

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/304 vom 9. Dezember 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_304

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/304 du 9 décembre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/304 del 9 dicembre 2010

Regeste

Art. 28 IVG. Rückweisung zur ergänzenden medizinischen Abklärung (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Dezember 2010, IV 2010/304).

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 1. Juli 2010, 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. Soll auf bestimmte Sachverhalte nicht neues Recht Anwendung finden, sondern das aufgehobene Recht massgebend bleiben, muss eine geltende Norm die Weiteranwendbarkeit aufgehobenen Rechts für bestimmte Sachverhalte anordnen. 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 materiellrechtliches, 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). Es liegt hier eine IV-Anmeldung von 2008 vor; der Eintritt der relevanten Arbeitsunfähigkeit ist unklar. Für die Invaliditätsbemessung als solche hat sich keine Änderung der Rechtslage ergeben. Was den allfälligen Rentenbeginn betrifft, gilt für die übergangsrechtliche Frage das unten für die Hauptsache Darzulegende.

1.2 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 20 % abgelehnt. Allein der Rentenanspruch bildet daher Streitgegenstand. - Die Beschwerdeführerin beantragt in diesem Verfahren nebst der Ausrichtung einer Rente (ursprünglich rückwirkend ab 1986, korrigiert ab 2010; im Verwaltungsverfahren noch für die Zeit vor der Transplantation), eine Vervollständigung des IK-Auszugs, eine Rückvergütung von Arzt-, Labor- und Medikamenten-Selbstbehalten ab 1979 und eine IV-Entschädigung (wohl: Integritätsentschädigung). Auf diese Anträge kann mangels Anfechtungsgegenstandes nicht eingetreten werden: Eine Übernahme von Selbstbehaltskosten hatte die Beschwerdeführerin bereits im Verwaltungsverfahren beantragt, worauf die Beschwerdegegnerin ihr am 5. März 2009 (act. 62) mitgeteilt hatte, dass solche keine IV-Leistungen darstellten und nicht übernommen werden könnten. Kosten von ärztlicher Behandlung und von Arzneien werden

von der Invalidenversicherung übernommen, wenn sie medizinische Massnahmen gewährt. Solche hatte die Beschwerdeführerin zur Behandlung bei Geburtsgebrechen zugesprochen erhalten; dieser Anspruch dauert indessen längstens bis zum vollendeten 20. Altersjahr. Andere medizinische Massnahmen sind nach der Aktenlage weder beantragt noch zugesprochen worden. Die Leistungskategorie der Integritätsentschädigung kennt die Invalidenversicherung nicht. Die geltend gemachte Fehlbehandlung geht nach Angaben der Beschwerdeführerin auf das Jahr 1965 zurück, so dass allfällige Ansprüche verjährt wären (vgl. act. 54). Der Antrag auf Vervollständigung des IK-Auszugs ist zur erstinstanzlichen Behandlung an die Beschwerdegegnerin zu überweisen.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 IVG (in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenem wie der auf den 1. Januar 2008 hin geänderten 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen 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 im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4; ZAK 1982 S. 34). 2.3 Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin betrifft, liegt hier zum einen die Feststellung der Abteilung F.____ am Spital E.____ vom 1. Juli 2009 (in Beantwortung einer Anfrage der Beschwerdeführerin) vor, dass deren Transplantat im Dezember 2008 noch zu 19 % gearbeitet habe. Ausserdem hielt der RAD am 5. Januar 2010 dafür, eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % wäre unter korrekter Dialyse denkbar. Gemäss zwei Gesprächsprotokollen des RAD über eingeholte Auskünfte von Dr. A.____ und von Dr. C.____ haben beide Ärzte angegeben, unter Dialyse sollte eine Teilarbeitsfähigkeit möglich werden. Dr. A.____ hat der Beschwerdeführerin ferner am 1. Dezember 2009 berichtet, ihre Nierenleistung liege noch bei 10 bis 15 %. Es sei nach seinem Dafürhalten mit einer Rente von 50 %, eventuell auch von 100 % zu rechnen. Mit der Replik hat die Beschwerdeführerin schliesslich ein Arbeitsunfähigkeitsattest für die Zeit ab dem 20. September 2010 von Dr. D.____ eingereicht. 2.4 Dr. A.____ hat die Beschwerdeführerin zwei Mal (je eine halbe Stunde lang) untersucht (einschliesslich Ultraschall und Laborkontrolle), Dr. C.____ kennt nach der Aktenlage einzig die oben erwähnte Bescheinigung des Spitals E.____. Der RAD hat keine eigene Untersuchung durchgeführt. Ein IV-Arztbericht eines Arztes, der die Beschwerdeführerin selber über eine gewisse Zeit medizinisch betreut hätte, fehlt. Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit sind vage und unbegründet oder bezüglich des Ausmasses gar nicht bestimmt. Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin lassen sich aufgrund dieser spärlichen Unterlagen nicht ausreichend zuverlässig beurteilen. Daran vermag nichts zu ändern, dass die Beschwerdegegnerin dafürhält, der Invaliditätsgrad könne, obwohl es an einer ärztlichen Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fehle, vorliegend in rechtsgenügender Weise bestimmt werden, und dass sie darin offenbar mit der Beschwerdeführerin übereinstimmt, die sich auf den Standpunkt stellte, die Beschwerdegegnerin müsse aufgrund der eingereichten Labor- und anderen Berichte zu einem Entscheid in der Lage sein. Im Ergebnis ist die Beschwerdegegnerin von einer

zumutbaren Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 80 % ausgegangen, was keine Stütze in den medizinischen Akten findet. 2.5 Die ausreichende Abklärung des Gesundheitsschadens und der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist unabdingbare Voraussetzung für die Beurteilung eines Leistungsanspruchs. Die Sache ist daher zur ergänzenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3

3.1 Das bisherige Abklärungsverfahren stiess auf die Schwierigkeit, dass die Beschwerdeführerin sich gegen das Einholen von Berichten der Abteilung F.____ am Spital E.____ stellte. Die Beschwerdeführerin ist deshalb auf Folgendes hinzuweisen: Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Nach der Rechtsprechung liegt es im pflichtgemässen Ermessen der Verwaltung, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären ist und ob im Einzelfall ein einzelner Arztbericht genügt, eine ergänzende Untersuchung anzuordnen oder ein förmliches Gutachten einzuholen ist (BGE 122 V 160 E. 1b; AHI 1997 S. 304 E. 3b). Der Versicherer hat einen grossen Ermessensspielraum hinsichtlich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat er den Sachverhalt so weit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entscheiden kann (Bundesgerichtsentscheid i/S F. vom 12. März 2010, 9C_28/10). Wo verschiedene, gleichermassen zweckmässige Abklärungsmassnahmen in Frage kommen, besitzt die versicherte Person keinen Anspruch auf die nach ihrer Auffassung optimale Anordnung. Die Ermessensfreiheit der Verwaltung stösst hingegen an ihre Grenzen, wenn eine versicherte Person ein berechtigtes Interesse für oder gegen eine bestimmte Anordnung im Zusammenhang mit der Abklärungsmassnahme (dort: Begutachtung) vorzuweisen hat (nicht veröffentlichter Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S F.D.-C. vom 28. Oktober 2005).

3.2 Der Untersuchungsgrundsatz wird ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person (vgl. BGE 125 V 193 E. 2): Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG). Die versicherte Person hat sich allerdings nicht jeglicher zumutbaren Untersuchung zu unterziehen. Die Untersuchungen müssen auch notwendig und von entscheidender Bedeutung für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sein (vgl. 9C_28/10).

3.3 Da die von der Beschwerdeführerin in ihrer Anmeldung vom Dezember 2009 benannten Ärzte über ihren Gesundheitszustand wie erwähnt nur oberflächlich informiert sind, werden weitere Abklärungsmassnahmen unabdingbar erforderlich sein. In Frage käme allenfalls eine Begutachtung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Auch eine Begutachtung soll sich indessen sinnvollerweise auf die Vorgeschichte stützen können. Mit dem Spital E.____ ist eine Stelle vorhanden, welche über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wohl fundiert Auskunft geben kann, ist doch anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin dort seit langem in Behandlung oder in Kontrolle steht. Als KVG-Leistungserbringer ist das Spital schon von Gesetzes wegen (Art. 6a Abs. 2 IVG) ermächtigt, den Organen der IV auf Anfrage alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung von Leistungsansprüchen erforderlich sind. Die von der Beschwerdeführerin für ihre Skepsis gegen das Einholen eines Arztberichts der Abteilung F.____ am Spital E.____ bis anhin benannten Gründe vermöchten eine

Unzumutbarkeit der Abklärungsmassnahme kaum zu rechtfertigen. Denn es ginge um eine Verwendung der Auskunft für die Zwecke der Abklärung des allfälligen IV-Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin, nicht um Erhebungen für statistische Zwecke. Mit der Einholung eines Berichts der behandelnden Stelle am Spital E. ___ wäre auch keine Behandlung (keine von der Beschwerdeführerin abgelehnte zusätzliche medikamentöse Therapie oder Anpassung der Medikation) verbunden, auch nicht zwingend eine ärztliche Untersuchung. 3.4 Eine ärztliche Untersuchung (wie etwa eine Begutachtung) bringt einen gewissen Eingriff in die Persönlichkeit des Exploranden mit sich. Von Bedeutung ist, ob schwerere oder geringere Eingriffe in die persönliche Integrität damit verbunden sind. Die versicherte Person hat solche Eingriffe auf sich zu nehmen, wo der Sachverhalt anders nicht abgeklärt werden kann (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S IV 2005/14). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts werden etwa die üblichen Untersuchungen einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar betrachtet (9C_28/10). 3.5 Ist eine Mitwirkung zumutbar und notwendig und kommt die versicherte Person ihrer Pflicht in unentschuldbarer Weise nicht nach, muss die Verwaltung die Person nach Art. 43 Abs. 3 ATSG schriftlich mahnen, sie auf die Rechtsfolgen hinweisen und ihr eine angemessene Bedenkzeit einräumen. Bei Nichtbefolgen kann der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten (im Sinne des Einstellens des bereits aufgenommenen Verfahrens) beschliessen. Die Beschwerdeführerin kann eine zumutbare und notwendige Mitwirkung zwar verweigern, muss für diesen Fall aber mit den erwähnten Folgen rechnen.

E. 4

Der Beschwerdeführerin wird der Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.

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