

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/173 vom 26. August 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_173

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/173 du 26 août 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/173 del 26 agosto 2008

Regeste

Art. 28 IVG: Würdigung medizinischer Berichte. Rückweisung und Anordnung eines Obergutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. August 2008, IV 2007/173).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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; 132 V 215 E. 3.1.1), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

E. 2

Streitig und im vorliegenden Verfahren zu überprüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat.

E. 3

3.1 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von

mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 3.2 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 Erw. 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. Hinsichtlich des Beweiswerts 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. 4

Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach demjenigen Sachverhalt, der zu jenem Zeitpunkt gegeben war (BGE 131 V 242 E. 2.1). Massgebend sind somit die rechtserheblichen Tatsachen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung vom 7. März 2007 entwickelt haben. Die weitere Gesundheitsentwicklung der Beschwerdeführerin ist damit nicht relevant. Spätere Arztberichte sind insofern in die Beurteilung mit einzubeziehen, als sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (BGE 121 V 366 E. 1b in fine). Am 30. März 2007 erfolgte die Untersuchung der Beschwerdeführerin bei Dr. B.____. Im Bericht vom 13. April 2007 wurde erstmals die Diagnose Rhinokonjunktivitis allergika erhoben. Die Diagnosen chronisches Asthma bronchiale und Status nach Lungentuberkulose wurden bereits im RAD-Bericht 22. Dezember 2006 erhoben. Die genannte Untersuchung sowie die ärztliche Beurteilung von Dr. B.____ erfolgten zwar nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Dennoch ist davon auszugehen, dass sie noch den Gesundheitszustand, wie er sich auch bis zum Erlass der Verfügung verwirklicht hat, aufzeigen. Insofern ist für das vorliegende Verfahren auch die Beurteilung von Dr. B.____ zu berücksichtigen.

E. 5

5.1 In der angefochtenen Verfügung ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf den RAD-Bericht von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus und ermittelte dementsprechend einen Invaliditätsgrad im rentenausschliessenden Bereich. Somit gilt es vorerst den RAD-Bericht auf seine Zuverlässigkeit bzw. die Anforderungen der vorstehend zitierten Rechtsprechung an einen solchen zu überprüfen. 5.2 Der RAD-Arzt kommt gestützt auf die Krankheitsanamnese und seine eigene Untersuchung vom 5. Dezember 2006 zum Schluss, bei der Beschwerdeführerin handle es sich am ehesten um einen Defektzustand nach durchgemachter Lungentuberkulose sowie um ein intermittierend auftretendes bis (?) leichtes Asthma bronchiale. Die Messwerte der durchgeführten Lungenfunktionsprüfung würden auf eine allenfalls leichte bronchiale Obstruktion mit guter Reversibilität unter Bronchospasmodolyse hinweisen; die Kooperation

der Beschwerdeführerin wird als insgesamt mässig beurteilt. Bei der Ergospirometrie sei eine deutliche Hyperventilationsneigung feststellbar geworden. Der Testabbruch "bei weit submaximaler Last" interpretiert der RAD-Arzt "am ehesten im Rahmen von Selbstlimitierung und Trainingsmangel". Funktionseinschränkend würden sich eine unspezifische bronchiale Hyperreagibilität, ein chronischer Husten sowie eine allenfalls leichtgradige bronchiale Obstruktion auswirken. Der chronische Husten könnte medikamentös behandelt werden; die geklagten Episoden von Herzrasen stünden am ehesten im Zusammenhang mit dem exzessiven Gebrauch von Inhalativa durch die Beschwerdeführerin. Die durch die pulmonale Erkrankung bedingte allgemeine Leistungseinschränkung schätzt der RAD-Arzt auf 20 %. Für leidensadaptierte Tätigkeiten, d.h. solche ohne Exposition gegenüber höheren Konzentrationen von atemwegsreizendem Staub, Dampf oder Rauch sowie ohne Exposition gegenüber Kälte, Nässe und Zugluft, in ausreichend temperierten Räumen wird eine Arbeitsfähigkeit von 80 % angegeben.

5.3 Dr. B. ___ führt auf Grund seiner klinischen und serologischen Untersuchungen sowie einer Lungenfunktionsprüfung im Bericht vom 13. April 2007 aus, die Beschwerdeführerin weise eine mittelschwere bis schwere gemischt restriktiv/obstruktive Ventilationsbehinderung auf. Die Restriktion erkläre sich einerseits durch den Status nach Lungentuberkulose mit erheblichen narbigen Veränderungen und Schrumpfung des rechten Hemithorax andererseits durch die angewandete Messmethode mit der Stickstoffauswaschmethode, bei der als Folge des Trapped Air Phänomens nicht das gesamte Residualvolumen mitgemessen werde. Die Bronchialobstruktion sei Ausdruck eines persistierenden schweren, zum Teil allergischen Bronchialasthmas. Die geklagten Dyspnoebeschwerden könnten weitgehend durch die Beeinträchtigung der Atemmechanik erklärt werden. Einerseits liege nachweislich eine mittelschwere Intervallobstruktion vor, andererseits dürften die Vernarbungen im Lungenparenchym zu einer veränderten Compliance und Zunahme der Atemarbeit führen. Es müsse eine erhebliche allergische Komponente postuliert werden.

Differentialdiagnostisch müsse in diesem Zusammenhang auch an eine allergische brochopulmonale Aspergillose gedacht werden. Die detaillierte Berufsanamnese mit Kontakt zu Nickeldämpfen, Säureanhydriden und Pilzen liessen vermuten, dass das Bronchialasthma bei der Beschwerdeführerin möglicherweise durch Inhalationsnoxen an ehemaligen Arbeitsplätzen induziert worden sei. Eine entsprechende Testung bzw. Abklärung sei nie durchgeführt worden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bestehe bei der Beschwerdeführerin eine wesentliche Einschränkung, die durch die Lungenerkrankung bedingt sei. Für Arbeiten mit körperlicher Belastung oder Exposition gegenüber Dämpfen, Staub etc. bestehe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich nicht belastende Arbeiten in lufthygienisch einwandfreier Umgebung bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von höchstens 40 %.

Dr. B. ___ erwähnt schliesslich, dass die Beschwerdeführerin sich während der Untersuchung offen und kooperativ verhalten habe und keine Tendenzen zur Aggravation bzw. Simulation gezeigt habe. Im Schreiben vom 20. Juni 2007 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erläutert Dr. B. ___ seine Bedenken gegenüber der Beurteilung durch den RAD-Gutachter. Die Lungenfunktion stelle eine Momentaufnahme dar und liefere zu wenig Informationen über den Verlauf im Alltag. Ambulante Messungen von FEV1 und Peak flow während einem Zeitraum von mindestens drei Wochen seien absolut notwendig, um den Verlauf eines Bronchialasthmas zu beurteilen. Bei seiner eigenen Untersuchung am 30. März 2007 seien die Lungenfunktionswerte wesentlich schlechter gewesen als bei der Untersuchung des RAD am 5. Dezember 2006. Die Interpretation der Resultate der Ergospirometrie sei unvollständig und zeuge von einem ungenügenden Verständnis der

Pathophysiologie. Es werde wohl erkannt, dass die ventilatorischen Reserven aufgebraucht seien, leider werde aber nicht hinterfragt, was dies für die Beschwerdeführerin bedeute. Aus pneumologischer Sicht sei eine Hyperventilation definiert als Absinken des arteriellen pCO₂ unter 35 mmHg. Eine arterielle Blutgasanalyse sei jedoch weder vor, noch während, noch nach der Ergospirometrie durchgeführt worden. Die Messung des CO₂ in der Ausatemluft sei nicht gleichzusetzen mit den Werten der Blutgasanalyse. Durch die Beeinträchtigung der Atemmechanik mit einer gemischt restriktiv/obstruktiven Ventilationsbehinderung müsse die Beschwerdeführerin zur Steigerung des Atemminutenvolumens vornehmlich die Atemfrequenz steigern. Dadurch vergrößere sich die Totraumventilation, so dass in der Ausatemluft der CO₂ Wert deutlich tiefer liege, als es von den Blutgasen her zu erwarten wäre. Die Steigerung der Atemfrequenz führe aber zu einer deutlichen Zunahme der Atemarbeit, was sich letztlich in Dyspnoe äussere. Eine Erhöhung der Atemfrequenz sei nicht mit einer Hyperventilation gleichzusetzen. Leider sei unter körperlicher Belastung auch keine Flussvolumenkurve aufgezeichnet worden. Diese würde klar zeigen, ob die Beschwerdeführerin unter Belastung tatsächlich pulmonal-mechanisch limitiert sei. Sodann sei es auch unterlassen worden, nach der Ergospirometrie nochmals einen Lungenfunktionstest durchzuführen. Dieser hätte möglicherweise eine erhebliche, anstrengungsinduzierte Komponente des Bronchialasthmas gezeigt. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im RAD-Gutachten sei nur nachvollziehbar, wenn sich die Beurteilung einzig auf das FEV₁ nach Broncholyse abstütze. Die Resultate der Ergospirometrie seien hingegen nicht verwendet worden. Die Kooperation der Beschwerdeführerin bei der Lungenfunktionsprüfung werde nur als mässig eingestuft. Der Verlauf der Flussvolumenkurve zeige hingegen keine Einschränkung der Kooperation. Es werde auch nicht erwähnt, wie viele Versuche durchgeführt worden und wie gross die Abweichungen innerhalb der verschiedenen Versuche gewesen seien. Es werde nicht unterschieden, ob eine eingeschränkte Kooperationsfähigkeit oder -möglichkeit vorgelegen habe. Eine Klassifizierung des Bronchialasthmas nach den geltenden GINA-Guidelines sei nicht durchgeführt worden und ein Peak flow Protokoll bzw. FEV₁ Messungen im Alltag würden nicht vorliegen. Die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 40% beruhe auf der deutlich schlechteren Lungenfunktion anlässlich der Untersuchung vom 30. März 2007. Die Festsetzung der Restarbeitsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt auf 40% sei realistisch und als Momentaufnahme sinnvoll gewesen. Jedoch sei die Einschätzung in diesem Rahmen (gemeint wohl: längerfristig) auch realistisch als Restarbeitsfähigkeit. Das schwere Bronchialasthma mit nächtlichen Dyspnoeattacken, Störung des Schlaf-/Wachrhythmus, negativer Beeinflussung der Psyche und Limitierung der körperlichen Leistungsfähigkeit beeinflusse die Arbeitsfähigkeit weit mehr, als von einem FEV₁ Wert nach Broncholyse angenommen werden könne. Die nicht vollständige Inspiration nach den forcierten Atemmanövern sei reproduzierbar und unterstreiche lediglich die etwas eingeschränkte Kooperationsfähigkeit der Patientin im Rahmen des schweren Bronchialasthmas.

5.4 Zwischen den Berichten des RAD und von Dr. B. ___ bestehen wesentliche Unterschiede in der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit und bezüglich der Interpretation der durchgeführten Untersuchungen. Dr. B. ___ begründet den Unterschied in der Arbeitsfähigkeitsschätzung mit der deutlich schlechteren Lungenfunktion anlässlich seiner Untersuchung im Vergleich zur Untersuchung beim RAD. Insbesondere macht er geltend, dass für eine repräsentative Beurteilung ambulante Messungen von FEV₁ und Peak flow während einem Zeitraum von mindestens drei Wochen notwendig seien. Nachdem Dr. B. ___ eine schlechtere Lungenfunktion im

Untersuchungszeitpunkt belegen kann, ist diese Auffassung nachvollziehbar. Bei einem sich stark verändernden Beschwerdebild ist eine Festlegung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer an einem Stichtag durchgeführten Untersuchung unzuverlässig. Bereits Dr. A. ___ teilte im Bericht vom 22. April 2006 mit, dass die Beschwerdeführerin trotz oder wegen einer konsequent eingehaltenen hochdosierten antiasthmatischen Basistherapie nach wie vor an einem instabilen Asthma bronchiale leide. Asthma bronchiale wird definiert als anfallsweises Auftreten von Atemnot infolge variabler und reversibler Bronchialverengung durch Entzündung und Hyperreaktivität der Atemwege (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 142). Das klinische Bild ist sehr wechselhaft, deshalb darf man die Patientin nicht nur nach einem symptomarmen Intervall beurteilen. Die quantitative Beurteilung umfasst neben dem klinischen Bild mit Zeichen der Dyspnoe, Zyanose usw. stets eine eingehende Lungenfunktionsprüfung, mindestens mit Spirometrie, möglichst auch mit Blutgasanalysen und atemmechanischer Untersuchung, die nach Gabe eines Bronchospasmolytikums zu wiederholen ist (H.H. Marx/G. Siemon, Medizinische Begutachtung; Hrsg. H.H. Marx, 6. Aufl. S. 209). Das RAD-Gutachten basiert auf einer an einem Stichtag durchgeführten Untersuchung. Eine Wiederholung der eingehenden Lungenfunktionsprüfung wurde nicht durchgeführt. Dies wäre im vorliegenden Fall allerdings wohl notwendig gewesen. Dies bestätigt die Tatsache, dass bei der Untersuchung von Dr. B. ___ eine Verschlechterung der Lungenfunktion festgestellt wurde. Im Weiteren wurde bei der Untersuchung die empfohlene Blutgasanalyse nicht durchgeführt. 5.5 Insgesamt lassen die Berichte von Dr. B. ___ erhebliche Zweifel am RAD-Gutachten aufkommen, so dass es nicht beweistauglich ist. Insbesondere ist nachvollziehbar, dass eine zuverlässige Beurteilung der Lungenfunktion nur anhand von mehreren Messungen über einen bestimmten Zeitraum möglich ist. Indem allerdings Dr. B. ___ die Restarbeitsfähigkeit ebenfalls lediglich auf seine einmalige Untersuchung gestützt hat, kommt auch diesem Bericht keine rechtsgenügeliche Beweiskraft zu. Aus den genannten Gründen ist somit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch ein neues pneumologisches Gutachten zu ermitteln, und zwar mit Vorteil von einem Facharzt, der die Beschwerdeführerin noch nicht beurteilt hat. Dabei gilt es die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin entsprechend den obigen Erwägungen rechtsgenügelich abzuklären. Im übrigen gilt es festzuhalten, dass Dr. B. ___ im Bericht vom 13. April 2007 eine Rhinokonjunktivitis allergika diagnostiziert hat. Dabei handelt es sich um eine Diagnose, welche im bisherigen Krankheitsverlauf noch nicht festgestellt worden ist. Sie wird im Rahmen der neuerlichen Begutachtung zu verifizieren bzw. mitzubersichtigen sein.

E. 6

6.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 7. März 2007 aufzuheben und die Sache ist zur Anordnung eines Obergutachtens im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Da sie gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b des st. gallischen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (sGS 350.1) Teil der Sozialversicherungsanstalt und damit Teil einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt ist, kommt Art. 95 Abs. 3 VRP (Befreiung von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten) nicht zur Anwendung (vgl.

Urs Peter Cavelti/Thomas Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen – dargestellt an den Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, 2. Aufl., 2003, Rz 792). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

6.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Mit Schreiben vom 29. August 2007 (act. G 15.1) hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Honorarnote in der Höhe von Fr. 3'916.65 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht. Der Betrag scheint der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen, der Honorarnote kann entsprochen werden. Bei diesem Verfahrensausgang wird die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gegenstandslos. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 7. März 2007 aufgehoben und die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'916.65 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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