine neuen Fakten darstellen, sie seien nicht geeignet, das Fazit aus der kardiologischen Verlaufsbeurteilung vom Oktober 2005 und der Beurteilung durch den Augenarzt Dr. C.\_\_\_\_ vom Dezember 2004 in Zweifel zu ziehen. Die erneut gestellte Frage der Beschwerdegegnerin, ob weitere medizinische Abklärungen notwendig seien, beantwortete der RAD darüber hinaus wieder nicht (IV-act. 26). d) Dr. F.\_\_\_\_ bescheinigte am 26. Januar 2006 bei der Diagnose der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen eines Burnout-Syndroms und bei Status nach Myocardinfarkt aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Eine Erhöhung des Pensums erscheine in jeder Beziehung eine Überforderung zu sein und dürfe die weitere gesundheitliche Verfassung des Beschwerdeführers negativ beeinflussen. Eine antidepressive medikamentöse Behandlung durch den Hausarzt erscheine nach psychiatrischer Einschätzung aufgrund des aktuellen psychischen Zustandsbildes – wie auch zur Prophylaxe – sinnvoll (IV-act. 28). e) Der RAD-Arzt nahm zu diesem Bericht am 17. Mai 2006 wie folgt Stellung: Das psychiatrische Konsilium ergänze die Diagnoseliste nachvollziehbar um die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode. Problematisch sei, dass am Untersuchungstag ein nahezu unauffälliger Psychostatus erhoben worden sei und die beschriebenen Leistungseinschränkungen nur auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers zurückgingen. Es handle sich wohl eher um einen Status nach depressiver Episode. Burnout sei keine rentenrechtlich relevante Diagnose. Sachlich sei eine reaktive depressive Episode nach durchgemachtem Myokardinfarkt nichts Ungewöhnliches. Warum erst jetzt eine fachärztliche Untersuchung mit dem Ergebnis einer medikamentösen Behandlungspflicht stattgefunden habe, sei ad hoc nicht verständlich. Eine allfällige medikamentöse antidepressive Behandlung solle aus medizinischer Sicht von einem Psychiater initiiert und der weitere Verlauf kontrolliert werden, da Interferenzen mit der koronaren Herzkrankheit möglich seien (IV-act. 29). f) Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen Bericht vom 17. Juli 2006 des Allgemeinmediziners Dr. I.\_\_\_\_, Vertrauensarzt der kantonalen Versicherungskasse, ein. Dr. I.\_\_\_\_ hielt darin fest, nach Durchsicht der diversen Berichte sei für ihn klar, dass die Arbeitsfähigkeit nicht über 50% gesteigert werden könne. Aufgrund der ausführlichen Unterlagen befürworte er die Teil-Invaliditätspensionierung von 50% durch die Versicherungskasse. Eine weiterführende Abklärung sei aufgrund der gut dokumentierten Aktenlage seines Erachtens nicht indiziert (act. G 3.1). Die Kantonale Versicherungskasse richtet nun eine Ersatzrente aus, bis das

vorliegende Verfahren rechtskräftig entschieden ist (Beilage zu act. G 3.1). g) Zum Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ nahm der RAD-Arzt am 11. September 2006 Stellung. Gemäss den kardiologischen Berichten der Klinik B.\_\_\_\_ und des Spitals E.\_\_\_\_ würden vom Beschwerdeführer altersentsprechend-überdurchschnittliche körperliche Leistungen erbracht. Auf dem Boden dieser Werte sei eine erhebliche Minderung der allgemeinen Leistungsfähigkeit nicht zu begründen. Insofern seien die Beurteilungen der Kardiologie des Spitals E.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit durch den RAD gut nachvollziehbar gewesen. Betreffend die psychische Problematik frage man sich, warum der Beschwerdeführer erst Anfang 2006 eine Psychiaterin konsultiert habe und nach wie vor keine medikamentöse antidepressive Behandlung durchgeführt wurde/werde. Ferner beinhalte der erhobene Psychostatus keine aktuellen Kern- oder Zusatzsymptome einer Depression. Scheinbar habe es sich um eine zeitlich begrenzte "Episode" gehandelt, eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit stehe in Frage. Der vertrauensärztliche Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ scheine die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Kardiologen und den Augenarzt zu ignorieren und die psychiatrische Einschätzung kritiklos zu übernehmen. Insofern sei sein Gebrauchswert für den RAD gering (act. G 5.1). h) Wie der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zutreffend bemerkt, hat sich der RAD in seinen Stellungnahmen vom 12. Oktober 2005, vom 19. Dezember 2005 und vom 17. Mai 2006 trotz expliziter Anfrage nicht dazu geäussert, ob weitere medizinische Abklärungen angezeigt seien. Obwohl er selbst trotz der vom Beschwerdeführer insbesondere in seiner Einsprache vom 3. Dezember 2005 geklagten Probleme sowie seines Wissens darüber, dass das Auftreten von depressiven Episoden nach Herzinfarkten nicht ungewöhnlich ist, nie zur Notwendigkeit einer psychiatrischen Begutachtung Stellung genommen hatte, äusserte er am 17. Mai 2006 sein Unverständnis darüber, warum erst zu diesem Zeitpunkt eine fachärztliche Untersuchung mit dem Ergebnis einer medikamentösen Behandlungspflicht stattgefunden habe (IV-act. 29). Bei Würdigung der vorhandenen medizinischen Berichte erscheinen die Beurteilungen des RAD-Arztes nicht als umfassend. So geht er etwa nicht darauf ein, dass die Kardiologen des Spitals E.\_\_\_\_ wiederholt explizit darauf hinwiesen, der Einfluss der psychologisch-mentale Seite und der Augenprobleme auf die Arbeitsfähigkeit müsse noch sorgfältig abgeklärt werden. Er selbst erachtet die Diagnose der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als nachvollziehbar und nach durchgemachtem Myokardinfarkt nicht ungewöhnlich. Doch stellt er sich offenbar auf den Standpunkt, die Episode sei spätestens seit Anfang 2005 (Reduktion des Arbeitspensums von 75% auf 50%) überwunden. Dies ist medizinisch nicht belegt. Die Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ stellte nicht die Diagnose "Status nach depressiver Episode", sondern ging vielmehr davon aus, dass die leichte bis mittelgradige Episode im Untersuchungszeitpunkt noch anhielt. Der RAD-Arzt ist demgegenüber kein Psychiater und hat den Beschwerdeführer zudem nicht persönlich gesehen. Sein Hinweis, am Tag der Untersuchung bei Dr. F.\_\_\_\_ sei ein nahezu unauffälliger Psychostatus erhoben worden, rechtfertigt es keineswegs, die psychische Problematik ohne weitere Abklärungen als nicht mehr bestehend zu bezeichnen und ihr keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzubilligen. Dr. F.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ gehen übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen im Zusammenspiel mit dem erlittenen Herzinfarkt und der Augenkrankheit nicht mehr als ein Pensum von 50% bewältigen könne und dies in absehbarer Zeit so bleibe. Dies kann nicht ohne weitere Abklärungen von der Hand gewiesen werden, kann doch die Depression nicht losgelöst von der diagnostizierten koronaren Herzkrankheit betrachtet werden. Letztere schränkt zwar für sich allein betrachtet die Arbeitsfähigkeit offenbar nicht ein, muss aber

wohl dennoch zumindest als Teilursache für die psychische Erkrankung betrachtet werden. Sogar der RAD-Arzt verweist darauf, dass eine reaktive depressive Episode nach durchgemachtem Herzinfarkt nicht ungewöhnlich sei. i) Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist festzuhalten, dass den Schlussfolgerungen des RAD entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden kann. Gewisse Einwände des RAD können zwar nicht ignoriert werden. So würdigt etwa Dr. F.\_\_\_\_ die vorhandenen medizinischen Akten nicht. Auch der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ ist nicht umfassend und beruht nicht auf allseitigen Untersuchungen. Auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. F.\_\_\_\_, Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ kann somit nicht ohne weitere Abklärungen abgestellt werden. Wie der Beschwerdeführer richtig geltend macht, drängt sich bei seiner gegebenen gesundheitlichen Situation mit ihren möglichen Wechselwirkungen zwischen somatischen und psychischen Beschwerden eine polydisziplinäre Untersuchung, bei der neben einem Psychiater ein Internist und allenfalls ein Augenarzt beigezogen werden, geradezu auf.

#### **E. 4**

a) Im Sinne der Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2006 gutzuheissen und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in Auftrag gebe und anschliessend über seinen Anspruch auf IV-Leistungen neu verfüge. b) Gemäss den Schlussbestimmungen des IVG zur Änderung vom 16. Dezember 2005, in Kraft seit 1. Juli 2006, gilt für die am 1. Juli 2006 beim kantonalen Versicherungsgericht hängigen Beschwerden das bisherige Recht (lit. c der Schlussbestimmungen). Somit gelangt Art. 69 Abs. 1 bis IVG zur Kostenpflicht von Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen im kantonalen Gerichtsverfahren nicht zur Anwendung. Gerichtskosten sind somit keine zu erheben. c) Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteienschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteienschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 24. Mai 2006 gutgeheissen. Die Streitsache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen eine polydisziplinäre medizinische Abklärung veranlasse und über den Anspruch des Beschwerdeführers auf IV-Leistungen neu verfüge. 2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 3'000.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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