

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/367 vom 18. Mai 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-05-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_367

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/367 du 18 mai 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/367 del 18 maggio 2010

Regeste

Art. 8 ATSG, Art. 8 und 28 IVG. Rückweisung der Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung, weil sich der Sachverhalt aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten, insbesondere der Beurteilung der behandelnden Ärztin und der davon (wegen Nichtnachvollziehbarkeit dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeit) abweichenden Beurteilung des RAD (ohne zugrunde liegende klinische Untersuchung), nicht ausreichend zuverlässig beurteilen lässt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2010, IV 2008/367).

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtenen Verfügungen am 31. Juli 2008, also unter der Geltung des Rechts dieser Revision, erlassen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in eine Zeit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision zurück. Die 5. IV-Revision enthält keine die Rente betreffende übergangsrechtliche Bestimmung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen unterstellt aber zu Recht eine ausfüllungsbedürftige Lücke (vgl. das Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007). Die Definition der Sachverhalte, auf die noch altes Recht anwendbar sein soll, sollte durch ein materiell-rechtliches, unbeeinflussbares Merkmal erfolgen. In Frage kommen der Zeitpunkt der Entstehung des Auszahlungsanspruchs oder der Eintritt des Versicherungsfalls, beide definiert nach dem alten, ausser Kraft getretenen Recht (zum Ganzen im Detail der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M. vom 28. Oktober 2009, IV 2009/5). Bezüglich des Rentenbeginns sind deshalb vorliegend angesichts der IV-Anmeldung von Februar 2008 und des zurückliegenden Eintritts der Arbeitsunfähigkeit (möglicherweise im Mai 2006) die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen (im Folgenden angeführt) anzuwenden. Für die Invaliditätsbemessung hat sich indessen keine Änderung der Rechtslage ergeben. 1.2 Mit den angefochtenen Verfügungen hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin (in Bezug auf die Ansprüche auf berufliche Massnahmen und auf eine Rente) abgewiesen.

E. 2

2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Für den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen wie für denjenigen auf eine Rente sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen für eine Erwerbstätigkeit von Bedeutung. Aufgabe des

Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

2.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Alle Beweismittel sind, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und es ist danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (vgl. BGE 125 V 351).

2.3 Bei der Würdigung von Berichten der behandelnden Ärzte ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass es ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung wegen mitunter vorkommt, dass sie in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (so etwa der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 6. Dezember 2006, I 329/06; BGE 125 V 353 E. 3b/cc; vgl. Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, S. 229 f.). Es muss bei ihnen auch damit gerechnet werden, dass sie sich durch die "Macht des Faktischen" von der pessimistischen subjektiven Einstellung ihrer Patienten überzeugen lassen (so der nicht veröffentlichte Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S A.M.-C. vom 27. März 2003). Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf aber nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S B. vom 27. Mai 2008, 9C_24/08).

2.4 Die regionalen ärztlichen Dienste setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 Abs. 1 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV können sie bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest. Entgegen dem in der Rechtsprechung (Bundesgerichtsentscheid i/S Z. vom 14. Juli 2009, 9C_323/09) erweckten Eindruck ist aus der Anleitung des Art. 49 Abs. 2 IVV zur Arbeitsweise des RAD nichts zur Frage abzuleiten, ob im Einzelfall eigene Untersuchungen erforderlich sind oder nicht. Das Absehen von eigenen Untersuchungen kann ein Grund sein, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es nicht um die Beurteilung eines im Wesentlichen bereits feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person unentbehrlich ist (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S G. vom 10. März 2010, IV 2009/93; vgl. auch Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S G. vom 11. März 2010, IV 2008/427, und i/S K. vom 17. Juni 2009, IV 2007/454). Auch auf Stellungnahmen des RAD kann nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 15. Dezember 2006, I 694/05 E. 2).

E. 3

3.1 Zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegt bei den Akten zunächst der IV-Arztbericht von Dr. B. ___ vom 18. April 2008. Danach ist der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar, leichtere, im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten sind noch zu 50 %, d.h. an vier Stunden täglich, zumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus beidseitigen Fuss- und Sprunggelenksleiden (Knick-, Senk- und Spreizfuss, Status nach OSG-Trauma vor 27 Jahren, cuneiforme-naviculare Arthrose, Fersensporn und beginnende USG- und OSG-Arthrose).

3.2 Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Ärztin für eine adaptierte Tätigkeit, begründet mit Dauerschmerzen, die sich nach vier Stunden auch im Sitzen auswirkten, hielt der RAD für nicht nachvollziehbar. Würden längeres Stehen und Gehen und Gehen auf unebenem Grund vermieden, so beeinträchtigte das Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht.

3.3 Dass auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten, also die Füße und Sprunggelenke nicht beanspruchenden Tätigkeit zur Hälfte eingeschränkt sei, ist tatsächlich aufgrund des Arztzeugnisses von Dr. B. ___ nicht von vornherein plausibel und die Auffassung des RAD also nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen.

3.4 Bei dieser dürftigen Beweislage wären allerdings ergänzende Abklärungen unabdingbar gewesen. Der RAD hat mit seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht das Abstellen auf die eine oder die andere in den Akten wiedergegebene medizinische Würdigung befürwortet, sondern eine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben, die durch keine andere medizinische Beurteilung - eines Arztes oder Gutachters, welcher die Beschwerdeführerin selber untersucht hätte - gestützt wird. Begründet wird die Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit vom RAD allein damit, dass die Beurteilung der behandelnden Ärztin nicht nachvollziehbar sei. Die RAD-Arbeitsfähigkeitsschätzung ist aber nicht das Ergebnis einer eigenen Befunderhebung. Eine überwiegende Wahrscheinlichkeit hat die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit bei diesen Gegebenheiten nicht für sich.

3.5 Die erforderliche Klärung ergibt sich auch nicht aus den nach der RAD-Beurteilung eingereichten medizinischen Akten. Dr. B. ___ erklärte die nach ihrer Auffassung 40 % übersteigende "Invalidität" im Einwand gegen den Vorbescheid damit, dass die Beschwerdeführerin nicht eingegliedert sei und der Schmerzen wegen keinen Arbeitsplatz gefunden habe. Sie legte einen Bericht über eine bildgebende Diagnostik vom 6. Juni 2008 ein, worin zum Ausschluss einer Osteonekrose eine MRT-Untersuchung empfohlen wurde. Nach der Aktenlage ist noch keine entsprechende Abklärung erfolgt. Beim medizinischen Laien weckt der geäußerte Verdacht auf eine Sinterung und/oder eine allfällige Osteonekrose Zweifel an der Verlässlichkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 100 %, selbst wenn sie sich auf angepasste Arbeiten bezieht. Dr. D. ___, Arzt im gleichen Zentrum wie Dr. B. ___, bestätigte (am 10. November 2008, nach dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) deren Arbeitsfähigkeitsschätzung von 50 % für eine im Sitzen zu verrichtende Arbeit, ohne allerdings eine Begründung abzugeben. Weitere Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind nicht vorhanden.

3.6 Dazu kommt, dass sich den mit der Replik eingereichten Aufschrieben der Beschwerdeführerin entnehmen lässt, dass sie ärztliche Hilfe auch weiterer Beschwerden wegen (Nacken, untere Wirbelsäule/Becken, rechtes Knie) gesucht hat. Dr. F. ___ etwa bescheinigte denn auch am 12. November 2008, dass sie seit März 2005 wegen chronischer Beschwerden des Bewegungsapparates in Behandlung stehe, die als Langzeitfolgen einer beidseitigen Sprunggelenksverletzung zu beurteilen seien. Der Chiropraktor Dr. E. ___ hat am 6. Februar 2006 von einem lumbosakralen spondylogenen Schmerzsyndrom und einem iliosakralen Reizsyndrom links

berichtet. Diese Beeinträchtigungen haben im IV-Arztbericht von Dr. B.____ keine Erwähnung gefunden. Welchen Grund das hat, wird nicht ersichtlich. Aktenkundig geworden ist ferner, dass die Beschwerdeführerin in den Jahren 2005 und 2006 bei Dr. A.____ in Behandlung gestanden hatte. Unter diesen Umständen erscheint eine ergänzende medizinische Abklärung, welche auf der Erhebung einer umfassenden Anamnese und der Befunde basiert, unerlässlich.

E. 4

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 31. Juli 2008 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.2 Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. SVR 1995 IV Nr. 51 S. 143; ZAK 1987 S. 266 E. 5a).

Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 5. November 2008 ist damit obsolet geworden.

4.3 Die Beschwerdeführerin hat bei vollem Obsiegen 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). 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 Bedeutung der Streitsache und dem merklich unterdurchschnittlichen Aufwand angemessen erscheint vorliegend eine Parteientschädigung von Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die angefochtenen Verfügungen vom 31. Juli 2008 aufgehoben und die Sache wird zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne 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. 2'000.-- zu bezahlen.

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