

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/219 vom 16. Juni 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_219

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/219 du 16 juin 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/219 del 16 giugno 2010

Regeste

Art. 49 Abs. 4 ATSG, aArt. 29 Abs. 1 IVG. Legitimation der Pensionskasse zur Beschwerde gegen den IV-Entscheid. Gerichtliche Abklärungen zum Rentenbeginn. Verspätete Anmeldung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juni 2010, IV 2008/219).

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 eine befristete Rente für die Zeit bis 31. Mai 2007 im Streit steht, sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anwendbar.

E. 2

In formeller Hinsicht stellt sich die Frage nach der Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin. Diese verweist in ihrer Stellungnahme vom 23. April 2009 auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach die Verfügung der Beschwerdegegnerin für sie (die Beschwerdeführerin) bindende Wirkung entfalte, wenn sie in Rechtskraft erwachse, woraus sich ein gesetzlich geschütztes Beschwerderecht ergebe. Sie verweist in diesem Zusammenhang auf Art. 49 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). In BGE 132 V 5 E. 3.3.1 führte das Bundesgericht aus, indem die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung für die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge prinzipiell bindend sei, sei sie geeignet, die Leistungspflicht des BVG-Versicherers in grundsätzlicher, zeitlicher und masslicher Hinsicht im Sinne von Art. 49 Abs. 4 ATSG (unmittelbar) zu berühren. Die Organe der beruflichen Vorsorge seien daher zur Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt; ebenso sei der BVG-Versicherer befugt, Verwaltungsgerichtsbeschwerde ans Eidgenössische Versicherungsgericht gegen Entscheide kantonaler Gerichte in Streitigkeiten um eine Rente der Invalidenversicherung zu führen. Die gegenteilige Auffassung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen (IV 2008/109) hat das Bundesgericht mit Entscheid 9C_51/2009 vom 30. April 2009 verworfen und an seiner bisherigen Rechtsprechung festgehalten. Unter diesen Umständen ist die Beschwerdelegitimation der Beschwerdeführerin zu bejahen, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

E. 3.1

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 (aArt. 7 ATSG). Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie 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.

E. 3.2

Gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu 40% arbeitsunfähig gewesen ist. Zudem muss nach Ablauf des Wartejahrs zukünftig eine Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40% gegeben sein (BGE 121 V 273). Das Wartejahr beginnt in demjenigen Zeitpunkt, in dem die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person mindestens 20% beträgt (AHI-Praxis 1998, 124 E. 3c SVR-IV 1998 Nr. 7, 27), zu laufen und dauert so lange, bis sie grundsätzlich den für die Entstehung des Rentenanspruchs relevanten Wert für die Dauer eines Jahres erreicht hat. Meldet sich die versicherte Person mehr als zwölf Monate nach Entstehen des Anspruchs an, so werden die Leistungen grundsätzlich lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet (aArt. 48 Abs. 2 IVG).

E. 3.3

Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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.

E. 4.1

Vorliegend umstritten und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Beginn des Wartejahrs im Sinn von aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG zu Recht auf den 1. Januar 2006 festgesetzt hat.

E. 4.2

Die angefochtene Verfügung stützt sich auf den Bericht von Dr. A.____ vom 21. Mai 2007, in welchem dieser der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2006 attestiert hat (act. G 10.1.15), auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes B.____ vom 29. Juni 2007, der diesen Bericht bzw. "die spärlichen medizinischen Unterlagen" als plausibel erachtete (act. G 10.1.22) sowie auf die weitere Stellungnahme von Dr. A.____ vom 23. Oktober 2007 (act. G 10.1.35) und jene der RAD-Ärzte B.____ und Dr. C.____ vom 25. Februar 2008 (act. G 10.1.39). Mit der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass die Berichte von Dr. A.____ vom 21. Mai und 23. Oktober 2007 keine ausreichende Grundlage

für die Zusprache einer Invalidenrente darstellen, enthalten sie doch mehr oder weniger nur die Diagnosen sowie eine rückwirkende Festlegung der Arbeitsfähigkeit, die nicht weiter begründet wird (act. G 10.1.15 und 5.1.35). Die Zurückdatierung der 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf den 1. Januar 2006 kann aufgrund dieser Berichte nicht nachvollzogen werden; allein gestützt auf die Diagnose darf jedenfalls nicht auf den Umfang der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Unter diesen Umständen vermögen auch die entsprechenden Stellungnahmen des RAD nicht zu überzeugen. Damit steht fest, dass die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren den Untersuchungsgrundsatz verletzt hat, indem sie den medizinischen Sachverhalt nur unzureichend abgeklärt hat. Vor diesem Hintergrund hat die Beschwerdegegnerin unabhängig vom Ausgang dieses Verfahrens die anfallenden Gerichtskosten zu tragen, beruht die angefochtene Verfügung doch auf einem ungenügend abgeklärten Sachverhalt, weshalb ihre Anfechtung grundsätzlich zu Recht erfolgt ist. Ebenso muss die Beschwerdegegnerin für die Kosten der - an sich von ihr vorzunehmenden - zusätzlichen Abklärungen aufkommen.

E. 4.3

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens hat die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Akten eingeholt und diese dem RAD wiederum zur Stellungnahme vorgelegt (vgl. act. G 8), woraufhin Dr. C. ___ am 7. und 20. Oktober 2008 im Ergebnis (bezügliche Beginn des Wartejahrs) an seiner ursprünglichen Einschätzung festhielt (act. G 8.1 und 10.2). Auch diese Beurteilungen vermögen jedoch nicht zu überzeugen, ging Dr. C. ___ in diesen Berichten "nur noch" von einer mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten aus, ohne die Abweichung zu früheren RAD-Beurteilungen und zur Einschätzung von Dr. A. ___, die von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen, zu begründen. Den von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingeholten medizinischen Unterlagen kann keine echtzeitliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten entnommen werden (act. G 10.3). Bis Juni 2006 haben offenbar regelmässig "übliche Verlaufskontrollen" stattgefunden, wobei im radiologischen Untersuchungsbericht des KSSG vom 31. Januar 2006 festgehalten wurde, vergleichend zur Voruntersuchung vom 10. August 2005 sei neu ein mittelvolumiger, rechts-dorsaler Pleuraerguss (ca. 600 ml) mit zusätzlich neu abgrenzbarem, ca. 1.2 cm grossem Lymphknoten präcarinär (3 lma 14) sowie bis 9 mm subcarinär (3 lma 16) aufgetreten. In der Nachkontrolle vom 7. Februar 2006 wurde ein starker broncho-pulmonaler Infekt festgestellt. Im Bericht des KSSG vom 13. Juni 2006 wurde festgehalten, erfreulicherweise zeige die Thoraxuntersuchung bezüglich der Tumorsituation keinen Hinweis für neue Läsionen bzw. eine Progredienz der posttherapeutischen Residuen. Bezüglich der Leber sei das Bild nicht ganz konklusiv, jedoch fänden sich zumindest keine neuen Herde und den Bereich im Narbengebiet nach Metastasektomie würden sie (die Ärzte) anlässlich der Kontrolle in einem halben Jahr erneut bildgebend dokumentieren. Im Bericht vom 27. Juni 2006 führte Dr. A. ___ aus, die Versicherte zeige seit 15. Juni 2006 zunehmende Zeichen einer oberen Einflusstauung mit oedematöser Schwellung des rechten Arms und einem Medusenhaupt im Bereich der oberen Thoraxaperatur. Er habe ihr eine stationäre Abklärung am KSSG empfohlen. In der Folge war die Versicherte vom 28. Juni bis 6. Juli 2006 am KSSG hospitalisiert. Wie dem Bericht des KSSG vom 7. Juli 2006 entnommen werden kann, wurden bei dieser Hospitalisation verschiedene Eingriffe durchgeführt, nämlich am 29. Juni und 6. Juli eine Dilatation und ein Cava-Stent sowie am 5. Juli 2006 Ausbau eines nicht mehr funktionierenden Port-a-Cath. Ab September 2006 häufen sich die medizinischen Abklärungen und Untersuchungen noch mehr (vgl. Zusammenstellung in der

RAD-Stellungnahme vom 7. Oktober 2008, act. G 10.2). Diesen Arztberichten kann entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Lauf des Jahres 2006 deutlich verschlechtert hat. Allerdings lässt sich anhand dieser Berichte nicht zuverlässig feststellen, ab wann die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit dauernd im Ausmass von mindestens 20% eingeschränkt war. Aus diesem Grund hat das Gericht bei Dr. A.____ und Prof. Dr. D.____ weitere Abklärungen vorgenommen.

E. 4.4

In diesem Zusammenhang geht aus der von Dr. A.____ erstellten Krankengeschichte (act. G 31.1) hervor und ist im Übrigen unbestritten, dass die Versicherte vom 6. Dezember 2004 bis 16. Juni 2005 (erneut) zu 100% und vom 17. Juni bis 28. August 2005 zu 50% arbeitsunfähig gewesen ist. Bei dieser Beurteilung handelt es sich um echtzeitliche Arbeitsfähigkeitsschätzungen, hat die Versicherte die betreffenden Daten doch auch in der Anmeldung zum Bezug einer Invalidenrente genannt, wobei sie allerdings angab, bis 31. August 2005 zu 50% arbeitsunfähig gewesen zu sein (act. G 10.1.6-5); gleichlautende Angaben machte auch die Arbeitgeberin (act. G 10.1.23-4). Der weitere Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist nicht echtzeitlich dokumentiert. Aus dem Umstand, dass Dr. A.____ der Versicherten ausdrücklich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis 28. August 2005 attestiert hat, darf nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass die Versicherte danach wieder in höherem Ausmass bzw. gar zu 100% arbeitsfähig gewesen ist. Daraus, dass die Versicherte im Juli 2005 ihre Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen hat, kann jedenfalls keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden, war die Versicherte doch in einem 50%-Pensum tätig, so dass sie ihre Arbeit grundsätzlich auch bei Bestehen einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit erledigen konnte (vgl. act. G 10.1.37). Aus den Zeiterfassungen der Arbeitgeberin geht im Übrigen hervor, dass die Versicherte effektiv weniger als 50% gearbeitet hat (Ferienbezüge, Verrechnung Fehlzeiten mit Überzeit; vgl. act. G 10.1.37-4 bis 10). Auch aus den weiteren Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten in jenem Zeitpunkt erheblich und für längere Zeit verbessert hätte. In diesem Sinn hielt auch Prof. Dr. D.____ in seinem Bericht vom 29. März 2010 fest, die von der Versicherten bis 31. Dezember 2005 innegehabte 50%ige Tätigkeit schätze er als maximal zumutbare Arbeitsleistung ein (act. G 33). Es ist somit davon auszugehen, dass die Versicherte über Ende August 2005 hinaus weiterhin zu 50% arbeitsunfähig war. Zu prüfen bleibt damit, wann sich der Gesundheitszustand der Versicherten weiter verschlechtert hat bzw. ob ab 1. Januar 2006 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden kann; für eine zwischenzeitliche Verbesserung gibt es in den Akten keinerlei Anhaltspunkte. Prof. Dr. D.____ führte aus, die Versicherte habe zu Beginn des Jahres 2006 einen starken broncho-pulmonalen Infekt erlitten, der zum Zeitpunkt der CT-Untersuchung vom 7. Februar 2006 noch angedauert habe und durch einen Pleuraerguss rechts und auch vergrösserte Lymphknoten im Thoraxbereich begleitet worden sei, die wegen der Infektsituation als möglicherweise noch reaktiv interpretiert worden seien. Er habe ihr dann Antibiotika verschrieben und Dr. A.____ gebeten, sie kurzfristig bezüglich des Therapieeffekts und der Therapiedauer zu kontrollieren. Es sei vereinbart worden, im Juni 2006 eine nächste onkologische Re-Evaluation durchzuführen. Bei der CT-Untersuchung im Juni 2006 habe sich überraschend gezeigt, dass die Versicherte Lungenembolien habe, weswegen er (Prof. Dr. D.____) sofort Dr. A.____ informiert habe, damit er mit der Blutverdünnung habe beginnen können. Dies habe alles gut geklappt. Er gehe davon aus, dass die Versicherte von Januar bis Juni 2006 im Wesentlichen von Dr. A.____ betreut worden sei. Mindestens während der Zeit des

broncho-pulmonalen Infekts sei die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (act. G 33). Der von Dr. A.____ erstellten Krankengeschichte kann entnommen werden, dass die Versicherten ihn in der Zeit von Januar bis und mit Mai 2006 wie folgt aufgesucht hat: dreimal im Februar (14., 17. und 28.), zweimal im April (4. und 7.) sowie einmal im Mai (19.). Anzeichen dafür, dass sich der Zustand der Versicherte durch den broncho-pulmonalen Infekt nachhaltig (weiter) verschlechtert hätte, können den betreffenden Aufzeichnungen nicht entnommen werden, vermerkte Dr. A.____ doch sowohl am 17. als auch am 28. Februar 2006 "AZ gut". Hingegen ist ab Juni 2006 von einer drastischen und rapiden Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten auszugehen, häufen sich ab jenem Monat doch die Konsultationen bei Dr. A.____ (act. G 31.1). Prof. Dr. D.____ berichtete, Ende Juni (Hospitalisation 28. Juni bis 6. Juli 2006) habe sich trotz Antikoagulation eine obere Einflusstauung gebildet, weswegen die Vena cava dilatiert und ein Cava-Stent habe eingelegt werden müssen. Die Thrombose der Vena cava superior sei als paraneoplastische Hyperkoagulabilität unter Antikoagulation mit Marcoumar interpretiert worden und weise darauf hin, dass sich zu diesem Zeitpunkt leider wieder eine relevante Tumoraktivität bemerkbar gemacht habe. Aus Erfahrung müsse bei klinischem Auftreten solcher Zustände davon ausgegangen werden, dass die Tumoraktivität bereits vorher wieder in Gang gekommen sei und den Zustand der Versicherten sicherlich negativ beeinflusst habe. Da er sie in dieser Zeit jedoch nicht gesehen habe, könne er keine Aussage zum Ausmass der Beeinträchtigung machen (act. G 33). Gestützt auf diese Aktenlage ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten spätestens im Juni 2006 massiv und dauerhaft verschlechtert hat, so dass ab 1. Juni 2006 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

E. 4.5

Nach dem Gesagten ist die Versicherte vom 6. Dezember 2004 bis 16. Juni 2005 zu 100%, vom 17. Juni 2005 bis 31. Mai 2006 zu 50% und ab 1. Juni 2006 bis zu ihrem Tod zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Folglich ist das Wartejahr im Sinn von aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG am 1. Dezember 2005 abgelaufen, wobei die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit über 70% lag. Ab jenem Zeitpunkt hatte die Versicherte somit grundsätzlich Anspruch auf eine Invalidenrente. Zu beachten gilt allerdings, dass sie sich erst am 14. April 2007 zum Bezug einer Invalidenrente angemeldet hat (act. G 10.1.6-8), so dass gemäss Art. 48 Abs. 2 IVG lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate Leistungen auszurichten sind. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als nicht korrekt. Sie ist daher aufzuheben, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese gestützt auf die vorliegend ermittelten Ergebnisse die geschuldeten Leistungen neu festsetzt und ausrichtet.

E. 5.1

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die angefochtene Verfügung vom 7. März 2008 ist aufzuheben, und die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 5.2

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 insgesamt Fr. 600.--

erscheint vorliegend als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Dementsprechend ist der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten. Die im Gerichtsverfahren angefallenen Abklärungskosten im Umfang von Fr. 300.-- (Rechnung Prof. Dr. D. ___ vom 31. März 2010) sind ebenfalls durch die Beschwerdegegnerin zu tragen.

E. 5.3

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen (vgl. Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110], der für das kantonale Verfahren analog angewendet werden kann). Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinn teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 7. März 2008 aufgehoben und die Sache zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt die Verfahrenskosten von Fr. 900.--. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

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