

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/103 vom 23. November 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-11-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_103

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/103 du 23 novembre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/103 del 23 novembre 2010

Regeste

Art. 8 Abs. 1 ATSG; Art. 7 ATSG. Würdigung medizinischer Berichte. Rückweisung zur weiteren Abklärung, da aktuelle Untersuchungen in mehreren medizinischen Teilgebieten fehlen (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. November 2010, IV 2009/103).

Erwägungen

E. 1

1.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen 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 Art. 28 Abs. 2 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. 1.2 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).

E. 2

2.1 Offenbar war die Beschwerdeführerin im vorliegend massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 lediglich bei ihrem Hausarzt Dr. D.____ in regelmässiger Behandlung. Dieser gab in seinem Bericht vom 8. Dezember 2008 an, er habe die Beschwerdeführerin im Lauf der vergangenen drei Jahre sehr oft gesehen. Er habe ihr verschiedentlich tageweise (zwei bis vier Tage) volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin durch den Verlust ihrer Arbeitsstelle hinsichtlich körperlicher und zeitlicher Belastung eine Erleichterung habe erfahren können, habe nicht zu einer Besserung ihres Befindens geführt. In den letzten Monaten habe er die Beschwerdeführerin alle paar Wochen vor allem wegen starker Kopfschmerzen gesehen. Neue Erkenntnisse somatischer Art seien nicht hinzugekommen (IV-act. 14-2). Zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit empfahl Dr. D.____ eine ergänzende medizinische Abklärung. Er selbst sah sich nicht in der Lage, die Arbeitsfähigkeit mit hinreichender Sicherheit einzuschätzen (IV-act. 14-4).

2.2 Die Ausführungen von Dr. D.____ lassen nicht genügend wahrscheinlich den Schluss zu, dass keine (teilweise) Arbeitsunfähigkeit bestehe. Zwar attestierte er seit 2006 immer nur kürzere, bis maximal drei Wochen am Stück anhaltende Arbeitsunfähigkeiten. Bei der letzten Arbeitgeberin hatte die Beschwerdeführerin folglich relativ häufige, aber jeweils nicht längerfristige Arbeitsausfälle. Dies allein lässt jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass grundsätzlich keine relevante, andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Beschwerdeführerin gab in der IV-Anmeldung an, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestünden seit ca. 2003. Dem Kumulativjournal Mitarbeiter der ehemaligen Arbeitgeberin lässt sich für 2006 entnehmen, dass sich die produktive Präsenzzeit der Beschwerdeführerin während jenes Jahres auf durchschnittlich gut zwei Drittel der effektiven Sollarbeitszeit beschränkt hatte (IV-act. 8-12). Im Kündigungsschreiben vom 29. November 2006 wies die Arbeitgeberin auf immer wieder auftretende Schwindelanfälle hin. Durch diese sei die Beschwerdeführerin bereits mehrfach gestürzt und kurzzeitig ohnmächtig geworden. Unter diesen Umständen sei es zu gefährlich, in einem Produktionsbetrieb zu arbeiten (IV-act. 8-9). Auch wenn die Beschwerdeführerin offenbar immer wieder während Wochen ohne sich auswirkende Einschränkungen voll arbeitete, führten die gemäss Angaben der Arbeitgeberin persistierenden Schwindelanfälle letztlich zur Kündigung. Ob ihr medizinisch-theoretisch zumutbar war, grundsätzlich voll zu arbeiten, ist vor diesem Hintergrund unklar. Der Ohrenarzt Dr. E.____ hatte am 1. Februar 2006 festgehalten, er denke in erster Linie an einen anfallartig auftretenden Lagerungsschwindel, der zwischenzeitlich verschwunden sei (IV-act. 14-18). Offensichtlich waren die Schwindelbeschwerden jedoch Ende 2006 noch immer in einem derartigen Ausmass vorhanden, dass sie für die Arbeitgeberin sogar Grund zur Kündigung insbesondere aus Überlegungen der Betriebssicherheit (im Zusammenhang mit der notwendigen Maschinenbedienung) waren. Abklärungen an der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG vom 11. April 2008 ergaben wegen der chronischen Otitis media simplex eine grundsätzliche Operationsindikation (Tympanoplastik), wobei die Beschwerdeführerin zu jener Zeit nur wenig Beschwerden äusserte, sodass eine Operation als nicht zwingend indiziert bezeichnet wurde. Zu Schwindelbeschwerden äussert sich der Bericht vom 14. April 2008 nicht (IV-act. 14-32 f.). Ob diese 2006 nach Angabe der Arbeitgeberin zur Kündigung veranlassende Problematik in einem Zusammenhang mit dem chronischen

Ohrenleiden stehen könnte, lässt sich mit den vorhandenen Akten nicht beantworten. Diesbezüglich sind weitere Abklärungen angezeigt. 2.3 Betreffend die rheumatologische Situation war die Aktenlage im Verfügungszeitpunkt ebenfalls nicht hinreichend klar. Der Rheumatologe Dr. C. ___ äusserte im Bericht vom 16. Oktober 2008 zwar seine Ansicht, die Beschwerdeführerin sei für leichte Arbeit vollständig arbeitsfähig, relativierte diese Einschätzung aber mit dem Hinweis, er habe sie lediglich einmal konsiliarisch gesehen. Diese Konsultation hatte am 12. Februar 2007 stattgefunden, lag also bei Verfügung über zwei Jahre zurück. Zudem wies Dr. C. ___ darauf hin, dass das diagnostizierte chronische Zervikovertebralsyndrom bei muskulären Dysbalancen und segmentalen Dysfunktionen radiologisch nicht abgeklärt worden sei (IV-act. 11-1). Nach Lage der Akten wurden offenbar bis zum Verfügungszeitpunkt (Februar 2009) in Bezug auf die HWS keine bildgebenden Verfahren durchgeführt. Auch diesbezüglich bleiben Unsicherheiten zur Zuverlässigkeit der vom RAD vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsschätzung bestehen. Die Beschwerdeführerin erlebt die Nackenschmerzen als zentral für ihre Einschränkungen. Im Übrigen verwies Dr. C. ___ auf von ihm im Februar 2007 festgestellte beginnende klinische Finger-Polyarthrosen. Ob diese seither fortschritten und die qualitativen oder quantitativen Arbeitsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin unterdessen einschränken, wurde nicht erhoben. 2.4 Eine psychiatrische Abklärung der Versicherten fand bisher offenbar nicht statt. Dr. med. F. ___ vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2009 fest, eine psychische Problematik von Relevanz dürfte nicht vorliegen, jedenfalls finde keine fachärztliche Behandlung und Begleitung statt (IV-act. 15-2). Offenbar wurde die Beschwerdeführerin tatsächlich nicht psychiatrisch betreut. Daraus allein jedoch den Schluss zu ziehen, dass keine psychische Einschränkung vorliege, erscheint im Rahmen des der Beschwerdegegnerin obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) unzulässig. Dr. C. ___ äusserte den Verdacht auf eine nicht-organische Schmerzkomponente. Offenbar hatte der Hausarzt Dr. D. ___ vor Überweisung der Beschwerdeführerin an Dr. C. ___ im Februar 2007 das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung für möglich gehalten. Dr. C. ___ führte in seinem Bericht an Dr. D. ___ vom 14. Februar 2007 aus, er könne diesen Verdacht aufgrund der klar festzustellenden muskulären Verspannungen und segmentalen Dysfunktionen, die zweifellos für die zerviko-thorakovertebralen und lumbospondylogenen Beschwerden verantwortlich seien, nicht sicher bestätigen. Allerdings hätten diese Schmerzprobleme für die Versicherte sicher eine übermässige Krankheitsbedeutung (IV-act. 11-8). Da Dr. D. ___ und Dr. C. ___ das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung 2007 erwogen und nicht ausschliessen konnten, erscheint eine psychiatrische Abklärung der Versicherten grundsätzlich angezeigt. Obwohl somatoforme Schmerzstörungen nach der Rechtsprechung in der Regel als überwindbar gelten, ist nichtsdestoweniger in jedem Einzelfall zu prüfen, ob der davon betroffenen Person die erforderliche Willensanstrengung zur (vollständigen oder teilweisen) Überwindung der subjektiv empfundenen Schmerzen zumutbar ist. Folglich sind auch weitere psychiatrische Abklärungen angezeigt.

E. 3

3.1 Eine zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs erscheint gestützt auf die vorhandenen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich. Die Beschwerde ist daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 in dem Sinn gutzuheissen, dass die Sache zur Vornahme von weiteren medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Diese wird im Anschluss an diese Abklärungen

über den Leistungsanspruch neu zu verfügen haben. 3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss ist dieser zurückzuerstatten. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, dass die Verfügung vom 26. Februar 2009 aufgehoben und die Sache im Sinn der Erwägungen zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- wird dieser zurückerstattet.

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