

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/502 vom 13. Mai 2009**

Sg Versicherungsgericht, 2009-05-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2007\\_502](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_502)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/502 du 13 mai 2009

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/502 del 13 maggio 2009

## **Regeste**

Art. 28 aIVG: Anspruch auf IV-Leistungen verneint; Würdigung medizinischer Berichte und eines bidisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Mai 2009, IV 2007/502).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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 abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

### **E. 2**

2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei 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 Abs. 1 ATSG). 2.2 Die Rentenabstufungen des Art. 28 Abs. 1 aIVG geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität bei einer erwerbstätigen versicherten Person wird gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen (BGE 128 V 30 f. E. 1).

2.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b).

2.5 Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

2.6 Was Berichte von Hausärzten angeht, darf und soll die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden, dass Hausärzte mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher dazu neigen, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt sowohl für den allgemein praktizierenden Hausarzt als auch für den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutisch tätigen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2008 i.S. M., 9C\_420/2008, E. 3). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung vom behandelnden Mediziner stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 175 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007 i.S. M., I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf die Einschätzungen des MEDAS-Gutachtens vom 14. Juni 2007 ab. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist hingegen der Ansicht, dass aufgrund der bisherigen Untersuchungen und Berichte zahlreicher anderer Ärzte die Feststellungen im MEDAS-Gutachten sowohl in Bezug auf Diagnosen als auch Arbeitsunfähigkeitsschätzungen als widerlegt betrachtet, oder zumindest ernsthaft angezweifelt werden müssen. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Einschätzung der MEDAS abgestellt hat.

3.2 Im MEDAS-Gutachten wurde festgehalten, dass kein Gesundheitsschaden erkennbar sei, welcher die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränken würde. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, wurden chronische Spannungskopfschmerzen, anamnestisch chronische Unterbauchbeschwerden, anamnestisch einen Status nach mehreren laparoskopischen Eingriffen wegen Ovarialzysten sowie ein narbiges Trommelfell links, mit Verdacht auf alte, kleine, gedeckte Perforation gestellt. Im rheumatologischen Konsilium vom 20. März 2007 (IV-act. 57 - 21/30) wurde sodann als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes, therapierefraktäres zerviko-lumbal betontes parvertebrales Schmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat festgehalten. Der Rheumatologe fand bei der klinischen Untersuchung im Vergleich zu derjenigen aus dem Jahr 2002 keine nennenswerte Befund-Änderung. Die radiologischen Befunde seien altersentsprechend. Von Seiten des Bewegungsapparates her habe keine Verschlechterung stattgefunden, die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich voll arbeitsfähig. Der psychiatrische Konsiliarist hat eine gepflegte und ordentlich differenziert wirkende Frau, psychisch in keiner Weise gestört, vorgefunden. Sie setze alles daran, krank und leistungsunfähig zu wirken. Die Beschwerdeschilderung bleibe auf der ganzen Linie diffus. In ihrer Darstellung drücke sich eine unverkennbare Aggravation aus. Diagnostisch im Vordergrund stehe ein rentenbegehrliches Verhalten. Für eine somatoforme Störung fehle der dazu gehörige Leidensdruck sowie der psychosoziale Konflikt. Ein psychisches Leiden sei nicht erkennbar, welches die Arbeitsfähigkeit einschränken würde. Die Beschwerdeführerin sei in sämtlichen bisher ausgeübten Tätigkeiten (auch im Haushalt) voll arbeitsfähig.

3.3 Im Hinblick auf die Würdigung der medizinischen Aktenlage ist festzustellen, dass das MEDAS-Gutachten auf eigenständigen interdisziplinären Abklärungen (rheumatologische und psychiatrische Begutachtung), mithin auf allseitigen Untersuchungen beruht und damit für die streitigen Belange umfassend ist. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin hat sich das MEDAS-Gutachten somit auch hinreichend mit den organischen Leiden beschäftigt und auch eine Wechselwirkung zwischen organischen und psychischen Leiden berücksichtigt. Die diagnostizierten somatischen Beschwerden stehen mit der medizinischen Aktenlage weitgehend im Einklang, weshalb von weiteren Abklärungen keine entscheidere Erkenntnisse zu erwarten sind und darauf verzichtet werden kann. Eine auf somatischen Beschwerden beruhende Arbeitsunfähigkeit ist nicht ausgewiesen, nachdem auch Dr. A. \_\_\_ im Bericht vom 18. Februar 2005 aus somatischer Sicht jede Tätigkeit - welche den Rücken nicht allzu sehr belastet - als zumutbar erachtete (IV-act. 36 - 4/15). Im MEDAS-Gutachten wurden die Vorakten miteinbezogen und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt. Die Gutachter haben sich auch ausreichend mit dem Austrittsbericht der Klinik Wil vom 30. November 2006 befasst. Im psychiatrischen Konsilium vom 20. Mai 2007 (IV-act. 57 - 27/30) wurde festgehalten, dass der Austrittsbericht höchstens auf eine leichte depressive Verstimmung hinweise und

auf keinen lang andauernden, schweren Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schliessen lasse. Begründet wurde diese Aussage mit dem Widerspruch zwischen der gestellten Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode mit somatischem Syndrom und dem Eintritts- bzw. Austrittsbefund, wonach die Beschwerdeführerin im Antrieb und in der Psychomotorik unauffällig sei, keine zirkadianen Besonderheiten aufweise, wach, orientiert, aufmerksam und unauffällig im Gedächtnis sei. Der Affekt werde immerhin als mittel ausgeprägt dargestellt bei leicht ausgeprägter Deprimiertheit und mittel ausgeprägter dysphorischer Verstimmung. Der Antrieb sei bei Austritt mittelmässig ausgeprägt gestört gewesen und es wurde ein leicht ausgeprägter sozialer Rückzug erwähnt. Das MEDAS-Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund vermögen auch die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, namentlich die Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit in sämtlichen bisherigen Tätigkeiten, zu überzeugen. Das Konsilium erfüllt mithin alle praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a), so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist.

3.4 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht geltend, dass mehrere ihrer behandelnden Ärzte von einem mittelgradigen, z.T. gar bis schweren depressiven Zustandsbild der Beschwerdeführerin ausgehen würden. Diese Feststellungen und Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit würden auf einem längeren Beobachtungs- und Behandlungszeitraum basieren, wogegen das MEDAS-Gutachten auf einer einmaligen Untersuchung beruhe.

3.4.1 Im Bericht vom 14. August 2004 diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ ein mittelgradiges depressives Zustandsbild. Unter Berücksichtigung der Anamnese sei das ganze Erscheinungsbild möglicherweise als Anpassungsstörung zu bezeichnen. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist dem Schreiben allerdings nicht zu entnehmen. Am 5. März 2005 teilte Dr. B.\_\_\_\_ mit (IV-act. 39 - 2/6), dass in diesem Fall zu einem erheblichen Teil ein Rentenbegehren vorliege. Nachdem eine Diagnose nicht zwangsläufig eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben muss, steht die Einschätzung nicht im Widerspruch zum MEDAS-Gutachten.

3.4.2 Dr. C.\_\_\_\_ hat die psychische Diagnose (mittelgradiges, depressives Zustandsbild) von Dr. B.\_\_\_\_ übernommen. Darauf wird im Bericht vom 16. November 2004 explizit hingewiesen. Als Facharzt für Neurochirurgie käme einer psychiatrischen Diagnose ohnehin nur geringer Beweiswert zu. Zudem ist dem Bericht auch keine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen, weshalb er insgesamt betrachtet keine Zweifel am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens aufkommen lässt.

3.4.3 Auch die Arztberichte von Dr. A.\_\_\_\_ vermögen an der Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens nichts zu ändern. Als Allgemeinmediziner kann auch seiner psychiatrischen Einschätzung im Gegensatz zum MEDAS-Gutachten keine höhere Beweiskraft zukommen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher dazu neigen, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen.

3.4.4 Im Austrittsbericht der Klinik Wil vom 30. November 2006 wurde u.a. eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert. Der Beschwerdeführerin wurde im Austrittszeitpunkt eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die MEDAS-Gutachter haben nachvollziehbar dargelegt (vgl. vorstehend E. 3.3), inwiefern der Diagnose nicht gefolgt werden kann. Im Gegensatz zum MEDAS-Gutachten ist die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Austrittsbericht der Klinik Wil auch nicht weiter begründet und es ist nicht ersichtlich, ob für sämtliche Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit besteht. Aufgrund der Diagnosen und der Befunderhebung ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit kaum nachvollziehbar. Vielmehr ist davon auszugehen,

dass bei der Einschätzung die kurzfristigen therapeutischen Ziele der behandelnden Fachärztinnen bestimmend waren und dabei angesichts der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der Beschwerdeführerin eine gewisse momentane Schonungsbedürftigkeit zugestanden wurde. Die Arbeitsfähigkeit, die der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens und damit der Bemessung des Invaliditätsgrades zugrunde zu legen ist, definiert sich allerdings als längerfristige und auch unter Berücksichtigung der allgemeinen Schadenminderungspflicht. Das bedeutet, dass nicht auf die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der versicherten Person, sondern darauf abgestellt werden muss, in welchem Ausmass die Ausübung einer Erwerbstätigkeit objektiv nicht mehr möglich und zumutbar ist. In Erfüllung der Schadenminderungspflicht muss die versicherte Person allen guten Willen aufbringen, um die objektiv verbliebene Arbeitsfähigkeit so weit als möglich in einer Erwerbstätigkeit zu verwerten. Dieser Pflicht zu einer möglichen und zumutbaren Willensanstrengung ist bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen, d.h. die massgebende Arbeitsfähigkeit entspricht jener Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die eine versicherte Person aufweisen würde, wenn sie sich unter Aufbietung allen guten Willens bemühen und einsetzen würde. Diese unterschiedliche Auffassung des Arbeitsfähigkeitsbegriffs dürfte vorliegend der Grund für die Diskrepanz in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sein. Weder die in der Klinik Wil gestellten Diagnosen noch der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik bietet eine Erklärung für die Annahme, es sei ihr selbst bei Aufbietung aller Willenskraft nicht möglich oder zumutbar, auch nur teilweise einer Arbeit nachzugehen. Die Fähigkeit, die Schmerzen und die Begleiterscheinungen einer Depression zu überwinden und die Arbeit soweit als möglich wieder aufzunehmen, hängt von den Mitteln ab, über die eine Person verfügt, um ihren Willen zu beeinflussen. Da sich diese Mittel nicht im Einzelfall messen lassen, muss ein allgemeiner Massstab angelegt werden. Bei leichten bis mittelschweren depressiven Episoden oder bei somatoformen Schmerzstörungen ist von der grundsätzlichen Fähigkeit zu einer Willensanstrengung auszugehen, die eine vollumfängliche Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erlaubt. Eine Ausnahme von dieser Vermutung ist dann gegeben, wenn "eine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorliegt oder andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen ..." (Renato Marelli, Nicht können oder nicht wollen? Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei somatoformen Störungen, typische Schwierigkeiten und ihre Überwindung, SZS 2007 S. 326ff.). Solche qualifizierten Umstände sind vorliegend den Akten eindeutig nicht zu entnehmen. Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage ist die Schlussfolgerung im Austrittsbericht der Klinik Wil, namentlich die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit, nicht nachvollziehbar. Damit ist auch dieser Bericht nicht geeignet, die Schlussfolgerung des MEDAS-Gutachtens zu widerlegen. 3.5 Zusammenfassend kann auf das schlüssige und beweistaugliche MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Der Sachverhalt ist als ausreichend abgeklärt zu betrachten. Eine verlässlichere Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre auch von weiteren medizinischen Abklärungen nicht zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, E. 1d). Den entsprechenden Beweisanträgen der Beschwerdeführerin ist nicht stattzugeben.

#### **E. 4**

Die Zusprechung einer Invalidenrente setzt zunächst Arbeitsunfähigkeit voraus. Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht invalid und erwerbsunfähig im

Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG sein. Der Beschwerdeführerin wurde im MEDAS-Gutachten für sämtliche Tätigkeiten (inkl. Haushalt) eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, weshalb die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht verneint hat.

#### **E. 5**

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 13. Dezember 2007 unter Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2007 abzuweisen. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG, vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist damit zu verrechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.

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