

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/171 vom 3. Dezember 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_171

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/171 du 3 décembre 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/171 del 3 dicembre 2008

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung); Anspruch auf Rente; Statusfrage; Würdigung medizinische Gutachten und Haushaltsabklärungsbericht; Rückweisung zu ergänzenden Abklärungen der Leistungsfähigkeit im Erwerbsbereich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2008, IV 2007/171).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des IVG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

E. 2

Streitgegenstand im vorliegenden Beschwerdeverfahren bildet lediglich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen. Die Verfügung vom 7. März 2007 über die Ablehnung eines Anspruches auf berufliche Massnahmen (act. G 4.1/44) blieb dagegen unangefochten. 2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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). 2.2 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG bestimmt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach aArt. 28a Abs. 2 ter des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20, in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (aArt. 28a Abs. 2 ter Satz 3 IVG). 2.3 Praxisgemäss wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich bestimmt, wobei sich die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person ohne

gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre, mit Rücksicht auf die gesamten Umstände, insbesondere die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse, beurteilt (BGE 125 V 150 E. 2c mit Hinweisen). Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 ff. E. 3.3).

2.4 Die Rentenabstufungen des aArt. 28 Abs. 1 IVG geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente.

2.5 Um den Invaliditätsgrad 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 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 400 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen) und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegen im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise weder eine Verletzung der Untersuchungsmaxime noch eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b mit Hinweisen).

2.6 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Dies bedeutet nicht, dass Parteigutachten durch den Umstand allein, dass sie von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wurden, ohne weiteres minder beweiskräftig sind. Denn auch sie können nützliche Äusserungen zum medizinischen Sachverhalt enthalten. Daraus folgt wiederum nicht, dass sie den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Sozialversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzen. Relevant werden sie nur, wenn ihre Aussagen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des förmlich bestellten Gutachtens in rechtserheblichen Fragen derart zu erschüttern vermögen, dass davon abzuweichen wäre (BGE 125 V 351 E. 3c). Was Berichte von Hausärzten angeht, so darf diesen nicht zum Vorneherein jede Glaubwürdigkeit abgesprochen werden. Indes muss die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in

Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2005 i.S. A., 4P.254/2005, E. 4.2). 2.7 Für die Invaliditätsbemessung im Haushalt stellt der nach Massgabe der Verwaltungsweisungen des BSV (Rz 3084 ff. des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2008) eingeholte Abklärungsbericht im Haushalt eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage dar. Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind – analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis) – verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2). Sofern der Abklärungsbericht im Sinne der vorstehend genannten Rechtsprechung eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage darstellt, greift das Gericht in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn – etwa im Lichte der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt – klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (z.B. infolge von Widersprüchlichkeiten) vorliegen (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2007 i.S. T., I 246/05, E. 5.2.1 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Vorab stellt sich die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigung einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachginge. Gestützt auf die Aussage der Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung vom 8. November 2005, dass sie ohne Behinderung "weiterhin im bisherigen Ausmass" eine Erwerbstätigkeit ausüben würde (act. G 4.1/22.2), ging die Beschwerdegegnerin von einem Erwerbsspensum und Pensum im Aufgabenbereich von je 50% aus (act. G 4.1/45.2). Diese Aufteilung wurde von der Beschwerdeführerin nicht gerügt. Die Beschwerdegegnerin geht deshalb davon aus, dass sich die Beschwerdeführerin darauf "behaften" lassen müsse (act. G 4, S. 4). Die unterlassene Rüge ist indes – entgegen der scheinbaren Auffassung der Beschwerdegegnerin – für die gerichtliche Überprüfung unbeachtlich. Sogar wenn der Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren gegenüber dem Anfechtungsgegenstand eingeschränkt wäre, könnte das Gericht nicht angefochtene Rechtsverhältnisse dennoch überprüfen, wenn sie in engem Sachzusammenhang mit dem Streitgegenstand stehen. Bei einer Streitigkeit um eine Invalidität bzw. um die Ausrichtungen von IV-Leistungen kann das Gericht also alle für die Anspruchsberechtigung als solche massgebenden Gesichtspunkte, wie die einzelnen Faktoren für die Festsetzung des Invaliditätsgrades, frei überprüfen (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Juli 2007, IV 2007/11, E. 1a und vom 1. Juni 2007, IV2006/272, E. 1a mit Hinweisen auf AHI 2002 S. 165 f. und Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, Rz 50 zu Art. 61). 3.2 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung der Frage, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 150 E. 2c). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind nach der Rechtsprechung

die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxisgemäss nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt hätten, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 E. 2c; BGE 117 V 194 f. E. 3b; AHI 1997 S. 288 ff. E. 2b je mit Hinweisen). Nebst dem früheren Arbeitsverhalten sind im Wesentlichen die Absicht der versicherten Person und ihre Vorstellungen und Pläne zum Alltag ohne Gesundheitsschaden zu berücksichtigen. Von Bedeutung sind insbesondere auch die Sicherstellung der Kinderbetreuung und die Verdienstverhältnisse. Die konkrete Situation und die Vorbringen der Versicherten sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen. Zu beachten ist allerdings, dass der Entscheid über die Statusfrage immer ein solcher über eine Hypothese bleibt, da sie sich immer stellt, wenn in Wirklichkeit eine gesundheitliche Beeinträchtigung (schon seit längerer oder kürzerer Zeit) eingetreten ist. Die Arbeitseinteilung in der Vergangenheit kann für die massgebliche Hypothese nur ein Indiz darstellen; die spätere reale Einteilung ist andererseits meist bereits durch die Invalidität beeinflusst (nicht veröffentlichter Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Februar 2006, IV 2005/53, E. 2c).

3.3 Aus den Akten ergibt sich, dass zwischen der Beschwerdeführerin und der damaligen Arbeitgeberin der Wille bestand, ab Februar 2003 den Anstellungsgrad auf 60% zu steigern. Wegen des Unfallereignisses wurde jedoch auf diese Erhöhung verzichtet (act. G 4.1/15.33). Eine entsprechende Angabe der Beschwerdeführerin findet sich auch im neurologischen Gutachten vom 3. September 2005 (act. G 4.1/23.7). Vor diesem Hintergrund ist entgegen der anderslautenden – allerdings vage formulierten – Aussage anlässlich der Abklärung vom 8. November 2005 (act. G 4.1/22.2) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen im Ausmass von 60% einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Dies gilt umso mehr, als der 10%igen Erweiterung der Erwerbstätigkeit keine Erziehungs- und Betreuungspflichten (mehr) entgegenstehen.

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin ermittelte für den Erwerbsbereich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (act. G 4.1/45.2). Die Beschwerdeführerin rügt, dass die von der Beschwerdegegnerin angenommene Arbeitsfähigkeit von 50% in einer leidensadaptierten Tätigkeit unzutreffend sei.

4.2 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das neurologische Gutachten von PD Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 3. September 2005 (act. G 4.1/23.2 ff.) und das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 10. August 2005 (act. G 4.1/23.14 ff.). Die Beschwerdeführerin bestreitet die Beweistauglichkeit dieser von der Unfallversicherin (SWICA) eingeholten Gutachten.

4.2.1 Was das rheumatologische Gutachten anbelangt, ist festzustellen, dass dem Experten ausser dem beigelegten Bericht von Dr. B.____ (vom 13. Dezember 2004; act. G 4.1/23.17 f.) die nötigen Unterlagen fehlten (act. G 4.1/23.14). Da damit das rheumatologische Gutachten in Unkenntnis und ohne Würdigung der – bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit grösstenteils anderslautenden – Vorakten erstellt wurde, bestehen an dessen Zuverlässigkeit erhebliche

Zweifel. Ein Gutachten, das – wie vorliegend – die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, ist unvollständig und vermag daher nicht zu Ergebnissen zu führen, die auf gesamthafter medizinischer Lage beruhen. Einer solchen Expertise fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die auf der Grundlage der vom Experten selbst erhobenen Befunde gezogenen Schlüsse an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend nachvollzogen werden können (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2008 i.S. G., 9C_51/2008, E. 2.2 mit Hinweisen). Gegen die Beweistauglichkeit des rheumatologischen Gutachtens spricht ferner, dass keine aktuellen bildgebenden Untersuchungen vorgenommen wurden. Die diagnostizierte chronische Periarthropathia humeroscapularis ist eine Bezeichnung für degenerative Prozesse im Bereich von Rotatorenmanschette, Gelenkkapsel oder langer Bizepssehne am Schultergelenk (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Berlin 2004, S. 1389). Mit der zusätzlich erhobenen Diagnose der chronischen Epikondylopathia humeri radialis rechts werden entzündliche oder degenerative Veränderungen an einem Epikondylus bei funktioneller Überbeanspruchung umschrieben (vgl. Pschyrembel, a.a.O., S. 507). Angesichts dieser – zu Veränderungen neigenden – Beschwerden ist es nicht nachvollziehbar, weshalb der Experte – dem nicht einmal die bisher erstellten bildgebenden Befunde vorlagen – auf die Vornahme aktueller bildgebender Untersuchungen verzichtete. Denn die konventionelle Röntgenaufnahme gilt als Standarduntersuchung. In der Regel werden Untersuchungen der zur Diskussion stehenden Regionen wiederholt, falls die zur Verfügung stehenden Bilder älter als 6 Monate sind. Lediglich bei stabilem Beschwerdebild und (gemäss Akten) unverändertem klinischem Befund reichen auch ältere konventionelle Aufnahmen aus (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2007; 88: 17, S. 738; vgl. zur vorzunehmenden Röntgenaufnahme Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, Leitfaden für die Begutachtung im Rahmen der sozialen und privaten Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung, 3. Auflage, Bern 1994, S. 174). Des Weiteren hat es der rheumatologische Gutachter unterlassen, Belastungslimiten abzuklären und anzugeben (vgl. bezüglich dieses Erfordernis insbesondere bei Beschwerden in den Schultergelenken Swiss Insurance Medicine, Zumutbare Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit, 2007, S. 11). Angesichts der dargestellten erheblichen Mängel kann zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf das rheumatologische Gutachten abgestellt werden. Gleiches gilt auch für die vom Experten vorgenommene Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin in ihrer häuslichen Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. 4.2.2 Das neurologische Gutachten vom 3. September 2005 stützt sich in wesentlichen Teilen (z.B. bei der Diagnose und der Befunderhebung; act. G 4.1/23.9) auf das rheumatologische Gutachten. Die Mangelhaftigkeit des rheumatologischen Gutachtens beschlägt somit auch die Zuverlässigkeit des neurologischen Gutachtens. Die Beantwortung der massgeblichen Fragen bezüglich der Arbeitsfähigkeit und der Anforderungen an leidensadaptierte Tätigkeiten durch den neurologischen Experten fällt sehr kurz aus und wird nicht näher begründet, ist mithin wenig substantiell. Des Weiteren fehlt eine Auseinandersetzung mit der abweichenden medizinischen Aktenlage. Dem im UV-Verfahren beigezogenen Gutachter lagen offenbar die im IV-Verfahren erhobenen medizinischen Berichte nicht vollständig vor. Angesichts der erheblichen Differenzen bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sowie der teilweise unterschiedlichen Diagnosestellung (Dr. B. ___ diagnostizierte die Periarthropathia humeroscapularis beidseits [act. G 4.1/14.3], der rheumatologische Gutachter lediglich links [act. G 4.1/23.15]) ist der

Beschwerdeführerin darin beizupflichten, dass das neurologische Gutachten, das die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt und würdigt, in seinem Beweiswert beschränkt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2008 i.S. G., 9C_51/2008, E. 2.2 mit Hinweisen). 4.2.3 Rechtsprechungsgemäss kommt einem Gutachten oder anderen medizinischen Beurteilungen schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn – wie im vorliegenden Fall – Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass die medizinischen Beurteilungen effektiv nicht den Tatsachen entsprechen, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden in der Regel nicht beurteilen können. Aufgrund der vorliegenden Mängel kann auf die Gutachten vom 10. August und 3. September 2005 für die Beurteilung der vorliegenden Frage betreffend die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht abgestellt werden. 4.2.4 Die Stellungnahmen des RAD vom 5. September 2006 (act. G 4.1/24) sowie vom 13. Februar 2007 (act. G 4.1/42) vermögen daran nichts zu ändern, da sie sich mit den genannten Mängeln (fehlende Auseinandersetzung mit anderslautenden medizinischen Beurteilungen, Unkenntnis der Vorakten usw.) nicht befassen und diese Mängel auch nicht zu beheben vermögen (act. G 5.1/42). 4.2.5 Die übrigen medizinischen Akten bieten für die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ebenfalls keine ausreichende Grundlage. Zum einen ist darauf hinzuweisen dass die Berichte der behandelnden Ärzte keine einheitliche Schätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit enthalten und sie mehr als zwei Jahre zurückliegen (der aktuellste Bericht ist derjenige von Dr. B.____ vom 11. März 2005; act. G 4.1/14.1 ff.). Ferner ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit jeweils kaum begründet worden (act. G 4.1/12.4; act. G 4.1/14.6). Bei der Verneinung jeglicher Arbeitsfähigkeit scheint sich Dr. B.____ im Übrigen vor allem auf die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin zu stützen (vgl. act. G 4.1/14.6). Dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 2. Juni 2004 ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass in einer angepassten Tätigkeit – zumindest eine teilweise - Arbeitsfähigkeit besteht. Deren Verwertung steht nach seiner Auffassung der Wille der Beschwerdeführerin entgegen, wieder arbeitsfähig zu werden (act. G 4.1/15). 4.2.6 Nach dem Gesagten bestehen mit anderen Worten ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der von den Gutachtern gezogenen Schlussfolgerungen und deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Mit der Frage der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wird sich deshalb und weil sich die Berichte der behandelnden Ärzte nicht rechtsgenügend zum Grad der Arbeitsunfähigkeit äussern, ein Obergutachten zu beschäftigen haben (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. März 2007, IV 2006/88, E. 4c). Über die Frage der Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) werden die mit dem Obergutachten betrauten Personen zu befinden haben. Sie werden zu begründen haben, weshalb sie eine EFL durchgeführt oder weshalb sie darauf verzichtet haben (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie, a.a.O., S. 738).

E. 5

5.1 Für den Haushaltsbereich ermittelte die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Abklärungsbericht an Ort und Stelle vom 14. Juli 2006 unter Mitberücksichtigung der zumutbaren Mithilfe durch den Ehegatten einen Teilinvaliditätsgrad von 7% (act. G 4.1/22.7). Die Beschwerdeführerin rügt, dass diese Einschränkung die bestehenden gesundheitlichen Beschwerden nicht ausreichend berücksichtige und die von der Abklärungsperson erhobenen behinderungsbedingten Einschränkungen zu tief angesetzt worden seien. 5.2 Vorab ist in grundsätzlicher Hinsicht festzustellen, dass die Abklärung von dem dafür zuständigen Mitarbeiter der IV-Stelle vorgenommen wurde, wobei keine

Hinweise ersichtlich sind, die an der Kompetenz dieser Person zweifeln liessen. Ferner entspricht die im Haushaltsbericht enthaltene Umschreibung der Tätigkeitsfelder den Vorgaben des KSIH. 5.3 Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend vorbringt, ist die gesundheitlich bedingte Einschränkung im Haushalt mittels eines Betätigungsvergleichs zu ermitteln (BGE 104 V 136 E. 2a). Die ärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in diesem Bereich bildet jedoch eine notwendige Grundlage hierfür und ist demzufolge von der Abklärungsperson zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Februar 2007 i.S. P., I 373/06, E. 4.3.2 mit Hinweis). 5.4 Da der Sachverhalt medizinisch noch näher abgeklärt werden muss, wird die Beschwerdegegnerin nach Vorlage dieser Abklärungen darüber zu befinden haben, ob Anlass besteht, den Abklärungsbericht anzupassen und die Einschränkungen im Haushaltsbereich anders zu beurteilen.

E. 6

6.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist daher die angefochtene Verfügung vom 7. März 2007 aufzuheben und die Sache zur Erstellung eines medizinischen Obergutachtens und zur neuen Verfügung betreffend den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da die Einschränkungen der Beschwerdeführerin in ihrer Leistungsfähigkeit bzw. die Art und das Ausmass der Behinderung noch nicht rechtsgenügend feststehen, können die Fragen betreffend die Ermittlung des Invaliditätsgrades und insbesondere betreffend die Höhe des sogenannten Leidensabzuges sowie betreffend allfällige Wechselwirkungen infolge der Teilerwerbstätigkeit neben der Haushaltsführung offen gelassen werden. Die Beschwerdegegnerin wird sich hierzu in Nachachtung der ihr diesbezüglich obliegenden Begründungspflicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Mai 2007 i.S. K., I 305/06, E. 4.1) nach Vornahme der ergänzenden Abklärungen äussern. 6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb in fine). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin von Fr. 600.-- wird zurückerstattet. 6.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Kostennote. Entsprechend der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 7. März 2007 aufgehoben und die Sache wird zu weiteren Abklärungen und zur neuen Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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