

VS_GERICHTE S1 22 15 vom 12. August 2022

VS Kantonsgericht, 2022-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_22_15

FR: VS_GERICHTE S1 22 15 du 12 août 2022

IT: VS_GERICHTE S1 22 15 del 12 agosto 2022

Regeste

S1 22 15 URTEIL VOM 12. AUGUST 2022 Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Dr. Thierry Schnyder, Präsident;
Candido Prada und Thomas Brunner, Kantonsrichter; Renata Kreuzer, Gerichtsschreiberin
in Sachen X _____, 3930 Visp, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt
Nicolas Kuonen, 3930 Visp gegen KANTONALE IV-STELLE, 1950 Sitten,
Gesuchsgegnerin (Rentenanspruch / berufliche Massnahmen / Elektrobett) Beschwerden
gegen die Verfügungen vom 1. und 2. Dezember 2021

Erwägungen

E. 1

Das Kantonsgericht hat die Prozessvoraussetzungen wie die Partei- und die Prozessfähigkeit, die Zulässigkeit des Rechtswegs, die Zuständigkeit der angerufenen Instanz, das Rechtsschutzinteresse sowie die formrichtige und rechtzeitige Rechtsvorkehr von Amtes wegen zu prüfen (BGE 131 V 202 E. 1, 130 V 514 E. 1, 126 V 30). In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG sind Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle anfechtbar (Art. 69 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG]). In casu ist dies die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPflG] i.V.m. Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements vom 2. Oktober 2001 [RVG] und Art. 81a des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]), die als kantonales Versicherungsgericht für die Behandlung von Beschwerden auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts zuständig ist (vgl. BGE 127 V 176 E. 2). Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin von der Verfügung der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Sie ist somit zur Beschwerde legitimiert. Auf die form- (Art. 61 lit. b ATSG) und fristgerecht (Art. 60 ATSG) eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

Das Versicherungsgericht kann gemäss Art. 11b Abs. 1 i.V.m. Art. 81a VVRG auf Antrag oder von Amtes wegen die Vereinigung von Verfahren anordnen, die auf dem gleichen Sachverhalt oder der gleichen rechtlichen Grundlage beruhen. Dies ist vorliegend der Fall, weshalb die drei Beschwerden von Amtes wegen zu verbinden sind.

E. 3.1

Am 1. Januar 2022 sind neue IVG-Bestimmungen in Kraft getreten. In intertemporalrechtlicher Hinsicht gilt für die Beurteilung der Frage, welches Recht bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen Anwendung findet, der Grundsatz, dass diejenigen Rechtsätze

massgebend sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechts- folgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 140 V 41 E. 6.3.1 S. 44 f. mit Hin- weisen). Bei der Beurteilung von Dauersachverhalten wird im Sozialversicherungsrecht

- 6 - auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abgestellt (vgl. BGE 144 I 81 E. 4.1 S. 86 f.; 132 V 215 E. 3.1.1; Bundesgerichtsurteil 9C_201/2021 vom 15. Juni 2021 E. 5.1). Für den hier zu beurteilenden Fall bedeutet das, dass die Ansprüche nach dem bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Gesetzesbestimmungen zu prüfen sind.

E. 3.2

Die Beschwerdeinstanz hat nicht zu prüfen, ob sich der angefochtene Entscheid unter schlechthin allen in Frage kommenden Aspekten als korrekt erweist, sondern im Prinzip nur die vorgebrachten Beanstandungen zu untersuchen (Rügeprinzip). Von den Verfahrensbeteiligten nicht aufgeworfene Rechtsfragen werden von der Beschwerdeinstanz nur geprüft, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichend Anlass besteht (BGE 119 V 347 E. 1a).

E. 3.3

Streitig und zu prüfen ist somit die Frage, ob die Invalidenversicherung den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt und gestützt darauf eine massgebliche Veränderung desselben und damit den Anspruch auf eine Invalidenrente, auf Umschulungsmassnahmen und auf ein Elektrobett zu Recht verneint hat.

E. 4.1

Als Invalidität gilt die aufgrund eines Geburtsgebrechens, Unfalls oder einer Krankheit voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 aIVG und Art. 8 Abs. 1 ATSG). Nicht jede Invalidität begründet einen Anspruch auf eine Rente. Erforderlich ist eine gewisse Art und Schwere (Art. 4 Abs. 2 aIVG). Seit dem 1. Januar 2004 besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % ein Anspruch auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei mindestens 70 % ein solcher auf eine ganze Rente (Art. 28 aIVG).

E. 4.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn der Versicherte in seinem neuerlichen Gesuch glaubhaft macht, dass sich der Grad seiner Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV). Diese Glaubhaftmachung stellt eine formelle Eintretensvoraussetzung dar, welche verhindern soll, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Bei der Prüfung der Eintretensvoraussetzung der glaubhaft zu machenden Änderung berücksichtigt die Verwaltung,

- 7 - ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, was dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellt (Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 3.3). Dabei steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter zu respektieren hat (ZAK 1984 S. 350 E. 3). Daher ist im Prozess die Behandlung der Eintretensfrage nur zu prüfen, wenn das Eintreten streitig ist, d.h. wenn die Verwaltung Nichteintreten verfügt hat und der Versicherte

hiergegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt insoweit eine richterliche Prüfung, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2). Die Frage, ob die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten ist, beurteilt sich nach dem wirklichen rechtlichen Gehalt der Verfügung; entscheidend sind demnach der Umfang und die Qualität der Abklärungsschritte, wobei einfache Abklärungen wie das Einholen eines formularmässigen Arztberichtes noch kein materielles Eintreten auf die Neuanschuldung darstellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 und I 781/04 vom 17. Februar 2005 E. 3). Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die vom Versicherten glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Ablehnungsverfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich zu prüfen, ob nunmehr ein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad zu bejahen ist. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht dem Richter (BGE 109 V 108 E. 2; 117 V 198 E. 3a).

E. 4.3

Gegenstand der Invalidenversicherung ist nicht der Gesundheitsschaden an sich, sondern seine wirtschaftliche Auswirkung. In diesem Sinne ist der Invaliditätsbegriff ein juristischer und kein medizinischer Begriff (BGE 102 V 166). Dennoch sind Verwaltung und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten angewiesen. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; 115 V 134 E. 2).

E. 4.4

Aufgrund des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren - 8 - bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; AHI 2001 S. 113 E. 3a). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Gleiches gilt, wenn ein frei praktizierender Arzt von einer Versicherung wiederholt für die Erstellung von Gutachten beigezogen wird (RKUV 1999 U 332 S. 193 E. 2a bb). Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 123 V 351 E. 3b; SVR 2003 UV Nr. 15 S. 45 E. 3.2.2; AHI 2001 S. 155 E. 3b ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur die geringsten Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinernen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 9C_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.3).

E. 5

In casu ist das Eintreten der IV-Stelle auf die Neuanmeldung unbestritten, weshalb das Kantonsgericht seinerseits zu überprüfen hat, ob die Invalidenversicherung die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin richtig beurteilt und einen Rentenanspruch gestützt darauf zu Recht verneint hat.

- 9 -

E. 5.1

Die IV-Stelle stützte sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit auf die Berichte ihres RAD-Arztes, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, der die Beschwerdeführerin am 1. April 2019 auch persönlich untersucht hatte. Zudem wurden sowohl nach der ersten als auch nach der zweiten IV-Anmeldung Berichte des Hausarztes und der behandelnden Ärzte angefordert und dem RAD-Arzt zur Beurteilung vorgelegt. Eine weitere RAD-Untersuchung erfolgte nicht und es wurde auch kein externes Gutachten durchgeführt. Anlässlich der RAD-Untersuchung vom 1. April 2019 (a.a.O. S. 170ff.) standen hartnäckige Rückenschmerzen im LWS-Bereich, tagsüber und auch nachts, mit einer Morgensteifigkeit, sowie Fersen- und Gesässschmerzen und eine intermittierend auftretende Migräne im Vordergrund. Eine wesentliche Funktionseinschränkung der Wirbelsäule fand sich nicht. In therapeutischer Hinsicht wurden Infiltrationen, Physiotherapie und eine Medikation mit Biologika durchgeführt. Aus dem Schreiben des behandelnden Rheumatologen vom 18. Dezember 2020 (a.a.O. S. 246) und dessen ärztlichem Zeugnis vom 30. März 2021 (a.a.O. S. 245) ergibt sich, dass der Morbus Bechterew unter der medikamentösen Biologika-Therapie mit Cimzia und nach dem Nachlassen der Wirkung mit Enbrel, relativ gut hatte eingestellt werden können. Nach einer weiteren Umstellung auf Cosentyx ab dem 14. Januar 2021 sei die Situation dekompenziert. Die Medikamente wirkten nicht mehr und die Patientin leide unter den Nebenwirkungen. Deshalb meldete der behandelnde Rheumatologe die Beschwerdeführerin zur Einholung einer Zweitmeinung in Bern an. Die Beurteilung in Bern erfolgte am 1. Juli 2021 (a.a.O. S. 265ff.). Als neue Diagnose wurde eine sekundäre Symptomausweitung mit klinischen Zeichen einer Fibromyalgie gestellt. Die komplexen Rückenschmerzen wurden nicht alleine auf den Morbus Bechterew zurückgeführt, sondern auch auf degenerative Veränderungen der untersten beiden Wirbelsäulensegmente

und auf eine – ebenfalls neu diagnostizierte – konstitutionelle Hypermobilität. Unter der aktuellen medikamentösen Therapie könne keine wesentliche Besserung der Schmerzen erwirkt werden. Es bestünden auch chronische Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden bis in die Hände und Finger, die sich kraftlos und geschwollen anfühlten. Bisweilen könne die Patientin Gegenstände fast nicht halten. Daneben bestünden chronische Schmerzen im Lumbalbereich, diffus im Becken, über die Hüften und wechselnd mit Ausstrahlungen bis in die Füsse, links in die Grosszehe und rechts in die laterale Fusskante, sowie diffuse Fersenschmerzen beidseits. Es folgte ein Schmerzassessment im Inselspital. In seinem Schlussbericht vom 6. Oktober 2021, auf den die angefochtene Verfügung sich stützte, äusserte sich der RAD-Arzt ausschliesslich zu den Befunden der

- 10 - Wirbelsäule, die er als unverändert zu seiner Untersuchung vom 1. April 2019 bezeichnete (a.a.O. S. 323). Ebenfalls in den Stellungnahmen während des Beschwerdeverfahrens verwies der RAD-Arzt auf seine bisherigen Berichte und auf eine Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den «Lamentelen» der Beschwerdeführerin, die für die Beurteilung einer Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zu beachten seien. Die Diagnose einer Fibromyalgie sei nicht belegt, es handle sich um eine blosser Verdachtsdiagnose.

E. 5.2

Für das Gericht ist es nicht verständlich, aus welchem Grund der RAD-Arzt es unterliess, der Diagnose einer sekundären Fibromyalgie, die bei Patienten mit entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule häufig auftritt (Current Opinion in Rheumatology: July 2017, Volume 29, Issue 4, page 304 – 310), nachzugehen. Diese wurde im Bericht des zweitbeurteilenden Rheumatologen als Diagnose und nicht als blosser Verdachtsdiagnose gestellt. Auch die Tatsache, dass die medikamentöse Biologika-Therapie nicht mehr wirkte und die Situation seit Januar 2021 dekompenzierte, liess der RAD-Arzt ausser Acht. Höchstens seine deplatzierte Bemerkung bezüglich der «Lamentelen» der Patientin mag sich unter Umständen darauf beziehen, stellt für das Gericht aber keinen Erkenntnisgewinn dar. Die vom zweitbeurteilenden Rheumatologen geschilderten chronischen Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden bis in die Hände und Finger, die sich kraftlos und geschwollen anfühlten, blieben ebenfalls unberücksichtigt. Für das erkennende Gericht ist die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durch den RAD-Arzt im Lichte der Berichte des behandelnden und des zweitbeurteilenden Rheumatologen nicht nachvollziehbar.

E. 5.3

Aufgrund des Gesagten ist festzustellen, dass die IV-Stelle der ihr obliegenden Untersuchungspflicht in ungenügender Weise nachgekommen ist. Die Beschwerden sind gutzuheissen und die Sache ist zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Dabei hat die IV-Stelle den RAD-Arzt auszuwechseln und zu prüfen, ob ein externes Gutachten notwendig ist. Sollte im Rahmen der Abklärungen eine Leistungseinschränkung im Sinne einer Fibromyalgie attestiert werden, wäre ein strukturiertes Beweisverfahren zur Klärung der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz durchzuführen (BGE 141 V 281; Bundesgerichtsurteil 9C_808/2019 vom 18. August 2020 E. 5.2).

- 11 - Nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse wird die IV-Stelle alsdann auch über den Anspruch auf berufliche Massnahmen und die Kostengutsprache für ein Elektrobett neu

zu befinden haben.

E. 6.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwandes werden die Kosten zu Lasten der IV-Stelle auf CHF 1'000 festgesetzt. Der Beschwerdeführerin ist der in der Höhe von CHF 1'000 geleistete Kostenvorschuss zurück zu erstatten.

E. 6.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Parteientschädigung, die das Gericht unter Würdigung der Bedeutung und Schwierigkeit der Streitsache, des Umstandes, des Umfangs der Arbeitsleistung und in Berücksichtigung der Tatsache, dass drei Beschwerden erhoben werden mussten, sowie der durch den Rechtsstreit entstandenen Auslagen auf CHF 2'200 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festsetzt (Art. 61 lit. g ATSG; Art. 4 GTar).

- 12 -

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