

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/483 vom 22. April 2008

Sg Versicherungsgericht, 2008-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_483

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/483 du 22 avril 2008

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/483 del 22 aprile 2008

Regeste

Art. 17 ATSG; Rentenrevision; Sachverhalt unklar; Rückweisung zur Einholung eines Obergutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. April 2008, IV 2007/483). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_837/2008.

Erwägungen

E. 1

1.1 Vorliegend ist die Frage streitig, ob die revisionsweise Einstellung der ganzen Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin zu Recht erfolgt ist. 1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20, in der ab 1. Januar 2004 gültigen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zu einer Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (vgl. BGE 125 V 369 E. 2 mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2 mit Hinweisen). Eine anspruchsbeeinflussende Änderung – zum Beispiel eine massgebliche Verbesserung oder Verschlimmerung des Gesundheitszustandes – ist zu

berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat (Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

E. 2

2.1 Zu prüfen ist nachfolgend die Frage, ob sich die für den Invaliditätsgrad massgeblichen Verhältnisse seit der Zusprechung der ganzen Invalidenrente ab 1. November 2001 (Verfügung vom 27. März 2003 [act. G 4.1/46]) bis zur angefochtenen Verfügung vom 29. Oktober 2007 (act. G 4.1/78) in reversionserheblicher Weise geändert haben. 2.2 Der ursprünglichen Rentenverfügung lagen in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die Berichte des behandelnden Arztes Dr. B.____ vom 2. April 2001 (act. G 4.1/25.1 ff.) und vom 17. Juni 2002 (act. G 4.1/5.1 f.), die Berichte des Zentrums für Schlafmedizin und Heimventilation des KSSG vom 27. Dezember 2001 (act. G 4.1/5.5 f.) und vom 28. Februar 2002 (act. G 4.1/5.16 f.), die Berichte von Dr. med. D.____, Arzt für Neurologie, vom 17. Dezember 2001 (act. G 4.1/4.13) und vom 9. Juli 2002 (act. G 4.1/4.1 ff.) sowie die Stellungnahme des RAD vom 17. Juli 2002 (act. G 4.1/3.1) zugrunde. 2.3 Dr. B.____ diagnostizierte im Bericht vom 2. April 2001 insbesondere belastungsabhängige, leistungseinschränkende, invalidisierende Rückenschmerzen. Er kam zum Schluss, dass bezüglich der bisherigen Tätigkeit eine über 50% liegende Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei der Patient voll arbeitsfähig (act. G 4.1/25.1 ff.). Im Verlaufsbericht vom 17. Juni 2002 teilte Dr. B.____ mit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Diagnose seit Herbst 2001 verschlechtert habe. Es sei neu ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom mit ausgeprägter Einschlaf tendenz (ESS 16 Punkte) hinzugekommen. Der Verlauf sei sehr schlecht gewesen. Sowohl die Rückenschmerzen als auch die depressiven Verstimmungen hätten stark zugenommen. Es bestünden auch Angstzustände. Der Beschwerdeführer sei voll arbeitsunfähig (act. G 4.1/5.1 ff.). 2.4 Die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin und Heimventilation diagnostizierten in den Berichten vom 27. Dezember 2001 ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom mit ausgeprägter Einschlaf tendenz, eine seelische Störung mit ausgeprägter Angstsymptomatik bzw. eine Angststörung mit depressiven Anteilen sowie chronifizierte Rückenschmerzen. Beim Beschwerdeführer bestehe darüber hinaus eine Klaustrophobie (act. G 4.1/5.5). Am 28. Februar 2002 berichtete das Schlafzentrum, beim Beschwerdeführer habe sich die CPAP-Behandlung erfreulich gut einschulen lassen. Die befürchteten panikartigen Angstzustände an der Maske seien ausgeblieben und der Beschwerdeführer habe die Therapie problemlos durchführen können. Eine reguläre Verlaufskontrolle sei in 6 Monaten vorgesehen (act. G 4.1/16f.). 2.5 Im Bericht vom 17. Dezember 2001 hielt Dr. D.____ fest, der Beschwerdeführer müsse unbedingt psychiatrisch exploriert werden. Für leichtere körperliche Tätigkeiten bestehe eine 70%-ige Arbeitsunfähigkeit wegen des Rückenleidens und einer ausgeprägten chronifizierten Depression (act. G 4.1/4.10). Im Bericht vom 9. Juli 2002 diagnostizierte er eine langdauernde Depression, ein chronisches Panvertebralsyndrom, ein schweres Schlafapnoesyndrom sowie eine leichte Adipositas. Es bestünden eine ausgeprägte Vergesslichkeit, rasche Ermüdbarkeit sowie eine ausgeprägte Müdigkeit. Die CPAP-Behandlung habe der Beschwerdeführer nicht weiterführen können. Das Schlafapnoesyndrom habe einen wichtigen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In leidensadaptierten Tätigkeiten bestehe beim Beschwerdeführer höchstens eine 20 bis 30%-ige Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerden seien chronifiziert und therapieresistent. Eine Besserung sei nicht zu erwarten (act. G 4.1/4.1 ff.). 2.6 Der Vertrauensarzt der IV-Stelle kam in der Stellungnahme vom 17. Juli 2002 zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer

mindestens eine bleibende 70%-ige Arbeitsunfähigkeit in leichten Tätigkeiten bestehe. Die bereits in Auftrag gegebene MEDAS-Begutachtung sei zu "stornieren" (act. G 4.1/3). 2.7 Gestützt auf die vorstehend genannte medizinische Aktenlage ermittelte die Beschwerdegegnerin in Anwendung eines 25%-igen Leidensabzuges (act. G 4.1/30) einen Invaliditätsgrad von 80% und verfügte die Zusprache einer ganzen Rente (act. G 4.1/46.1 ff.).

E. 3

3.1 Der angefochtenen Verfügung (act. G 4.1/78) wurde das Gutachten der ABI vom 3. April 2007 (act. G. 4.1/65.2 ff.) zugrunde gelegt. Vor dem Gutachtensauftrag an die ABI holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. B. ___ einen Verlaufsbericht ein. 3.2 Dr. B. ___ gab im Verlaufsbericht vom 4. September 2006 an, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär geblieben sei. Der Beschwerdeführer werde derzeit nicht psychiatrisch behandelt und sei wegen angeblicher Nebenwirkungen nicht mehr gewillt, Antidepressiva einzunehmen. Vor allem im Hinblick auf die psychische Problematik sei eine arbeitstechnische und soziale Integration sinnvoll. Dr. B. ___ hofft "immer noch, dass ein Spezialjob für den Patienten gefunden werden" könne. Selbst in einer solchen Tätigkeit besteht nach Auffassung von Dr. B. ___ eine verminderte Leistungsfähigkeit, deren Höhe vom Arbeitsplatz abhängt (act. G 4.1/57.1 ff.). 3.3 Die ABI-Gutachter kommen im interdisziplinären Gutachten vom 3. April 2007 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten, schweren Tätigkeit (Plastikspritzer) vollständig arbeitsunfähig sei. Eine körperlich leichte Tätigkeit, die in wechselnder Position ausgeübt werde, mit einer Gewichtslimite von 10 kg, sei dem Beschwerdeführer ganztags ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Ein psychisches Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, könne nicht diagnostiziert werden. Die verschiedenen internistischen Leiden, insbesondere auch das Schlafapnoesyndrom, hätten keinen Einfluss auf eine leichte Tätigkeit (act. G 4.1/17 ff.).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer rügt, dass das ABI-Gutachten fehlerhaft, nicht nachvollziehbar und nicht schlüssig sei (vgl. act. G 1). Vorab ist daher die Frage zu beurteilen, ob das ABI-Gutachten beweistauglich ist. 4.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der

eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). 4.3 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht beispielsweise bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V E. 3b/aa mit Hinweisen). 4.4 Gegen das ABI-Gutachten bringt der Beschwerdeführer hauptsächlich vor, dass die Beurteilung des Schlafapnoesyndroms unzutreffend sei (vgl. act. G 1, S. 4). 4.4.1 Unter einem Schlafapnoesyndrom wird eine schlafbezogene Atemstörung mit Sistieren des Atemgasflusses an Nase und Mund mit oder ohne Obstruktion der oberen Atemwege verstanden. Anamnestisch wird über mehrfaches "Einnicken" am Tag, besonders bei monotonen Tätigkeiten, berichtet und nachts über sehr häufige apnoische Pausen, die durch laute schnarchende Atemzüge beendet werden. Die Therapie kann unter anderem durch eine nasale kontinuierliche Überdruckbeatmung (CPAP = continuous positive airway pressure) erfolgen. Die konservative Behandlung muss oft lebenslang fortgesetzt werden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 7. Juli 2003 i.S. W., I 198/03, E. 3 mit Hinweisen auf die medizinische Fachliteratur). Im Vordergrund der medizinischen Abklärung des obstruktiven Schlafapnoesyndroms stehen eine ausführliche Anamnese, gestützt auf einen entsprechenden Fragebogen, sowie als Standarduntersuchung die Polysomnographie, was bedingt, dass der Patient eine Nacht im Schlaflabor verbringt (vgl. die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie betreffend Diagnose und Betreuung von Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom, abrufbar im Internet unter: <http://www.pneumo.ch/de/kommissionen-und-arbeitsgruppen/arbeitsgruppe-schlafapnoe/mitglieder-der-arbeitsgruppe-schlafapnoe.html>; Information des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin des KSSG, abrufbar unter: <http://www.pneumologie-kssg.ch/Schlafmedizin/Schlafapnoe>). 4.4.2 Obwohl die ABI-Gutachter aufgrund der Patientenangaben die Müdigkeit als "Kardinalproblematik" bezeichnen (act. G 4.1/65.15) und in den Vorakten ein schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1/4.1 ff.) diagnostiziert wurde, fehlen entsprechende fachärztliche (pneumologische) Untersuchungen und Würdigung der entsprechenden medizinischen Vorakten. Allein schon das Fehlen eines Gutachters der pneumologischen Fachrichtung stellt einen erheblichen Mangel an der ABI-Begutachtung dar. Hinzu kommt, dass der begutachtende Internist keine der vorstehend genannten medizinischen Fachliteratur entsprechenden Untersuchungen vorgenommen hat. Mit anderen Worten berücksichtigt das ABI-Gutachten nicht in rechsgenügender Weise das Beschwerdebild des Beschwerdeführers und beruht nicht auf den erforderlichen eingehenden medizinischen Untersuchungen. Allein schon aufgrund

dieser schweren Mängel kann dem ABI-Gutachten kein Beweiswert zukommen. Die Tatsache, dass der internistische Gutachter selbst keine eigene Beurteilung oder gar eine eigene Diagnose im ABI-Gutachten macht, weckt zusätzlich Zweifel an der Zuverlässigkeit des ABI-Gutachtens. Des Weiteren bestehen Widersprüche zwischen dem psychiatrischen und orthopädischen Teilgutachten. So hält der psychiatrische Teilgutachter fest, die geklagten körperlichen Beschwerden hätten somatisch nicht objektiviert werden können (act. G 4.1/65.9), während der orthopädische Gutachter angibt, "zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die vom Exploranden angegebenen Beschwerden durch die heute objektivierbaren Befunde zumindest teilweise erklären lassen" (act. G 4.1/65.14). Auch äussert sich der orthopädische Gutachter nicht zu den medizinischen Vorakten. Er begründet den Verzicht auf eine entsprechende Stellungnahme damit, dass eine kürzliche fachärztliche Einschätzung zur Situation am Bewegungsapparat nicht vorliege (act. G 4.1/65.15). In Anbetracht der vorliegenden Rentenrevision, wo gerade eine Auseinandersetzung mit den vor Jahren zurückliegenden medizinischen Verhältnissen erforderlich ist und die entscheidende Frage, ob sich die Verhältnisse in reversionserheblicher Weise verändert haben, beantwortet werden muss, ist das Verhalten des orthopädischen Teilgutachters nicht nachvollziehbar und unsorgfältig. 4.5 Zusammenfassend ist in tatsächlicher Hinsicht festzuhalten, dass das ABI-Gutachten an erheblichen Mängel leidet. Daher ist es nicht beweistauglich und kann für die Beurteilung der vorliegenden Revisionsfrage nicht hinzugezogen werden. Zu prüfen bleibt daher die Frage, ob der übrigen medizinischen Aktenlage eine reversionserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse entnommen werden kann. 4.5.1 Dr. B. ___ hält im Verlaufsbericht vom 4. September 2006 zwar fest, der Gesundheitszustand sei seither stationär geblieben. "Der Gesundheitszustand hat sich seit dem letzten Bericht kaum geändert." Dennoch hält er fest, dass sich die Rückenbeschwerden verbessert hätten, da der Körper des Beschwerdeführers nicht belastet werde, und die depressiven Verstimmungen derzeit nicht behandelt würden (act. G 4.1/57.1 ff.). Dr. B. ___ äussert sich aber nicht zur Frage, ob und in welchem Umfang sich die Arbeitsfähigkeit verbessert habe. 4.5.2 Gestützt auf den Verlaufsbericht von Dr. B. ___ vom 4. September 2006 bestehen Anhaltspunkte, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat. Die Frage, ob und in welchem Umfang sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers reversionserheblich verbessert hat, kann aber weder anhand des Verlaufsberichts von Dr. B. ___ vom 4. September 2006 noch anhand der übrigen medizinischen Aktenlage schlüssig beurteilt werden. Die Sache ist deshalb zur ergänzenden medizinischen Beurteilung an die Verwaltung zurückzuweisen. Diese wird im Rahmen eines Obergutachtens abzuklären haben, ob und gegebenenfalls wie sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer geeigneten Verweisungstätigkeit bis am 29. Oktober 2007 (Erlasszeitpunkt der angefochtenen Verfügung; act. G 4.1/78) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entwickelte. Sollte sich ergeben, dass bis 29. Oktober 2007 (Verfügungszeitpunkt) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, wird die Verwaltung eine neue Invaliditätsbemessung durchzuführen haben. In der Folge wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch revisionsweise neu zu verfügen haben. In Anbetracht des vielschichtigen Beschwerdebildes wird die Beschwerdegegnerin nicht umhin kommen, ein neues interdisziplinäres Obergutachten erstellen zu lassen. Da der Beschwerdeführer durch das KSSG bereits eingehend pneumologisch untersucht wurde, wird die Beschwerdegegnerin zweckmässigerweise das KSSG unter Mitwirkung der bereits involvierten Schlafmediziner

mit der interdisziplinären Begutachtung beauftragen.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, dass selbst bei Verneinung eines Revisionsgrundes die angefochtene Verfügung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden könne. 5.2 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung steht es den Sozialversicherungsgerichten bei Feststellung zweifelloser Unrichtigkeit frei, die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen (BGE 125 V 369 E. 2 mit Hinweisen). Das Versicherungsgericht hat im Urteil vom 3. Dezember 2007, IV 2006/181, eingehend dargelegt, weshalb es die genannte höchstrichterliche Rechtsprechung für unzutreffend hält. Es wäre Sache der Beschwerdegegnerin, über eine Wiedererwägung zu befinden. Das Gericht ist dazu jedenfalls nicht verpflichtet.

E. 6

Dass die durch das Schlafapnoesyndrom bedingte Behinderung mittels – der bereits vor Erlass der Rentenverfügung abgebrochenen (act. G 4.1/4.2) – CPAP-Therapie behoben werden könnte, wie das die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2008 geltend macht (act. G 4, S. 5), wird noch zu prüfen sein. Eine erste Therapie erwies sich zunächst offenbar als problemlos (act. G 4.1/411). Die Umstände, weshalb der Beschwerdeführer die Therapie im Jahr 2002 nicht fortführte, sind ungeklärt. Dr. D.____ hielt fest, dass der Beschwerdeführer die Behandlung nicht weiterführen konnte, ohne eine Begründung anzugeben (act. G 4.1/4.2). Auch Dr. B.____ gab keine Begründung; nach ihm klappte es mit dem Beatmungsapparat nicht (act. G 4.1/52.2). Im Bericht des Interdisziplinären Zentrums für Schlafmedizin des KSSG vom 7. März 2008 heisst es, dass die CPAP-Therapie im Jahr 2002 wegen Maskenintoleranz abgebrochen worden sei. Bei den erneuten Therapieversuchen anfangs 2008 seien Panikattacken aufgetreten (act. G 10.1, S. 1). In der Fachliteratur ist anerkannt, dass eine Klaustrophobie Probleme bei der Anwendung der CPAP-Therapie bereitet (vgl. Sven Rostig, "Proportional Positive Airway Pressure" (PPAP): Ein neues Konzept zur Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe, Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin der Philipps-Universität Marburg, 2001, S. 19, mit Hinweisen auf die Literatur). Ob und wieweit solche Probleme eine erfolgreiche CPAP-Therapie behindern, wird die Beschwerdegegnerin noch abzuklären haben.

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 29. Oktober 2007 aufzuheben, und die Sache ist zur Anordnung eines Obergutachtens im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 7.2 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. 1bis 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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 7.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). 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.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. Im vorliegenden Fall erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive 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 29. Oktober 2007 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer 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.