

VS_GERICHTE S1 24 97 vom 1. Oktober 2024

VS Kantonsgericht, 2024-10-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_24_97

FR: VS_GERICHTE S1 24 97 du 1 octobre 2024

IT: VS_GERICHTE S1 24 97 del 1 ottobre 2024

Regeste

S1 24 97 URTEIL VOM 1. OKTOBER 2024 Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung Besetzung: Michael Steiner, Präsident, Candido Prada und Dr. Thierry Schnyder, Kantonsrichter; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin in Sachen X _____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dana Rüger, Bern gegen KANTONALE IV-STELLE, Beschwerdegegnerin (Resterwerbsfähigkeit)
Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Mai 2024

Erwägungen

E. 1

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 IVG). In casu ist es somit die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Kantonsgerichts (Art. 7 Abs. 2 RPfIG i.V.m. Art. 1 Abs. 2 RVG und Art. 81a 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. 2.1

Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten. Vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1, 144 V 210 E. 4.3.1). Diese auf einmalige und abgeschlossene Ereignisse zugeschnittene intertemporalrechtliche Grundregel wird ergänzt durch den Grundsatz der zulässigen unechten Rückwirkung des neuen Rechts auf zeitlich offene Dauersachverhalte (BGE 146 V 364 E. 7.1). Insoweit ist grundsätzlich bis zum Inkrafttreten einer Rechtsänderung das alte Recht, nachher das neue Recht anwendbar (BGE 147 V 308 E. 5.1). Die angefochtene Verfügung datiert vom 3. Mai 2024 und die Anmeldung erfolgte am 28. November 2022 im Zusammenhang mit einer ab dem 3. August 2022 geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit, womit in casu das neue Recht anwendbar ist.

E. 2.2

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).

- 4 -

E. 3.1

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. Dennoch sind Verwaltung und Richter zur Bemessung des Invaliditätsgrades auf die Angaben von Ärzten angewiesen.

E. 3.2

Die ärztlichen Auskünfte bilden eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2, 125 V 261 E. 4). 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 (Anamnese) 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. Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen (BGE 137 V 210 E. 1.2.1; SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174 E. 4.3.1). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 134 V 231 E. 5.1, 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 versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; Bundesgerichtsurteil 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E. 2.2.2).

- 5 - Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem

auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich diese Fachpersonen in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen ihre Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mit zu berücksichtigen sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken.

E. 4.1

Die IV-Stelle stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Berichte ihres RAD-Arztes. Dieser erstattete seine Stellungnahmen in Kenntnis der sich im IV-Dossier befindenden Berichte der behandelnden Ärzte und kam zum Schluss, es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit. Im vorliegenden Fall sei der Nachweis einer invalidisierenden Erkrankung nicht erbracht worden. Der Sachverhalt sei ausserdem in medizinischer Hinsicht genügend abgeklärt worden.

E. 4.2

Die Beschwerdeführerin hielt dem beschwerdeweise entgegen, der Entscheid der Beschwerdegegnerin entbehre jeglicher medizinischen Grundlage. Wegen ihrer Beschwerden sei sie in ihrer Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeit erheblich eingeschränkt. Die Aktenbeurteilung durch den RAD sei fachfremd durch einen Allgemeinmediziner erfolgt, dessen Schlussfolgerungen in diametralem Widerspruch zum Bericht des Hausarztes ständen, unbegründet blieben und nicht nachvollziehbar seien. Der RAD-Arzt verkenne, dass der Pneumologe, der Rheumatologe und der Hausarzt eine einschränkende Depression festgestellt hätten. Darüber hinaus befinde sie sich seit dem 16. Februar 2024 in psychotherapeutischer Behandlung. Es sei evident, dass die psychische gesundheitliche Situation nicht genügend abgeklärt worden sei. Es beständen daher mehr als nur geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der medizinischen Einschätzung. Des Weiteren sei als Nebendiagnose von diversen Ärzten ein Post-Covid-Syndrom gestellt worden. Dem

- 6 - neurologischen Bericht vom 24. Mai 2024 lasse sich entnehmen, dass der chronische Erschöpfungszustand sowie die Muskel- und Gelenkschmerzen sich möglicherweise auf eine Covid-19-Erkrankung zurückführen liesse. Ausserdem werde eine beginnende Polyneuropathie diagnostiziert. Es liege mithin auf der Hand, dass das Post-Covid-Syndrom seitens der Beschwerdegegnerin bis anhin ungenügend abgeklärt worden sei. Die Sache sei daher zur Vornahme einer externen polydisziplinären Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 4.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt hat und gestützt auf die medizinischen Akten zu Recht den Leistungsanspruch verneint hat.

E. 5.1

Die relevante medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt: Der behandelnde Hausarzt diagnostizierte im Erstbericht vom 10. Oktober 2022 eine COPD GOLD II B, einen

Nikotinabusus, Schlafstörungen seit Jahren, Muskelschmerzen und eine Dekonditionierung. Eingliederungseinschränkend seien die zunehmend schwere COPD-Erkrankung, die ausgeprägte Müdigkeit sowie das Alter (S. 112 ff.). In dem zuhanden des Taggeldversicherers erstellten Bericht vom 26. November 2022 (S. 65 ff.) nannte der Allgemeinmediziner Dr. A _____ einen Verdacht auf ein Long- Covid-Syndrom B 34.2, eine ausgeprägte allgemeine Dekonditionierung, eine COPD GOLD II B mit rezidivierenden Exazerbationen J 44.03 und eine chronische Lumbalgie M 54.87. Die Versicherte sei aufgrund des diffusen Beschwerdebildes nicht arbeitsfähig. Als nichtmedizinisches Problem sei eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation zu nennen. Die am 15. Februar 2023 (S. 142 f.) durchgeführte Koronarangiographie zeigte einen normalen Koronarstatus. Ergänzend legte der Hausarzt am 25. Februar 2023 (S. 139) dar, die Patientin leide noch an einer ausgeprägten Erschöpfungssymptomatik, Müdigkeit, Dyspnoe, Hypotonie, Rücken- und Schulterschmerzen. Die Prognose sei schlecht, dies auch aufgrund der genannten Symptome bei ausgeprägter COPD und einem Post-Covid-Syndrom. In seinem Erstbericht vom 24. März 2023 (S. 244 f.) monierte der RAD-Arzt die unzureichende medizinische Aktenlage bei provisorischen Diagnosen mit Verdacht auf Long-

- 7 - Covid-Syndrom seit August 2022, COPD GOLD II B und chronischer Lumbalgie. Es erstaune, dass keine Lungenabklärung erfolgt sei. Zudem lasse der Beschreibung des Krankheitsbildes sehr an eine psychiatrische Störung denken; diesbezüglich seien aber auch keine Abklärungsschritte unternommen oder Therapieversuche eingeleitet worden. Am 25. Mai 2023 (S. 274 f.) wurde die Versicherte dem Facharzt für Neuro- und Wirbelsäulen Chirurgie zugewiesen. Dieser stellte am 26. Mai 2023 den Verdacht auf lumboradikuläre Schmerzen am ehesten S1 mit Beteiligung L5 bds. sowie einer chronischen Lumbago bei anamnestisch LWS-Degeneration. Nebendiagnostisch führte er eine COPD sowie chronische Nuchalgien und HWS Degenerationen bei einem Status nach Infiltrationen HWS auf. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden schienen gemäss Facharzt spinalen Ursprungs mit einer radikulären Symptomatik, weshalb ein Röntgen und ein MRI veranlasst wurde. Am 11. Juli 2023 (S. 261 f.) stellte er die Hauptdiagnose einer chronischen Lumbago mit unklaren Ausstrahlungen bds., DD lumboradikulär L5 und S1 bds. bei – Anterolisthesis L4/5 Meyerding Grad I mit resultierender bilateraler Rezessusstenose und ausgeprägter linksbetonter aktivierter Spondylarthrose – Segmentdegeneration L5/S1 mit resultierender bilateraler foraminaler und Rezessusstenose sowie ebenfalls aktivierten Spondylarthrosen – Status nach sakraler Blockade am 25. Mai 2023. Das zwischenzeitlich erstellte Bildmaterial zeige die in der Diagnose genannten Befunde. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden würden teilweise gut mit der vorliegenden Bildgebung korrelieren. Entsprechend empfahl er eine Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 bds., die am 24. Juli 2023 erfolgte (S. 259 f.) Die Pneumologen der Luzerner Höhenklinik in Montana berichteten am 4. Juli 2023 (S. 263 ff.), die Patientin leide an einer COPD GOLD II B. Als Nebendiagnosen listeten sie, eine chronische Müdigkeit mit/bei DD Fatigue i.R. eines Post-Covid-Syndroms bei Status nach grippalem Infekt im Februar 2022 und diffusen muskuloskelettalen Schmerzen, chronische zervikale und lumbale Rückenschmerzen sowie eine mittelgradige depressive Episode ICD-10 F 32.1 auf. Die muskuloskelettalen Schmerzen zusammen mit der Fatigue könnten Ausdruck eines Post-Covid-Syndroms sein; bei der Fatigue könne es sich auch um Nebenwirkungen des THC-Konsums handeln. Der Patientin sei geraten worden, den Zigaretten- und Cannabiskonsums mittelfristig zu stoppen. Umso mehr aufgrund des

lungenfunktionellen Befundes von einer strukturellen Lungenveränderung i.S. eines Lungenemphysems ausgegangen werden müsse. Aufgrund der szintigraphischen Abklärung vom 13. September 2023 und der damit sichtbar gemachten Mehranreicherung im Sinne von Entzündungen beider Schultern sowie des ISG rechts und den typischen Mehranreicherungen und Hyperämien im Bereich der

- 8 - Hände stellte der Facharzt für Nuklearmedizin die sichere Diagnose einer rheumatoiden Arthritis (S. 254 f.). Der Hausarzt führte am 7. Oktober 2023 (S. 250 ff.) aus, neben der COPD Gold II B, der chronischen Müdigkeit bei Status nach Covid bzw. Post-Covid-Syndrom, der chronischer Zervikalgie und Lumbalgien seien mittelgrade depressive Episoden zu nennen. Die Patientin sei in ihrer Beweglichkeit und aufgrund der Dyspnoe bei COPD eingeschränkt. Es liege eine starke Minderbelastbarkeit vor. Die bisherige Tätigkeit als Allrounderin im Service sei nicht mehr zumutbar. Inwieweit sitzende Tätigkeiten überhaupt noch möglich seien (Anfahrtsweg), müsse abgeklärt werden. Am 13. Oktober 2023 wurde die Versicherte beim Rheumatologen vorstellig (S. 364 ff.), der als Hauptdiagnose Ganzkörperschmerzen mit somatoformem Hintergrund stellte, wobei formal die Fibromyalgie-Diagnosekriterien erfüllt seien. Er empfahl multimodale Therapieansätze. Weder in der ausführlichen Anamnese noch in der klinischen Untersuchung (der kursorischen Arthrosonografie und den Laboranalysen) fanden sich seiner Ansicht nach Hinweise auf eine entzündliche Systemerkrankung. Die Patientin leide an generalisierten Ganzkörperschmerzen mit somatoformem Charakter. Weitere somatische Abklärungen seien nicht notwendig. Die Patientin sei aktuell gegenüber der Einnahme von Psychopharmaka und psychologischer Betreuung etwas zurückhaltend eingestellt. Eine tiefdosierte Trimipramin-Gabe oder eine sanfte antidepressive Therapie könnten jedoch Linderung verschaffen. Es hätten sich im Rahmen der Abklärung keine Hinweise auf eine Arthritis gefunden. Er riet zu einer multidisziplinären Betreuung in einer Schmerzlinik. In seinem Verlaufsbericht vom 18. November 2023 (S. 297 f.) notierte der Hausarzt einen unveränderten Gesundheitszustand bei chronischem Schmerzsyndrom. Die Patientin leide zunehmend an den ausgeprägten Fibromyalgiesyndromen mit intermittierender Depressivität, Schlafstörungen und zunehmendem Nachtschweiss. Nach erneuter Aktenvorlage stellte der RAD-Arzt am 23. November 2023 fest, die Versicherte zeige keine invalidisierende Diagnose (S. 288 f.). Am 30. Januar 2024 (S. 374 f.) hielt er daran fest und ergänzte, im Rahmen der Diagnostik sei von depressiven Symptomen, ja sogar von einer mittelgradigen depressiven Episode berichtet worden, diesbezüglich sei aber nie ein Psychiater angehört worden und es lägen auch keine klinischen Befunde vor, die diese Diagnose bestätigen könnten. Für den Rheumatologen seien sodann die Ganzkörperschmerzen nicht somatisch erklärbar. Als Diagnosen ohne Auswir-

- 9 - kung auf die Arbeitsfähigkeit listete er eine chronische Lumbago und Zervikalgie bei degenerativen Veränderungen, eine fragliche Fibromyalgie (DD somatoforme Schmerzstörung) und eine COPD GOLD II B auf. Die Versicherte sei sowohl in ihrer angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Bezüglich der Standardindikatoren schlussfolgerte er, bei der Versicherten würden ärztlicherseits eine Vielzahl von unklaren Diagnosen angegeben (Post-Covid-Syndrom, Depression, Fibromyalgie, in der Skelettszintigraphie affirmativ rheumatoide Arthritis), die sich aber nirgends erhärten liessen. Es würden keine spezialärztlichen oder laborchemischen Befunde, die auch nur im Ansatz eine dieser Diagnose erhärten könnten, existieren, ausser vielleicht der Verdacht von rheumatologischer Seite auf eine Fibromyalgie mit

Symptomausweitung. Es könne sogar von einer Aggravation gesprochen werden. Es sei kaum eine effektive Therapie längerfristig durchgeführt worden und Verhaltensänderungen seien keine erzielt worden. Hinweise in Bezug auf einen sozialen Rückzug seien nicht vorhanden. Die Versicherte weise klar Zeichen einer demonstrativen Aggravation auf, was durch die «Mitarbeit» des Hausarztes unterstützt werde. Es gebe auch keine klinischen Befunde, die die präsentierten Beschwerden in somatischer oder psychischer Hinsicht erklären würden. Nach einer weiteren Aktenbeurteilung schlussfolgerte der RAD-Arzt am 16. April 2024 (S. 391 f.), die vom Facharzt für Neuro- und Wirbelsäulen Chirurgie erwähnten Diagnosen seien primär radiologische Beschreibungen und keine klinischen Beurteilungen. Diese habe er in seinem Bericht vom 30. Januar 2024 als degenerative Veränderungen erfasst. Seine Aufgabe sei es, die radiologischen und klinischen Veränderungen in einen Kontext zu setzen und eine etwaige Arbeitsunfähigkeit davon abzuleiten. Die Wirbelsäulenveränderungen seien ohne weiteres als altersentsprechend zu bezeichnen und es würden jegliche Zeichen einer Nervenwurzelreizung fehlen. Der Hinweis, dass die HWS-Infiltrationen mittelfristig sogar Linderung gebracht hätten, zeige auch den funktionellen Charakter dieser Schmerzen. Die Diagnose einer rheumatoiden Arthritis werde durch einen Rheumatologen gestellt und nicht mittels Szintigraphie. Letzteres könne höchstens ein zusätzliches Element sein. Die vorliegende COPD sei im Stadium GOLD II B als milde mit nur geringen klinischen Einschränkungen einzustufen. Die Diagnose eines Post-Covid-Syndroms solle bei Fehlen eines laborklinischen Nachweises endgültig fallen gelassen werden. Eine Diagnose einer einschränkenden psychischen Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis sei nach wie vor nirgends (weder klinisch noch fachärztlich) bestätigt und somit nicht nachgewiesen. Die Bedeutung der vorliegenden Fatigue sei ebenfalls im RAD-Schlussbericht mittels Beurteilung der Standard-Indikatoren gewürdigt und als nicht einschränkend beurteilt worden.

- 10 - Am 24. Mai 2024 unterzog sich die Versicherte einer neurologischen Untersuchung bei Dr. B. _____ (Beilage 4 der Beschwerde). Die Patientin berichte über verschiedene Beschwerden mit verminderter Belastbarkeit, Konzentrationsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, aber auch Gelenkschmerzen und Muskelschmerzen. Die rheumatologische Diagnostik schein negativ zu sein. Die Creatin-Kinase sei auch normal dokumentiert. Die Elektrophysiologie des Karpaltunnels habe einen Normalbefund ergeben. An der unteren Extremität sei der rechte Nervus peroneus auffällig, was für eine leichte Polyneuropathie sprechen könne. Das EEG zeige einen altersentsprechenden Normalbefund. Am 18. Juni 2024 (Beilage der Vernehmlassung) ergänzte der Facharzt, die neurologischen Untersuchungen der Hals- und Hirngefässe würden ein normales Hirnstrombild und lediglich eine beginnende Atherosklerose der Carotiden im Ultraschall zeigen. Er habe daher der Patientin empfohlen, mit dem Rauchen aufzuhören. Hinsichtlich der progredienten Ganzkörperschmerzen könne in den standardisierten neurologischen Untersuchungen die Situation nicht objektiviert werden. Er empfahl eine Vorstellung in der Schmerzambulanz. Insgesamt sei es schwer, die Beschwerden von aussen zu objektivieren. Aus seiner Sicht würden die Symptome glaubhaft erscheinen. Er halte die Patientin für aktuell nicht arbeitsfähig, auch rückwirkend für die letzten Monate. Grundsätzlich würde die Patientin von einer antidepressiven Therapie profitieren. Gemäss Bericht der Psychologin für Psychotherapie und Rechtspsychologie vom 27. Mai 2024 (Beilage 3 der Beschwerde) befand sich die Versicherte seit dem 16. Februar 2024 in psychologischer-psychotherapeutischer Behandlung. Die Fachpsychologin schloss auf eine

chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1) sowie den Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörungen. In seinem Bericht vom 24. Juni 2024 nahm der RAD-Arzt abschliessend Stellung (Beilage der Vernehmlassung). Im Rahmen der eventuell vorhandenen (aber nicht bewiesenen) Fibromyalgie sei zu betonen, dass die Diagnose einer Fibromyalgie eine rheumatologische sei, wobei der hier beurteilende Rheumatologe diese nur randständig gestellt habe (Kriterien formell erfüllt) und vielmehr davon ausgehe, dass es sich eher um eine Form der somatoformen Schmerzstörung handle, was eine psychiatrische Diagnose darstelle. Bezüglich des psychologischen-psychotherapeutischen Berichts sei kein Psychostatus erwähnt und es werde auch kein Tagesablauf wiedergegeben. Es handle sich um einen sehr kurz gehaltenen psychologischen und nicht um einen psychiatrischen Bericht, was eigentlich notwendig wäre. Obwohl von diversen nicht-psychiatrischen Personen

- 11 - immer wieder der Verdacht einer depressiven Störung erhoben worden sei, sei die Versicherte bis anhin nie einem Psychiater vorgestellt worden. Der Neurologe bringe sodann keine neuen und invalidisierenden Diagnosen bei. Bezüglich der Covid-19-Infektionen hielt der RAD-Arzt daran fest, ohne die entsprechenden Beweise entbehre diese Krankheit jeglicher Grundlage. Es gebe kein objektives Element, das einen Long-Covid-Status rechtfertige. Wie bereits mehrfach hingewiesen, sei sodann der Nachweis einer invalidisierenden Erkrankung erforderlich, um IV-Leistungen zu erlangen. Dies treffe im vorliegenden Fall nicht zu. Seine Beurteilung sei medizinisch fundiert. Er habe seine nachvollziehbaren Schlüsse aus den medizinischen Unterlagen ziehen können, weshalb die Einholung eines Gutachtens entfalle. Bezüglich der postulierten depressiven Pathologie hätten sich nur «Nicht-Psychiater» erklärt, womit diese Diagnose nirgends auch nur im Ansatz erhärtet sei. Es werde von Seiten des RAD nicht abgestritten, dass die Versicherte an Schmerzen leide und Müdigkeit sowie Erschöpfung demonstriere. Dies seien aber alles nur Symptome und entsprächen keinem klaren Krankheitsbild. Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung seien keine objektiv erwähnt. In seiner Stellungnahme vom 24. Juni 2024 wies der RAD-Arzt darauf hin, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung lasse sich nicht begründen. Gemäss Bericht vom 27. Mai 2024 der Fachpsychologin, bei der die Beschwerdeführerin seit dem 16. Februar 2024 in psychologischer-psychotherapeutischer Behandlung war, hatte die Versicherte ihr gegenüber jedoch über traumatische Erlebnisse in ihrer Biographie berichtet, welche nach psychologischer Einschätzung zusätzliche Auswirkungen auf das Schmerzerleben der Patientin hätten. Sie äusserte den Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörungen. Ob die Beschwerdeführerin einen Konflikt oder ein auslösendes Trauma von hinreichender Schwere (vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.2) schilderte, wie es zur Herleitung der Diagnose einer PTBS gemäss ICD-10 F 43.1 erforderlich ist, blieb ungeklärt. Die Fachpsychologin schloss weiter auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.1). Damit stellte sie eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose, was für die Annahme eines psychiatrischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG spricht (BGE 145 V 215 E. 5.1). Der rheumatologische Gutachter erörterte mit Blick auf die verschiedenen und wechselnden körperlichen Symptome, die nicht ausreichend durch eine körperliche Ursache erklärt werden konnten, verschiedene Diagnosen, darunter eine Fibromyalgie. Unter Berücksichtigung der medizinischen Vorakten und der Schilderungen

der Beschwerdeführerin gelangte er

- 12 - auch zum Ergebnis, dass am meisten Hinweise auf eine Somatisierungsstörung vorlägen. Dazu führte der fachfremde RAD-Arzt am 24. Juni 2024 zutreffend aus, diese Störung stelle eine psychiatrische Diagnose dar.

E. 5.2

Unter gewissen Umständen können auch somatoforme Schmerzstörungen eine Arbeitsunfähigkeit verursachen. Sie fallen unter die Kategorie der psychischen Leiden (BGE 130 V 352 E. 2.2.2 mit Hinweisen), für die grundsätzlich ein psychiatrisches Gutachten erforderlich ist, wenn es darum geht, über das Ausmass der durch sie bewirkten Arbeitsunfähigkeit zu befinden (BGE 132 V 65 E. 4.3, 130 V 352 E. 2.2.2; AHI 2000 S. 159 E. 4b mit Hinweisen). Auch wenn die Diagnose Fibromyalgie primär von einem Rheumatologen gestellt wird, ist auch hier die Mitwirkung eines Facharztes für Psychiatrie zu fordern, zumal, psychosomatische Faktoren nach herrschender Meinung einen entscheidenden Einfluss auf die Entstehung dieser Gesundheitsstörung haben. Ein interdisziplinäres Gutachten, das sowohl rheumatologische als auch psychische Aspekte berücksichtigt, erscheint daher als geeignete Abklärungsmassnahme, um objektiv festzustellen, ob bei einer versicherten Person ein derart schwerer Schmerzzustand vorliegt, dass ihm die Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt ganz oder nur teilweise nicht mehr zugemutet werden kann (BGE 132 V 65 E. 4.3). Im vorliegenden Fall ist jedoch nie eine psychiatrische Abklärung angeordnet worden. Bereits in seinem Erstbericht vom 24. März 2023 (S. 244 f.) monierte der RAD-Arzt die unzureichende medizinische Aktenlage. Der Beschrieb des Krankbildes lasse sehr an eine psychiatrische Störung denken, wobei diesbezüglich keine Abklärungsschritte unternommen worden seien. Eine solche unterblieb auch in der Folge. Für das erkennende Gericht ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin es aufgrund dieser Aktenlage nicht für notwendig erachtete, sowohl eine psychiatrische Stellungnahme einzuholen, als auch die behandelnde Psychologin um einen zusätzlichen Bericht zu ersuchen. Wie der RAD-Arzt treffend ausführte, handelt es sich beim Bericht der Psychologin um einen sehr kurz gehaltenen, psychologischen und nicht um einen psychiatrischen Bericht. Ergänzend legte er selber dar, ein solcher sei eigentlich notwendig. Die Einholung eines psychiatrischen Berichts drängt sich vorliegend umso mehr auf, da von diversen fachfremden Ärzten und der Psychologin nicht nur der Verdacht einer depressiven Störung, sondern als (Neben-)Diagnose eine mittelgradige depressive Episode ICD-10 F 32.1 (Bericht der Luzerner Höhenklinik; Bericht des Hausarztes) oder eine rezivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD-10 F 33.1, gestellt worden waren. Schliesslich deutet auch die Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin seit Februar 2023 einer anhaltenden psychotherapeutischen Behandlung unterzieht, auf das

- 13 - Vorliegen einer invalidisierenden psychischen Störung hin. Zwar legte die Beschwerdegegnerin das Dossier diverse Male dem RAD zur Beurteilung vor, unterliess es jedoch, den Facharzt für Psychiatrie beizuziehen. Da sich anlässlich der klinischen Untersuchung mehrere Auffälligkeiten gezeigt hatten und es insgesamt schwer war, die Beschwerden zu objektivieren und die psychischen Aspekte im Vordergrund standen, wäre eine vertiefte psychologische bzw. psychiatrische Abklärung in Bezug auf das medizinische Substrat aber auch bezüglich einer Aggravation angezeigt gewesen.

E. 5.3

Die Beschwerdeführerin rügt weiter einen Klärungsbedarf hinsichtlich des Post-Covid-Syndroms. Diesbezüglich verwarf der RAD-Arzt mangels laborklinischer Nachweise die entsprechende Diagnose. Daran ist festzuhalten. Die Beschwerdeführerin behauptet nämlich weder über solche zu verfügen noch solche beibringen zu können. Die Beschwerdeführerin legt denn auch nicht dar, inwiefern weiterführende Untersuchungen möglich wären, um Klärung zu schaffen. Unstrittig wurde die Beschwerdeführerin auch neurologisch, rheumatologisch, orthopädisch und pneumologisch eingehend abgeklärt. In diesem Sinne erübrigt sich die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens.

E. 5.4

Im Hinblick auf das soeben Dargelegte muss festgestellt werden, dass weder die Stellungnahmen des RAD-Arztes noch die Berichte der behandelnden Ärzte eine rechtskräftige Entscheidung über den invalidisierenden Charakter der von der Beschwerdeführerin dargestellten Fibromyalgie oder somatoformen Schmerzstörung ermöglichen. Mit hin ist es dem Gericht auch nicht möglich, über die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer optimal angepassten Tätigkeit oder einen Rentenanspruch zu befinden. Nach dem Dargelegten ergibt sich für die Beschwerdegegnerin die Verpflichtung, einen Ergänzungsbericht bei der behandelnden Psychologin einzuholen und zusätzliche gutachterliche Massnahmen bei einer psychiatrischen Fachperson in die Wege zu leiten. In Achtung des Bundesgerichtsurteils I 694/05 vom 15. Dezember 2006 ist diese, da eine gerichtliche Instanz eine durch die Verwaltung vorzunehmende psychiatrische Begutachtung anordnet, durch eine unabhängige ärztliche Fachperson oder Institution durchzuführen. Eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin rechtfertigt sich, da die ungenügende Abklärung einen streitigen Punkt betrifft, der im Verwaltungsverfahren vollständig ungeklärt blieb (BGE 150 V 67 E. 5.2, 137 V 210 E. 4.4.1.4). Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, als die Verfügung aufzuheben und die Sache zur Vor- nahme der notwendigen psychiatrischen und psychologischen Abklärungen und zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist.

E. 6.1

Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu erneuter Abklärung gilt für die

- 14 - Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen, unabhängig davon, ob sie beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (BGE 132 V 215 E. 6.1).

E. 6.2

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Kantonsgericht ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Aufgrund des Verfahrensaufwandes werden die Kosten zu Lasten der IV-Stelle auf CHF 500 festgesetzt. Der in dieser Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückbezahlt.

E. 6.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf Parteientschädigung. Mit Kostennote vom 11. September 2024 macht die mandatierte Rechtsanwältin ein Honorar von CHF 3'100.00 (12.40 Stunden à CHF 250.00) zuzüglich Auslagen von CHF 54.40 und Mehrwertsteuer von CHF 255.50, total CHF 3'409.90, geltend. Dies erscheint im Vergleich mit anderen, ähnlich gelagerten Fällen sowie in

Anbetracht des hier mit Blick auf den Schriftenwechsel und den nicht ausserordentlichen Aktenumfang erforderlich gewesenen Aufwand als zu hoch. Das ordentliche Honorar wird in Berücksichtigung der Natur und Bedeutung des Falls, der Schwierigkeit, des Umfangs und der vom Rechtsbeistand nützlich aufgewandten Zeit festgesetzt (Art. 27 Abs. 1 und 40 GTar). Gemäss Art. 40 Abs. 1 GTar beträgt das Anwaltshonorar im Verfahren vor der Sozialversicherungsabteilung des Kantonsgerichts und dem Schiedsgericht im Sinne des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung zwischen CHF 550.00 bis CHF 11'000.00. Der Honorarrahmen ist nicht, wie beim unentgeltlichen Rechtsbeistand, um 30% zu kürzen (vgl. Art. 30 GTar; Bundesgerichtsurteil 6B_1422/2016 vom 5. September 2017 E. 3.2). Eine Stundenentschädigung ist im Gesetz nicht vorgesehen, einzig der ungekürzte Rahmentarif als «volle[r] Tarif» (vgl. Art. 30 Abs. 2 GTar, wonach zwischen gekürztem [Abs. 1] und vollem [Abs. 2] Tarif unterschieden wird). Das Gericht kann in Sonderfällen, d.h. bei einem ausserordentlichen oder unterdurchschnittlichen Arbeitsaufwand sowie bei Verfahrensbeendigung ohne Sachteil eine im Vergleich zum ordentlichen Tarif höhere bzw. tiefere Entschädigung zusprechen bzw. die Honorare entsprechend kürzen (Art. 29 GTar). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist es weiter zulässig, für das Anwaltshonorar Pauschalen vorzusehen. Das Gericht hat diesfalls bei einer Honorarbemessung alle prozessualen Bemühungen zusammen als einheitliches Ganzes aufzufassen und den effektiven Zeitaufwand lediglich im Rahmen des Tarifansatzes zu beachten. Pauschalen nach Rahmentarifen erweisen sich aber dann als verfassungswidrig, wenn sie auf die konkreten Ver-

- 15 - hältnisse in keiner Weise Rücksicht nehmen und im Einzelfall wiederum ausserhalb jedes vernünftigen Verhältnisses zu den vom Rechtsanwalt geleisteten Aufwänden stehen (BGE 143 IV 453 E. 2.5.1, 141 I 124 E. 4.3; Bundesgerichtsurteile 5A_461/2022 vom 24. Oktober 2022 E. 2.2.1.2, 6B_1278/2020 vom 27. August 2021 E. 6.3.3, 6B_950/2020 vom 25. November 2020 E. 2.4). Bei Einreichung einer massgeblich begründeten Kostennote mit separat ausgewiesener Mehrwertsteuer wird die Parteientschädigung um diesen Mehrwertsteuerbetrag erhöht; wird hingegen eine Entschädigung pauschal zugesprochen, ist die Mehrwertsteuer in diesem Pauschalbetrag enthalten und nicht noch zusätzlich zu vergüten (BGE 125 V 201 E. 4a). Nach dem Gesagten ist in casu die Tätigkeit der Rechtsvertreterin nur insoweit zu berücksichtigen, als sie sich in einem vernünftigen Rahmen hält, unter Ausschluss nutzloser oder überflüssiger Schritte. Dazu ist festzustellen, dass der von der Untersuchungsmaxime beherrschte Sozialversicherungsprozess die Arbeit erleichtert. Insgesamt erscheint ein Aufwand über 12 Stunden für das Aktenstudium und Abfassen der Rechtschriften bzw. der Korrespondenzen und Telefonate als etwas überhöht und ist angemessen zu kürzen. Das Kantonsgericht erachtet unter Berücksichtigung der Bedeutung und der Schwierigkeit des Verfahrens, des Inhalts der eingereichten Verfahrensunterlagen, der durchschnittlichen Komplexität der Rechtssache, des Umfangs der Akten sowie des für eine gehörige Vertretung vor Kantonsgericht angezeigten Aufwands und des Obsiegens eine Parteientschädigung von insgesamt CHF 3'000.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) für angemessen. Das Kantonsgericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen gutgeheissen und die Sache zur Vornahme der notwendigen Abklärungen und gestützt darauf zu einem neuen Entscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von CHF 500.00 werden der IV-Stelle auferlegt.
3. Der Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 500.00 wird

der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 4. Die IV-Stelle hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von CHF 3'000.00 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Sitten, 1. Oktober 2024

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