

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/375 vom 29. Mai 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-05-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2007\\_375](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_375)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/375 du 29 mai 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/375 del 29 maggio 2009

## **Regeste**

aArt. 28 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung). Kein Rentenanspruch. Gutachten überzeugend. Keine gesundheitliche Verschlechterung bis zum Verfügungserlass ausgewiesen. Keine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Begründungspflicht) (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Mai 2009, IV 2007/375).

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der Beschwerdeführer lässt in formeller Hinsicht rügen, dass in der angefochtenen Verfügung auf seine im Einwand vorgetragene Argumente nicht genügend eingegangen worden sei. Dadurch sei das rechtliche Gehör verletzt worden (act. G 1 und 7).

### **E. 1.2**

Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die grundsätzliche Pflicht einer Behörde, ihren Entscheid zu begründen, folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass der Betroffene den Entscheid gegebenenfalls sachgerecht anfechten kann. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde leiten liess und auf die sich ihr Entscheid stützt (BGE 112 Ia 107 E. 2b mit Hinweisen; BGE 118 V 58). Eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs kann dann als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Diese Voraussetzung ist im Fall des Versicherungsgerichts erfüllt (vgl. Art. 61 lit. c ATSG i.V.m. Art. 46 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Mit Erlass von Art. 57a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), worin in der Invalidenversicherung das Vorbescheidverfahren wieder eingeführt wurde, sind an die Begründungsdichte von Verfügungen, die nach Durchführung eines Vorbescheidverfahrens gemäss Art. 57a IVG ergehen, erhöhte Anforderungen zu stellen (vgl. hierzu eingehend Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 30. Mai 2007, IV.2007.00436, E. 1.8 ff.).

### **E. 1.3**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (act. G 4.66) im Wesentlichen mit dem Hinweis auf die gutachterliche Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes verneinte sie aufgrund des im Einwand verlangten nachträglich eingeholten Arztberichts von Dr. D.\_\_\_\_. Sie hat damit ihre Überlegungen den

medizinischen Sachverhalt betreffend transparent dargelegt und – wenn auch kurz – begründet, auf welche medizinische Einschätzung sie entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers im Vorbescheidverfahren abstellt und weshalb sie dessen geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung verneint. Eine Verletzung der Begründungspflicht ist im Zusammenhang mit der Feststellung des medizinischen Sachverhaltes damit zu verneinen.

#### **E. 1.4**

Der Beschwerdeführer erblickt eine Verletzung der Begründungspflicht auch im Umstand, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügungen nicht mit seinen Vorbringen bezüglich des Leidensabzuges auseinandergesetzt habe. Die Beschwerdegegnerin hat sich mit der Frage des Leidensabzuges in der angefochtenen Verfügung nicht beschäftigt. Zwar handelte sich dabei um eine wesentliche Frage, welche die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung grundsätzlich nicht ausser Acht lassen durfte. Ein Begründungsmangel ist aber zu verneinen. Denn der Beschwerdeführer hat es in seinem Einwand vom 31. Mai 2007 (act. G 4.62.5) bei der blossen Behauptung belassen, dass ein Leidensabzug von 20% vorzunehmen sei. Eine Begründung für die Vornahme eines Leidensabzuges und für dessen Höhe hat er nicht angegeben. Diese blosser Behauptung des Beschwerdeführers ist für sich allein jedoch einer begründeten Auseinandersetzung nicht zugänglich. Eine Gehörsverletzung liegt damit nicht vor (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2008, 9C\_481/08, E. 2.2).

#### **E. 2.1**

In materieller Hinsicht ist einzig der Anspruch des Beschwerdeführers auf Rentenleistungen streitig.

#### **E. 2.2**

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des IVG, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des ATSG in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt (vorliegend: 5. September 2007; act. G 4.66) abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

#### **E. 2.3**

Nach Art. 28 Abs. 1 aIVG 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

## **E. 2.4**

Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung 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 des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

## **E. 3.1**

In medizinischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades auf das orthopädische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. September 2006, der dem Beschwerdeführer für leidensadaptierte Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte (act. G 4.38.1 ff.).

### **E. 3.1.1**

Gegen die Person des Gutachters führt der Beschwerdeführer ins Feld, dem begutachtenden Orthopäden fehle es mit Blick auf die in Frage stehende Wirbelsäulenproblematik an der erforderlichen spezialärztlichen Ausbildung (act. G 4.62.4). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Erkrankungen der Wirbelsäule in das Fachgebiet der Orthopädie fallen (vgl. H. Bilow / S. Weller, Chirurgische und orthopädische Erkrankungen und Verletzungen, in: H. H. Marx, Medizinische Begutachtung, 6. Auflage, Stuttgart 1997, S. 388 f.; A. Debrunner, Orthopädie, Orthopädische Chirurgie, 4. Auflage, Bern 2002, S. 848 ff.). Die Rüge des Beschwerdeführers stösst daher ins Leere.

### **E. 3.1.2**

Einen weiteren Mangel am orthopädischen Gutachten sieht der Beschwerdeführer darin, dass die Begutachtung und das Gutachten äusserst rudimentär ausgefallen seien (act. G 1, S. 9). Dr. C.\_\_\_\_ verwertete die wesentlichen medizinischen Vorakten, erhob eine ausführliche Anamnese und nahm eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers vor, die er nachvollziehbar im Gutachten darstellte. Ferner nahm er röntgenologische Abklärungen vor (Röntgenbilder vom 15. August 2006 sowie Kernspintomographie vom 21. August 2006). Er begründete die von ihm vorgenommene Leistungsbeurteilung des Beschwerdeführers fassbar gestützt auf die erhobenen klinischen und bildgebenden Befunde. Es bestehen keine Hinweise, dass das Gutachten unvollständig sein könnte. Auch der Beschwerdeführer benennt keine objektiven Gesichtspunkte, die Dr. C.\_\_\_\_ ausser Acht gelassen hätte und Zweifel an seiner Beurteilung entstehen liessen. Die gutachterliche

Einschätzung, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig sei, vermag daher zu überzeugen.

### **E. 3.2**

Zu prüfen bleibt, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Gutachten vom 21. September 2006 erneut erheblich verändert hat, nachdem Dr. C.\_\_\_\_ von weniger ausgeprägteren degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule im Begutachtungszeitpunkt im Vergleich zur MRI-Aufnahme von April 2005 ausgegangen war (act. G 4.38.6).

#### **E. 3.2.1**

Der Beschwerdeführer stellt sich gestützt auf den Arztbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 24. August 2007 auf den Standpunkt, dass sich sein Gesundheitszustand seit dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ verschlechtert habe (act. G 1).

#### **E. 3.2.2**

Zwar trifft es zu, dass Dr. D.\_\_\_\_ am 24. August 2007 über eine depressive Entwicklung und eine Ausweichskoliose berichtete. Er erachtete den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers indessen für besserungsfähig, stellte eine gute Prognose und bescheinigte ihm eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten (act. G 4.64.1 f.). Im Vergleich zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer für leidensadaptierte Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestierte (act. G 4.38.6), zeichnete Dr. D.\_\_\_\_ ein optimistischeres Bild. Selbst wenn die vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung bejaht würde, so hat sie sich gemäss Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ auf leidensadaptierte Tätigkeiten nicht leistungsrelevant ausgewirkt. Auch Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) verneinte mit überzeugender Begründung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der Stellungnahme vom 3. September 2007 (act. G 4.65). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass Dr. D.\_\_\_\_ weitere medizinische Abklärungen für nicht angezeigt hielt, mithin auch für die festgestellte depressive Entwicklung keinen Abklärungsbedarf sah. Dass die depressive Entwicklung medikamentös behandelt wird, vermag an diesem Standpunkt nichts zu ändern, darf doch gestützt auf eine Behandlungsbedürftigkeit nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 24. April 2007, I 687/06, E. 5.2).

#### **E. 3.2.3**

Die Frage, ob die medizinischen Erkenntnisse des Berichts der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 5. Dezember 2007 den bis zum Verfügungserlass eingetretenen Sachverhalt betreffen, kann offen gelassen werden. Denn aus diesem Bericht lässt sich keine erhebliche objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen. Wie bereits im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ dargestellt (act. G 4.38.3), werden darin die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein als im Vordergrund stehend umschrieben (act. G 7.1). Auch die von den Ärzten des KSSG angesprochene Diskusproblematik auf den Höhen L3/4 und L4/5 wurde bereits in der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ miteinbezogen (act. G 4.38.4). Mit dem Bericht vom 5. Dezember 2007 korrespondiert weiter die Angabe von Dr. C.\_\_\_\_, dass die Reklination im LWS-Bereich schmerzhaft sei (act. G 4.38.3).

#### **E. 3.2.4**

Vor diesem Hintergrund kann eine relevante dauerhafte gesundheitliche Veränderung seit der Beurteilung von Dr. C. \_\_\_ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (5. September 2007; act. G 4.66) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Weitere medizinische Abklärungen vermöchten deshalb nichts daran zu ändern, dass es im massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses an einer hinreichend ausgeprägten (psycho-)pathologischen Verschlechterung fehlt, um einen zusätzlichen invalidisierenden Gesundheitsschaden bejahen zu können. Entgegen dem Standpunkt des Beschwerdeführers besteht mithin kein Anlass für eine Rückweisung der Streitsache an die Beschwerdegegnerin zwecks Einholung weiterer medizinischer Gutachten, zumal sich in den medizinischen Akten keine Hinweise auf eine erhebliche, dauerhafte psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden. Gestützt auf das Gutachten von Dr. C. \_\_\_ ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan, dass der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit bei voller Stundenpräsenz zu 80% arbeitsfähig ist.

#### **E. 4.1**

Zu prüfen bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen der beeinträchtigten Leistungsfähigkeit.

#### **E. 4.2**

Der Invaliditätsgrad ist vorliegend gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; vgl. BGE 128 V 30 E. 1).

#### **E. 4.3**

Gestützt auf den dem Individuellen Konto (IK) für das Jahr 2004 gutgeschriebenen Verdienst von Fr. 63'743.-- (act. G 4.5) ermittelte die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der Teuerung und Realloohnerhöhung für das Jahr 2006 ein Valideneinkommen von Fr. 64'960.-- (act. G 4.66; vgl. auch act. G 4.49). Dieses Valideneinkommen wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und es ergeben sich auch keine Anhaltspunkte aus den Akten, die dagegen sprechen würden. Für das Valideneinkommen ist daher von einem Betrag von Fr. 64'960.-- auszugehen.

#### **E. 4.4**

Wie die Parteien zu Recht geltend machen (act. G 7, S. 4; act. G 4.66), ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Durchschnittslöhne der LSE abzustellen. Gemäss Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Männer, hat der monatliche Bruttolohn im Jahr 2006 für eine 40-stündige Arbeitswoche im Durchschnitt Fr. 4'732.-- betragen. Aufgerechnet auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden resultiert ein Monatsverdienst von Fr. 4'933.-- ( $(4'732.-- / 40) \times 41.7$ ) bzw. ein Jahresverdienst von Fr. 59'197.-- (Fr. 4'933.--  $\times$  12).

#### **E. 4.5**

Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen – auch von invaliditätsfremden Faktoren – des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/ Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25% festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des sogenannten Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 4.6**

Der Beschwerdeführer erachtet gestützt auf sein Alter (Jahrgang 1958; act. G 4.1), die fehlende Ausbildung und seine gesundheitlichen Beschwerden einen Leidensabzug für 20% gerechtfertigt (act. G 1, S. 10). Die Beschwerdegegnerin hält dagegen einen Abzug von höchstens 10% für angebracht (act. G 4, S. 7). Mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (act. G 4.66) das 50. Altersjahr noch nicht vollendet hatte, ist dem Faktor Alter im Rahmen der Bemessung des Leidensabzuges keine Rechnung zu tragen. Unter Berücksichtigung der Anforderungen an einen adaptierten Arbeitsplatz, der gesundheitlichen Beschwerden und des Umstandes, dass der Beschwerdeführer bei voller Stundenpräsenz keine vollständige Leistung erbringen kann, erscheint höchstens ein Leidensabzug von 10% als gerechtfertigt. Unter Berücksichtigung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit resultiert bei Vornahme eines 10%igen Leidensabzuges ein Invalideneinkommen von Fr. 42'622.-- (Fr. 59'197.-- x 0.8 x 0.9) bzw. eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'338.-- (Fr. 64'960.-- - Fr. 42'622.--) und ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 34% ([Fr. 22'338.-- / Fr. 64'960.--] x 100).

#### **E. 5**

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. September 2007 abzuweisen. Der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten zu tragen. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der Beschwerdeführer hat somit eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran vollständig anzurechnen. Da der Beschwerdeführer vollumfänglich unterliegt, hat er keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss im Umfang von Fr. 600.-- wird ihm daran vollständig angerechnet.