

GR_GERICHTE S 2009 196 vom 7. September 2010

GR Gerichte, 2010-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2009_196

FR: GR_GERICHTE S 2009 196 du 7 septembre 2010

IT: GR_GERICHTE S 2009 196 del 7 settembre 2010

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Mit Gutachten vom 6. August 2009 bestätigte der Rheumatologe der MEDAS die bereits von der Klinik ... erstellten Diagnosen panvertebrales Schmerzsyndrom bei leichter S-förmiger Skoliose, Segmentdegeneration an der Halswirbelsäule und an der Lendenwirbelsäule sowie eine relative Spinalkanalstenose und veranschlagte die Arbeitsunfähigkeit als Bodenleger auf 20-25%, für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auf 0%. Der Psychiater der MEDAS wiederum kam nach Untersuchung des Versicherten zum Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, stattdessen eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen, eine Dysthymie und eine generalisierte Angststörung, gegeben sei.

E. 4

Mit Verfügung vom 16. November 2009 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab. Sie führte aus, dass der Versicherte weiterhin seit dem 2. November 2005 in seiner zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Bodenleger zu 75-85% arbeitsfähig sei. In einer adaptierten Tätigkeit liege seit dem 2. November 2005 eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Insbesondere habe

der Beschwerdeführer in seinem Einwand keine neuen erheblichen Tatsachen vorgebracht, die das durchgeführte Gutachten der MEDAS erschüttern könnten.

E. 5

Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführer) am 14. Dezember 2009 beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden Beschwerde, mit dem Begehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Gewährung einer Rente aufgrund einer Teilinvalidität von mindestens 40- 50%. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer vor, dass er sich seit vier Jahren nicht mehr in der Lage fühle zu arbeiten. Seine Beschwerden seien klar auf eine Überbeanspruchung als Bodenleger zurückzuführen. Seine Leidensgeschichte und der ständige Kampf um Anerkennung seiner gesundheitlichen Situation hätten sich nun auch auf seine Psyche niedergeschlagen, weshalb er sich seit etwa zwei Monaten in stationärer Behandlung in der Klinik Waldhaus befinde. Mit der Behauptung, er bilde sich seine Beschwerden nur ein, wolle man ihn als Simulant abstempeln, um ihm so den Anspruch auf eine IV-Rente abzuspochen. Er fühle sich nicht als Simulant und würde lieber 100% arbeiten, als vom Staat abhängig zu sein. Tatsächlich leide er seit 1998 unter ständigen Rückenbeschwerden, was im Oktober 2000 von Dr. med.

... und im April 2005 von Dr. med. ... bestätigt worden sei. In Bezug auf das MEDAS-Gutachten hielt der Beschwerdeführer fest, dass sich dieses im Wesentlichen auf die Aussagen stütze, welche im Austrittsbericht des Rheuma- und Rehabilitationszentrums ... vom 19. August 2005 gemacht worden seien. Danach sei er in der angestammten Tätigkeit zu 75-80% arbeitsfähig. Dem müsse er jedoch widersprechen. Tatsächlich habe er immer wieder versucht zu arbeiten, wobei ihn seine Rückenbeschwerden jeweils nach ein bis zwei Stunden zur Aufgabe gezwungen hätten. Im Übrigen frage er sich, wie er - der ja vermittlungsunfähig sei - zu 75-80% arbeitsfähig sein könne.

E. 6

Mit Vernehmlassung vom 25. Januar 2010 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Dabei führte sie aus, dass der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde keine neuen rechtserheblichen Vorbringen anführe. Entsprechend verzichte sie auf die

Wiederholung ihrer Begründung und verweise auf die angefochtene Verfügung vom 16. November 2009, an welcher sie vollumfänglich festhalte. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt ist die Verfügung der IV-Stelle vom 16. November 2009, worin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abgewiesen worden ist. Gegenstand des Verfahrens bildet somit die Frage, ob die Beschwerdegegnerin das Gesuch zum Bezug von IV-Leistungen zu Recht abgewiesen hat. 2. a) Eine IV-Rente kann nur gewährt werden, wenn eine Invalidität vorliegt. Als Invalidität gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Mit Bezug auf Art. 4 Abs. 1 IVG ist festzuhalten, dass Gegenstand der Invalidenversicherung nicht ein Gesundheitsschaden als solcher, sondern nur eine durch einen Gesundheitsschaden verursachte Arbeits- und daraus resultierende Erwerbsunfähigkeit sein kann. Als arbeitsunfähig gilt eine Person, die infolge eines Gesundheitsschadens ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr, nur noch beschränkt oder unter der Gefahr ihren Gesundheitszustand zu verschlimmern, ausüben kann. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit bestimmt sich laut Rechtsprechung nach dem Masse, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinischtheoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b S. 239 mit Hinweisen). Für die Gewährung von IV-Leistungen müssen somit ein medizinisches Element (Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit) sowie ein wirtschaftliches Element (dauerhafte oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit) vorliegen. Sodann muss zwischen diesen Elementen ein

Kausalzusammenhang bestehen (Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) ab dem 1. Januar 2008, N 1024 ff.; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Auflage, Bern 2003, S.159 N 12 ff.). b) Um die Arbeitsfähigkeit bemessen zu können, sind die Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99; 125 V 256 E. 4 S. 261). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Berichte oder Gutachten, sondern deren Inhalt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 478 S. 345 E. 5.1). c) Zur Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Versicherten liegen dem Gericht folgende massgeblichen Arztberichte und Gutachten vor: • Brief von Dr. med. ..., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 8. November 2008: Der behandelnde Arzt bemerkt vorweg, dass er den Patienten lediglich zweimal, nämlich am 23. September 2008 und am 20. Oktober 2008 untersucht habe. Ebenso verfüge er lediglich über das Gutachten der

Klinik ... vom 25. Oktober 2005 sowie den Austrittsbericht der Zürcher Höhenklinik Davos vom 23. Juni 2006. Weitere Berichte lägen ihm nicht vor. Bei den zwei Konsultationen bei ihm seien die Kriterien für eine generalisierte Angststörung erfüllt gewesen, dazu habe der Patient leichte depressive Symptome gezeigt, welche den Kriterien einer Anpassungsstörung und längerer depressiver Reaktion entspreche. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien ebenfalls erfüllt. Sowohl in den anamnestischen Daten als auch in den zwei Konsultationen würden sich Hinweise auf eine passiv-aggressive Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsstörung ergeben, wobei andere Gespräche und testpsychologische Untersuchungen notwendig wären, um die Verdachtsdiagnose überprüfen zu können. Aufgrund der erwähnten psychischen Störungen (insbesondere der Angststörung) bescheinigte der behandelnde Arzt dem Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. • Polydisziplinäres MEDAS-Gutachten Zentralschweiz vom 6. August 2009: Es werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: panvertebrales Schmerzsyndrom bei leichter S-förmiger Skoliose, Segmentdegenerationen an der Halswirbelsäule und an der Lendenwirbelsäule sowie eine relative Spinalkanalstenose auf Höhe des vierten und fünften Lendenwirbels. Die folgenden Diagnosen haben keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, aber Krankheitswert: Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen bei Dysthymie und generalisierter Angststörung, sensorieil betontes generelles Halbseitensyndrom links ohne objektivierbares Korrelat, manifeste Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung. In rheumatologischer Hinsicht wurde zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festgestellt, dass man mit den objektivierbaren neuroradiologischen Befunden zervikal und lumbal gewisse Einschränkungen bezüglich Arbeiten mit steriotyp reklinierter Kopfhaltung sowie bezüglich Heben und Tragen von Lasten über 20 kg begründen könne. Die hochgradige Einschränkung, die der Versicherte selbst geltend gemacht hat, konnte der behandelnde Rheumatologe mit den Befunden am Bewegungsapparat nicht erklären.

Auch die angestammte Tätigkeit als Bodenleger sei nicht prinzipiell ungünstig. Das Ärzteteam der Klinik ... habe die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit in ihrem Abklärungsbericht vom 2. November 2005 auf 75-80% festgelegt. Diese Leistungseinschätzung habe nach wie vor Gültigkeit. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit

als Bodenleger sei mit den dokumentierten Befunden nicht begründbar. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei dem Versicherten vom Bewegungsapparat her uneingeschränkt zumutbar. In psychiatrischer Hinsicht wurde mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt, dass die bisherige Tätigkeit keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange. Entsprechend liege aus psychiatrischer Sicht sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% vor. Für seinen psychischen Gesundheitszustand wäre es günstig, wenn der Versicherte wieder eine als sinnvoll erlebte Arbeit verrichten könne, da ihm dies Tagesstruktur, Bestätigung und Kontakte geben würde. d) In Würdigung der soeben erwähnten Arztberichte ist das Gericht zur Überzeugung gelangt, dass es inhaltlich keine triftigen Gründe gibt, nicht auf das umfassende, schlüssige und in sich widerspruchsfreie Gutachten der MEDAS vom 6. August 2009 abzustellen. Die Untersuchungen des Beschwerdeführers beruhen auf einer persönlichen, zweitägigen Abklärung (2.-3. Juni 2009) in rheumatologischer und in psychiatrischer Hinsicht mit jeweils eigenen Teilgutachten. Darin wurde die Krankengeschichte des Beschwerdeführers umfassend und detailliert evaluiert. Insbesondere haben sich sowohl der behandelnde Rheumatologe Dr. med. ... als auch der Psychiater Dr. med. ... eingehend mit den geklagten Beschwerden und den früheren Befunden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und die medizinischen Massnahmen klar festgelegt und begründet. Die medizinische Situation und deren Zusammenhänge sind daher in nachvollziehbarer Weise beurteilt worden.

Im Gegensatz zum MEDAS-Gutachten ist die Beurteilung von Dr. med. ... in seinem Schreiben vom 8. November 2008 weder schlüssig noch nachvollziehbar und seine Einschätzungen sind nur sehr rudimentär begründet. Damit zeigt sich, dass dem MEDAS-Gutachten vom 6. August 2009 insgesamt ein bedeutend höheres Gewicht bei der Beweiswürdigung zukommt. Entsprechend ist für die Beurteilung der restlichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf das MEDAS-Gutachten abzustellen, welches dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Bodenleger eine 75-80%-ige und für eine adaptierte Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestiert. e) Der Beschwerdeführer widerspricht in seiner Beschwerdeingabe der Aussage, wonach er zu 75-80% arbeitsfähig sei. Tatsächlich fühle er sich nicht in der Lage, mehr als eine Stunde im Tag zu arbeiten. Damit macht er geltend, dass die Abklärungsergebnisse nicht mit der Realität übereinstimmen würden. Dieser Einwand kann aus folgenden Gründen nicht gehört werden: Bereits das Ärzteteam der Klinik ... hat sowohl in seinem Austrittsbericht vom 19. August 2005 als auch im interdisziplinären Gutachten vom 2. November 2005 erwähnt, dass sich der Versicherte stark selbstlimitierend und demonstrativ leidend gezeigt habe und nicht bereit gewesen sei, an das funktionelle Leistungsmaximum zu gehen. Insbesondere konnten sich die behandelnden Ärzte das Ausmass der angegebenen Schmerzbeeinträchtigung und Behinderung mit den klinischen Befunden nicht hinreichend erklären. Auch den behandelnden Ärzten der MEDAS fiel die klare Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung auf. Unter anderem hielt der behandelnde Rheumatologe im Gutachten fest, er könne die hochgradige Einschränkung, die der Versicherte selber geltend mache, mit den Befunden am Bewegungsapparat nicht erklären. Unter Beachtung dieser Umstände wird deutlich, dass die Ärzte der Klinik ... beziehungsweise der MEDAS für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die vom Beschwerdeführer angegebene Schmerzbeeinträchtigung und Behinderung – welche

gemäss seinen eigenen Aussagen lediglich einen Arbeitseinsatz von einer Stunde pro Tag zulassen würden – abstellen konnten. Die Abklärungsergebnisse sind entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers klar und nachvollziehbar.

f) Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, dass ihm der Anspruch auf Arbeitslosengelder mangels Vermittlungsfähigkeit abgesprochen worden sei. Er verstehe nicht, wie er zu 75-80% arbeitsfähig und gleichzeitig nicht vermittelbar sein sollte. Der Beschwerdeführer verkennt, dass die Beurteilung der Voraussetzungen für den Erhalt der versicherten Leistung in jedem der beiden Versicherungszweige unabhängig voneinander erfolgt und die invalidenversicherungsrechtliche Erwerbsfähigkeit nicht mit der arbeitslosenversicherungsrechtlichen Vermittlungsfähigkeit gemäss Art. 15 AVIG gleichzusetzen ist. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Arbeitslosenversicherung und Invalidenversicherung keine komplementären Versicherungen in dem Sinne, dass sich die vom Erwerbsleben ausgeschlossene versicherte Person in jedem Fall entweder auf Invalidität oder aber auf Arbeitslosigkeit berufen könnte. Wer trotz eines schweren Gesundheitsschadens invalidenversicherungsrechtlich nicht in rentenbegründendem Masse erwerbsunfähig (invalid) ist, kann gleichwohl arbeitslosenversicherungsrechtlich gesehen vermittlungsunfähig sein (ZAK 1983 S.497). Andererseits schliesst der Bezug einer ganzen Invalidenrente die Vermittlungsfähigkeit nicht grundsätzlich aus (Urteil des Bundesgerichtes vom 25.09.2000, C 131/00). Aus diesem Grund sind die Versicherungsorgane denn auch nicht an die Beurteilung der jeweils anderen Versicherung gebunden (Urteil des Bundesgerichtes vom 20. April 2006, C 321/05; BGE 127 V 478). Entsprechend kann der Beschwerdeführer aus der arbeitslosenversicherungsrechtlichen Vermittlungsunfähigkeit nichts zu seinen Gunsten ableiten. 3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 20-25% einschränken. In einer adaptierten Tätigkeit hingegen ist der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsfähig. Die Einwände des Beschwerdeführers sind deshalb unbegründet und die Vorinstanz hat für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu Recht auf das Gutachten der MEDAS vom 6. August 2009 abgestellt. Wie bereits die Vorinstanz erkannt hat, besteht kein invalidisierender Gesundheitsschaden,

weshalb dem Beschwerdeführer keine IV-Rente zu gewähren ist. Die angefochtene Verfügung vom 16. November 2009 ist somit zu bestätigen und die Beschwerde abzuweisen. 4. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Diese Kosten werden jeweils nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert der Sache im Umfang von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Aufgrund des Ausgangs dieses Verfahrens rechtfertigt es sich vorliegend, dem unterliegenden Beschwerdeführer Kosten in der Höhe von Fr. 700.-- zu überbinden. Demnach erkennt das Gericht: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Kosten von Fr. 700.-- gehen zulasten von ... und sind innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheides an die Finanzverwaltung des Kantons Graubünden, Chur, zu bezahlen. Auf die dagegen an das Bundesgericht erhobene Beschwerde wurde am 14. April 2011 nicht eingetreten (9C_242/2011).

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