

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/149 vom 5. Juli 2012**

Sg Versicherungsgericht, 2012-07-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2010\\_149](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_149)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/149 du 5 juillet 2012

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/149 del 5 luglio 2012

## **Regeste**

Würdigung von medizinischen Akten. Vorliegend wurden kaum Arztberichte eingeholt und es wurden keinerlei eigene medizinische Abklärungen veranlasst, obwohl Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen, die die Arbeitsfähigkeit möglicherweise tangieren, aktenkundig sind. Rückweisung zur weiteren Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Juli 2012, IV 2010/149).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 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, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.2 Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person u.a. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Es besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70% und 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 (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.3 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nimmt der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist der Versicherungsträger 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts 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 (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). 1.4 Art. 8 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 U 281 E. 1a S. 281f.).

## **E. 2**

2.1 Die Versicherte wurde während der Schwangerschaft ab 16. März 2007 voll arbeitsunfähig geschrieben. Im Juni 2007 gebar sie eine Tochter (vgl. IV-act. 44-4). Dr. E. \_\_\_ hielt in einem Schreiben vom 26. September 2007 (bei den UV-Akten) an die für den Unfall von 1999 zuständige Haftpflichtversicherung fest, die Versicherte berichte seit dem Unfall über deutlich häufigere und stärkere Kopfschmerzen und aktuell vor allem über Schmerzen beider Arme, Ausstrahlung vom Nacken. Er hielt Arbeiten, die keine Kraftanwendung im oberen Extremitätenbereich bedürfen, für wahrscheinlich voll zumutbar. Auf seine Überweisung hin suchte die Versicherte am 28. September und 3. Oktober 2007 Dr. D. \_\_\_ auf (IV-act. 44-3). Dieser berichtete am 5. Oktober 2007 über intermittierend auftretende Nacken- und Kreuzbeschwerden sowie Schmerzen in der Handinnenfläche. 2.2 Im Mai 2008 fanden Telefongespräche zwischen der zuständigen Ärztin des RAD und Dr. D. \_\_\_, Dr. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ statt. Dr. D. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ nannten dabei keine die Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten beeinträchtigenden Diagnosen bzw. Befunde, wobei Dr. D. \_\_\_ die Versicherte letztmals im Oktober 2007, Dr. E. \_\_\_ im März 2008 gesehen hatte. Dr. F. \_\_\_ ging bereits bei jenem Telefonat vom Mai 2008 von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus: Sie erachtete nur noch zwei Stunden den Schmerzen an Armen und Händen Rechnung tragende Arbeit täglich als möglich. Die Versicherte hatte sie vier Tage vor dem Gespräch mit der Ärztin des RAD zuletzt gesehen. 2.3 Für die folgende Zeit liegen keine Arztberichte bei den Akten. Erst am 18. Februar 2010 liess sich Dr. F. \_\_\_ erneut vernehmen. Sie nannte die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bei zervikaler Verspannung, Ausstrahlung in beide Arme bis zu den Fingern mit Parästhesien, sowie bei chronischen Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und rascher Ermüdbarkeit. Zudem äusserte sie den Verdacht auf eine Zehenfraktur und eine Zehenstauchung im November 2009. Sie habe die Versicherte von 30. April 2008 bis 9. Dezember 2009 behandelt, seither sei der Hausarzt Dr. E. \_\_\_ zuständig. Zunächst habe die Behandlung unter guten Voraussetzungen begonnen. Im Verlauf habe sich die Versicherte immer mehr zurückgezogen. Sie sei nur noch selten zur Konsultation gekommen und sei immer passiver geworden. Im November 2009 habe sie sich die rechte Zehe IV gebrochen und die rechte Zehe III verstaucht (klinische Diagnose). Dr. F. \_\_\_ hielt fest, sie habe die Versicherte nicht motivieren können, den Befund z.B. mittels Röntgen weiter abklären oder die Zehe gipsen zu lassen. Im Dezember 2009 sei sie das letzte Mal gekommen, die Befunde seien unverändert gewesen. Sie habe Schmerzen und einen stark geschwollenen rechten Zeh gehabt und sei nicht beim Hausarzt gewesen. Es werde zurzeit kaum möglich sein, die Versicherte zu irgendeiner Therapie zu bewegen, daher bestehe

naturgemäss eine schlechte Prognose. Die Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin betrage 100%. Die Ärztin des RAD hielt zu diesem Bericht am 10. März 2010 fest, die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin dürfe sich auf die Fussverletzung vom November 2009 beziehen und müsse als vorübergehend angesehen werden, da diesbezüglich von einem kurzen Heilungsverlauf mit guter Prognose ausgegangen werden dürfe. Diese Einschätzung vermag ohne weitere Abklärungen nicht zu überzeugen. Dr. F.\_\_\_\_ hatte bereits vor der Fussverletzung im Mai 2008 nur eine minimale Restarbeitsfähigkeit von zwei Stunden täglich attestiert. Die Akten liefern im Übrigen keine Hinweise darauf, warum die Versicherte die klinisch von Dr. F.\_\_\_\_ festgestellte Fussverletzung nicht abklären und behandeln liess. Eine derartig verweigerte Behandlung trotz für Dr. F.\_\_\_\_ klar erkennbaren Schmerzen ist zumindest ungewöhnlich. Dennoch wurde weiteres dazu nicht erhoben und auch nicht abgeklärt, ob die Versicherte ihren Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ deswegen nach dem Behandlungsabbruch bei Dr. F.\_\_\_\_ doch noch aufgesucht hat. Die Ärztin des RAD mutmasste am 10. März 2010, der Verlauf werde durch viele IV-fremde Faktoren beeinflusst. Die Beschwerden dürften sich soweit gebessert haben, dass die Therapien nicht mehr nötig seien oder zu wenig erfolgreich waren. Aus dieser Spekulation lässt sich nichts für den vorliegenden Fall Relevantes ableiten. Bei einer vermutungsweise gebrochenen und einer verstauchten Zehe erscheint eine Behandlung keinesfalls als unnötig. Die Darstellungen und insbesondere die Prognose von Dr. F.\_\_\_\_ vom Februar 2010 lassen zudem nicht darauf schliessen, dass es der Versicherten besser gehe und darum weitere Therapien nicht mehr nötig gewesen wären. 2.4 Im Verfügungszeitpunkt (10. März 2010) lagen ausser dem Schreiben von Dr. F.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2010, die als Allgemeinmedizinerin keine umfassende Beurteilung vornehmen konnte und wollte, keine aktuellen Berichte zum Gesundheitszustand der Versicherten vor. Die wenigen aktenkundigen somatischen Berichte datieren vom Herbst 2007, die Telefonprotokolle mit Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ vom Mai 2008 (wobei Dr. E.\_\_\_\_ das Protokoll über das Gespräch mit ihm nach Lage der Akten nicht unterzeichnet hatte). Die Erhebungen in medizinischer Hinsicht waren also bereits im Frühjahr 2008 dürftig und wurden seither nicht mehr aktualisiert. Damit hat die Beschwerdegegnerin die ihr obliegende Untersuchungspflicht verletzt. Die Schlussfolgerung der Ärztin des RAD vom 10. März 2010, aus versicherungsmedizinischer Sicht dürfe die Versicherte bis zum Beweis des Gegenteils als 100% angestammt und leidensadaptiert arbeitsfähig angesehen werden, verkennt, dass die Beweisführungspflicht nicht bei der Versicherten, sondern bei der Beschwerdegegnerin liegt. Diese kann ihre Erhebungen (ausserhalb des Anwendungsbereichs von Art. 43 Abs. 3 ATSG) erst einstellen, wenn sie sich ein fundiertes Bild über die gesundheitliche Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person gemacht hat. Dies ist vorliegend nicht der Fall. 2.5 Auch in psychiatrischer Hinsicht ist die Aktenlage unzulänglich abgeklärt. Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ äusserten sich nicht zur psychischen Situation der Beschwerdeführerin, was aufgrund der fehlenden entsprechenden fachlichen Qualifikation auch nicht ihre Aufgabe ist. Aktenkundig ist, dass Dr. F.\_\_\_\_ mit der Versicherten Atlasologie, Familientherapie und Psychotherapie machte. Weitere Hinweise auf eine mögliche psychische Problematik bzw. zumindest auf eine psychisch belastende Situation sind dem FI-Assessmentprotokoll zum Gespräch mit der Versicherten vom 6. Juni 2008 zu entnehmen: Seit frühester Kindheit sei die Situation zuhause sehr schwierig gewesen, der Vater sei Alkoholiker und gewalttätig gegen Mutter und Kinder gewesen. Die Versicherte habe ihre Lehre nach sechs Monaten wegen Mobbings abgebrochen. Die Schwangerschaft ab Herbst 2006 sei ungewollt gewesen. Die Beziehung zum Vater der

Tochter sei äusserst schwierig und belastend. Er sei unberechenbar und schnell aggressiv, ähnlich wie ihr (der Versicherten) Vater. Unterdessen habe er Hausverbot bekommen. Er bedrohe sie aber auch in der Öffentlichkeit. Sie lebe in dauernder Angst vor Verfolgung und Tätlichkeit durch den Kindsvater. Die Versicherte lebe zurückgezogen und halte sich am liebsten in der eigenen Wohnung auf. Engen Kontakt habe sie mit ihrer Mutter, ansonsten habe sie seit der Schwangerschaft und Geburt der Tochter keine sozialen Kontakte. Die IV-Eingliederungsberaterin hielt im Protokoll ihren subjektiven Eindruck fest, dass die Versicherte am Anfang des Gesprächs einen ruhigen, gefassten Eindruck gemacht habe. Später sei dann die enorme psychische Belastung spürbar geworden. In der Folge erwies es sich offenbar als schwierig, mit der Versicherten in Kontakt zu treten. Am 27. August 2008 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, die Versicherte nehme Telefonate nicht entgegen und melde sich auch selber nicht. Die Eingliederungsverantwortliche gibt an, sie habe wie die zuständige Sachbearbeiterin der Haftpflichtversicherung die Erfahrung gemacht, dass bei der Versicherten im direkten Kontakt Motivation und Compliance vorhanden zu sein schienen, sie sich aber zurückziehe, sobald der direkte Kontakt abgebrochen sei. 2.6 Vor diesem Hintergrund vermag die Einschätzung der Ärztin des RAD vom 14. November 2008, es lägen keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung vor, nicht zu überzeugen. Auch diesbezüglich scheinen weitere Abklärungen angezeigt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Abklärungen in medizinischer Hinsicht zu früh beendet.

### **E. 3**

3.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung teilweise gutzuheissen und die Sache ist im Sinn der Erwägungen zur weiteren medizinischen Abklärung sowie zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3.2 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 als angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 Erw. 6.2). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. 3.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin 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/SG, sGS 951.1). In Berücksichtigung der Aktenmenge und des mutmasslichen Vertretungsaufwands erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. März 2010 aufgehoben und die Streitsache im Sinn der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.