

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/327 vom 18. Juni 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-06-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2007\\_327](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_327)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/327 du 18 juin 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/327 del 18 giugno 2009

## **Regeste**

Art. 28 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung). Anspruch auf Rente. Würdigung des medizinischen Gutachtens. Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juni 2009, IV 2007/327).

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Dadurch sind im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) verschiedene Änderungen erfolgt. Da die streitige Verfügung am 10. Juli 2007, mithin vor dem 1. Januar 2008, erging, sind vorliegend noch die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anwendbar (BGE 127 V 467 E. 1 und BGE 121 V 366 E. 1b).

### **E. 1.2**

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, und 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. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung 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 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes 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 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 (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

### **E. 2.1**

Der beschwerdeführerische Rechtsvertreter beanstandet zunächst das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten des AEH. Zum einen gehöre das Argument der Selbstlimitierung zur Standardbegründung des AEH. Dieses sei bis heute die Antwort schuldig geblieben, wie die behauptete Selbstlimitierung festgestellt worden sei. Im Weiteren sei nicht nachvollziehbar, weshalb das AEH trotz der diversen diagnostizierten (insbesondere somatischen) Leiden eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit annehme. Die in Ziff. 5 aufgelisteten Diagnosen stimmten mit den "Vorgutachten" weitgehend überein und würden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit offensichtlich zu wenig berücksichtigt. Die Berichte von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ seien bei der Bemessung der Restarbeitsfähigkeit völlig ausser Acht gelassen worden. Der Einschätzung des Hausarztes sei überdies der Vorzug zu geben, da sie im Gegensatz zum bestrittenen Gutachten des AEH auf langjähriger Betreuung und genauer Kenntnis sämtlicher Umstände beruhe. Es gehe nicht an, den Angaben des Hausarztes ohne nähere Begründung die Glaubwürdigkeit von vornherein abzusprechen.

### **E. 2.2**

Das AEH-Gutachten stützt sich nebst der Untersuchung vom 19. Juni 2006 auf die von Februar bis Mai 2005 gemachten MRI sowie auf die Angaben des Beschwerdeführers. Die Gutachter diagnostizierten ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit panvertebraler Betonung, cervicospondylogem Schmerzsyndrom beidseits mit mehrsegmentären Diskusprotrusionen und degenerativen Veränderungen, lumbospondylogem Syndrom beidseits mit muskulärer Dysbalance der Gesässmuskulatur, lumbosakraler Übergangsanomalie, Osteochondrose und Spondylarthrose L3/4 und L4/5, kleinvolumiger Diskushernie L3/4, medianer Diskusprotrusion L2/3 und L4/5 sowie rechtsbetonten Schulterschmerzen im Sinn einer Periarthropathia humeroscapularis. Diese Diagnosen sind im vorliegenden Verfahren unbestritten und entsprechen weitgehend jenen der vorbefassten Ärzte. Umstritten ist einzig die Schlussfolgerung in Bezug auf eine angepasste Tätigkeit. Diesbezüglich gehen die Gutachter von einer vollen Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte Arbeit aus. Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, auf Grund der gestellten Diagnosen sei eine solche Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht nachvollziehbar. Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch festzustellen, dass nicht die Anzahl der Diagnosen für den Arbeitsfähigkeitsgrad ausschlaggebend ist. So erscheint durchaus nachvollziehbar, dass - unter dem rheumatologischen Blickwinkel - bei den durch die bildgebenden Verfahren objektivierten degenerativen Veränderungen nurmehr aber immerhin eine leichte Tätigkeit möglich ist. Diesbezüglich erscheinen im Gegenteil die haus- und vertrauensärztlichen Angaben einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel. Im Weiteren deuten die fünf positiven Waddel-Zeichen sowie zwei von zwei Zusatzzeichen nach Kummel auf eine gewisse Symptomausweitung hin. Nach den Richtlinien für die Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie (in: Schweizerische Ärztezeitung, 2007; 17, S. 738) sollten die zur Verfügung stehenden Röntgenaufnahmen in der Regel nicht älter als sechs Monate sein. Bei stabilem Beschwerdebild und (gemäss Akten) unverändertem klinischem Befund würden jedoch auch ältere Aufnahmen ausreichen. Vorliegend waren die vom AEH verwendeten Aufnahmen zum Zeitpunkt der Begutachtung rund einviertel Jahre alt. Nachdem der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 19. Juni 2006 angegeben hatte, der

Zustand sei "in der letzten Zeit" etwa gleich geblieben, und von einem seit 2005 im Wesentlichen unveränderten Befund auszugehen ist (act G 4.1/24.4), kann indessen auf die Einholung neuerer Aufnahmen verzichtet werden. Somit ist mit dem Gutachten davon auszugehen, dass der durch die MRI-Aufnahmen vom März 2005 objektivierte degenerative Zustand der Wirbelsäule die Schmerzen nur zum Teil zu erklären vermag und - in Verbindung mit den positiven Waddel- und Kummel-Zeichen - eine Symptomausweitung stattgefunden hat. Mithin erscheint die gutachterliche Schlussfolgerung einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit plausibel. Da zudem aus psychiatrischer Sicht ohnehin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % als limitierender Faktor besteht (vgl. psychiatrisches Gutachten vom 17. Januar 2007; act. G 4.1/26.6), würde auch die Annahme einer (bis 50 %) reduzierten Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischen Gründen an der Gesamt-arbeits(un)fähigkeit kaum etwas ändern.

### **E. 2.3**

Im Weiteren vermögen die Berichte des Hausarztes und des Vertrauensarztes der Visana das Gutachten nicht anzugreifen. Vorliegend bestätigte Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. Januar 2006 sowohl für die angestammte als auch für jede andere Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Zur Begründung brachte er lediglich vor, der Beschwerdeführer habe seine angestammte Arbeit wegen zunehmender Schmerzen und körperlicher Bewegungseinschränkung aufgeben müssen. Der Beschwerdeführer habe diverse Arbeitsversuche durchgeführt, die jedoch auf Grund des Beschwerdebildes gescheitert seien. Zudem habe sich eine dazugekommene depressive Symptomatik in den Vordergrund gedrängt und sich als wesentlicher Störfaktor erwiesen (act. G 4.1/6.3). Damit stellte Dr. A.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf die Angaben des Beschwerdeführers ab und konstatierte lediglich den Umgang des Beschwerdeführers mit seinen Beschwerden. Zudem bezogen sich die erwähnten Arbeitsversuche auf die angestammte Tätigkeit, welche Arbeit unbestrittenermassen nicht mehr zumutbar ist (vgl. act. G 4.1/6.3). Soweit sich die Angabe einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf die depressive Symptomatik bezogen haben sollte, vermag die Ansicht des Hausarztes jene des psychiatrischen Gutachtens ohnehin nicht umzustossen, so dass darauf nicht abgestellt werden kann. Im Übrigen hat Dr. A.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer am 14. März 2005 gerade zur Abklärung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit an die Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen überwiesen (act. G 4.1/14.35). In der entsprechenden Antwort vom 23. März 2005 führte die Neurochirurgie zum Befund lediglich aus, es bestehe tief lumbal eine mässige Druckdolenz, ausserdem sei der Druckschmerz an der BWS und an der HWS provozierbar. Zudem zeige die lumbale vertebro-spinale Kernspintomographie vom 11. März 2005 eine Diskusprotrusion medio-rechts-lateral C5 und C6 mit konsekutiv distal spondylogenen deutlicher Foraminaleinengung C5/6 und C6/7, weshalb eine Nervenwurzelirritation möglich sei. Zudem bestehe eine leichte zentrale Spinalkanaleinengung sowie eine vorwiegend spondylogene leicht bilaterale Foraminaleinengung L3/4 (act. G 4.1/14.28f.). Zwar äusserte sich die Neurochirurgie nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit, indessen lassen sich ihre Befunde und ihre Beurteilung kaum mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in leichten Tätigkeiten vereinbaren. Schliesslich vermochten die Abklärungen in der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen die Schulterschmerzen nicht auf eine eigenständige Schulterpathologie zurückzuführen. So führte sie in ihrem Bericht vom 4. Juli 2005 aus, dass die Beschwerden nicht durch eine Schulterpathologie hervorgerufen würden und diese am ehesten zervikal ausgehend seien, weshalb die begonnene neurochirurgische Abklärung weiter vorangetrieben werden solle (act. G 4.1/14.23f.). Gestützt auf diese

Vorberichte erscheint die Angabe des Hausarztes vom Januar 2006 einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten als nicht überzeugend.

#### **E. 2.4**

Die in Bezug auf den Bericht Dr. A.\_\_\_\_s gemachten Ausführungen gelten im Wesentlichen auch für den Bericht der Beratungsstelle Sanacons vom 31. Januar 2006. Darin diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ rezidivierende Rückenschmerzen HWS und LWS mit/bei cervikaler Diskushernie mit Foraminaleinengung C5/6 und C6/7 rechts, relativer Spinalkanalstenose L3/4 beidseits, Impingement-Symptomatik rechte Schulter sowie eine Depression. Gestützt darauf ging Dr. C.\_\_\_\_ ebenfalls von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten aus und begründete dies mit der massiven Schmerzsymptomatik und der schweren depressiven Verstimmung (act. G 4.1/14.4). In Bezug auf die somatische Seite bleibt aber auch bei den Ausführungen Dr. C.\_\_\_\_ unklar, weshalb die Rückenschmerzen auch eine rückschonende Tätigkeit vollständig verunmöglichen sollen. Insbesondere scheint dies nicht mit dem von Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen objektiven Befund (massiver paravertebraler Hartspann entlang der ganzen Wirbelsäule, eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, deutliche depressive Grundstimmung; act. G 4.1/14.3), sondern wiederum mit der vom Beschwerdeführer selbst geschilderten Situation erklärbar zu sein. Mithin erscheint auch der Bericht Dr. C.\_\_\_\_ nicht geeignet, am AEH-Gutachten ernsthafte Zweifel zu wecken. Im Übrigen gab der Bericht C.\_\_\_\_ - wie die Beschwerdegegnerin zu Recht feststellte - gerade Anlass für eine vertiefte Abklärung (vgl. act. G 4.1/16), so dass nicht damit das Gutachten umgestossen werden kann.

#### **E. 2.5**

Die psychiatrischen Gutachter diagnostizierten sodann eine mittelgradige depressive Störung (F32.1) auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit (F60.5), eine generalisierte Angststörung (F 41.1) sowie eine somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden bestehender Wirbelsäulenveränderungen (F45.4). Gestützt darauf postulieren sie eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer aus rheumatologischer Sicht als möglich beschriebenen leichten wechselbelastenden Tätigkeit. Darüber hinaus sei aus psychiatrischer Sicht beachtlich, dass die Tätigkeit keine besonderen Anforderungen an die allgemeine psychische Belastbarkeit, Flexibilität und Konzentration stelle und keine Tätigkeiten unter Zeitdruck (Akkordarbeit) oder mit hohen Verantwortlichkeiten umfasse (act. G 4.1/26.6). Den Unterschied zur Einschätzung des behandelnden Psychiaters, Dr. D.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 14. Juni 2006 (nicht bei den Akten) von einer 75 %igen Arbeitsunfähigkeit ausging, begründeten die Gutachter damit, dass ihrer Ansicht nach eine depressive Störung vorliege, die jedoch auf Grund insbesondere der erhaltenen Modulationsfähigkeit in der depressiven Affektlage nur als mittelschwer - und nicht als schwer, wie bei Dr. D.\_\_\_\_ - eingestuft werde (act. G 4.1/26.5). In Bezug auf das psychiatrische Gutachten bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers lediglich vor, dass dieses von einer schlechten Prognose und einer Abnahme der aktuell noch vorliegenden Restarbeitsfähigkeit ausgehe. Mit der Beschwerdegegnerin ist jedoch festzustellen, dass allfällige zukünftige Veränderungen der Arbeitsfähigkeit mittels Revision anzupassen und nicht bereits jetzt zu antizipieren sind. Zudem erscheint die Abweichung zur Einschätzung Dr. D.\_\_\_\_s begründet und im Ermessen des Gutachters zu liegen.

#### **E. 2.6**

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die im rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten bzw. in der Konsensschätzung gemäss Schreiben des AEH und der Klinik Gais vom 26. Januar 2007 angegebene Arbeitsfähigkeit von 50 % (bzw. vier Stunden pro Tag) für eine wechselbelastende Tätigkeit - mit den im psychiatrischen Gutachten erwähnten Einschränkungen - als plausibel erscheint (vgl. act. G 4.1/27). Es wurden zudem die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers berücksichtigt und das Gutachten erging in Kenntnis der wesentlichen Vorakten. Das Gutachten steht nicht im Widerspruch zu diesen medizinischen Vorakten (Berichte des Kantonsspitals St. Gallen) bzw. Abweichungen wurden begründet (Bericht Dr. D. \_\_\_\_). Soweit die Berichte des Hausarztes und des Vertrauensarztes eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten postulieren, erscheinen diese als nicht überzeugend. Mithin ist in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzung auf das (bzw. die) Gutachten abzustellen. Der Beschwerdeführer ist somit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit den im psychiatrischen Gutachten genannten Einschränkungen als zu 50 % arbeitsfähig zu betrachten.

## **E. 2.7**

Im Weiteren beanstandet der Rechtsvertreter die Berechnung des Invaliditätsgrades. In Bezug auf das Valideneinkommen macht er geltend, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2004 ein Einkommen von Fr. 70'985.-- erzielt, das bereits ohne Aufrechnung der Lohnentwicklung höher sei als das von der Beschwerdegegnerin angenommene Einkommen von Fr. 70'029.--. Für die Ermittlung des Einkommens, welches der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte (BGE 129 V 222 E. 4.2 und 4.3.1, mit Hinweis auf RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung (bis zum Verfügungserlass) angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 Erw. 3b). In ihrem Berechnungsblatt ging die Beschwerdegegnerin zunächst von einem auf das Jahr 2006 aufgerechneten Valideneinkommen als Giesser (38 Stunden/Woche bzw. 89,4 %) von Fr. 70'029.-- aus. Als Invalideneinkommen legte sie der Berechnung die LSE 2006, Ostschweiz, privater Sektor, Niveau 4, zu Grunde. Zusätzlich berücksichtigte sie einen Teilzeitabzug von 10 %, und gelangte damit zu einem Invalideneinkommen von Fr. 26'244.-- sowie einem Invaliditätsgrad von 62,52 % (act. G 4.1/30). In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. November 2007 ging die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen im Jahr 2004 von Fr. 68'705.-- aus, und stellte dem ein Invalideneinkommen gemäss LSE 2004, aufgerechnet auf die arbeitsüblichen 41,6 Wochenstunden von Fr. 25'766.-- gegenüber, was wiederum einen Invaliditätsgrad von 62,5 % ergab (act. G 4). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist zunächst festzustellen, dass die Kinderzulagen nicht zum massgebenden Lohn gehören (vgl. Art. 7 und 8 AHVV), sondern gemäss kantonalem Kinderzulagengesetz ausgerichtet werden. Somit ging die Beschwerdegegnerin zu Recht vom im IK vermerkten Betrag für das Jahr 2004 von Fr. 68'705.-- aus, der auch dem gemäss Lohnzusammenstellung der Arbeitgeberin ausgewiesenen Lohn von Fr. 70'985.-- (abzüglich Kinderzulagen von Fr. 2'280.--) entspricht (act. G 4.1/11.9). Im Weiteren beträgt das Invalideneinkommen im Jahr 2004

gemäss LSE (in: IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Anhang 2), aufgerechnet auf 41,6 Wochenstunden Fr. 57'258.--. Unter Berücksichtigung des Arbeitsfähigkeitsgrades von 50 % und eines 10 %igen Leidensabzugs ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 25'766.-- und damit ein Invaliditätsgrad von 62,5 %. Selbst wenn man mit dem Beschwerdeführer berücksichtigen würde, dass er nicht mehr nur Teilzeit arbeiten kann, sondern darüber hinaus weiteren gesundheitsbedingten (rheumatologischen und psychiatrischen) Einschränkungen unterworfen ist (leichte, wechselbelastende Arbeit ohne hohe Anforderungen an Konzentration, Flexibilität, allgemeine psychische Belastbarkeit, Zeitdruck sowie ohne hohe Verantwortlichkeit), weshalb ein höherer Leidensabzug als 10 % zuzubilligen wäre, kann offen bleiben, ob dieser tatsächlich auf insgesamt 25 % festzulegen wäre. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend ausführt, ergäbe sich auch mit einem Leidensabzug von 25 % ein Invaliditätsgrad von weniger als 70 %.

### **E. 3.1**

Im Ergebnis erweist sich die angefochtene Verfügung vom 10. Juli 2007 als korrekt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

### **E. 3.2**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.--, unter Anrechnung des in gleicher Höhe geleisteten Vorschusses.

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