

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/97 vom 20. Mai 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_97

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/97 du 20 mai 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/97 del 20 maggio 2009

Regeste

Art. 49 Abs. 3 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 Abs. 2 IVG. Anspruch auf Begründung, vorliegend keine Verletzung des rechtlichen Gehörs; Anspruch auf Invalidenrente; Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten; Stellenwert von Einschätzungen von behandelnden Fachärzten und Hausärzten, die von einem überzeugenden unabhängigen polydisziplinären Gutachten abweichen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Mai 2009, IV 2008/97).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdeführerin macht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung nicht einlässlich mit ihren Einwänden auseinandergesetzt habe. 1.2 Verfügungen sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Die grundsätzliche Pflicht einer Behörde, ihren Entscheid zu begründen, folgt aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör. Dabei sind die Anforderungen an die Begründungsdichte unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls sowie der Interessen der Betroffenen festzulegen. 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 welche sich ihr Entscheid stützt. Je grösser der Spielraum der Behörde (unter anderem infolge Ermessen) und je stärker der Entscheid in die individuellen Rechte eingreift, desto höhere Anforderungen sind an dessen Begründung zu stellen (BGE 112 Ia 107 Erw. 2b mit Hinweisen; BGE 118 V 58). Die Verwaltung darf sich nicht damit begnügen, die von der betroffenen Person vorgebrachten Einwendungen zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen; sie hat ihre Überlegungen der betroffenen Person gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den Einwendungen auseinander zu setzen oder zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 180 Erw. 2b). Ein Mangel in der Verfügungsbegründung kann unter bestimmten Voraussetzungen im Beschwerdeverfahren geheilt werden (LVGE 1994, 219 Erw. 2b; ZAK 1990, 396 Erw. 2). Eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs kann dann als geheilt gelten, wenn der Betroffene 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. 46 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRP [sGS 951.1] sowie Art. 61 ATSG). Auch wenn die Begründungsdichte der Verfügung zu beanstanden wäre, muss im Gesamtablauf des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens von einer ausreichend

begründeten IV-Entscheidung ausgegangen werden: 1.3 Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (IV-act. 54) im Wesentlichen mit dem Hinweis auf die rechtlichen Grundlagen der Zusprechung einer Rente und das Gutachten der MEDAS. Letzteres sowie die übrigen bis dahin erstellten Akten wurden dem Rechtsvertreter im Vorbescheidverfahren zur Einsichtnahme zugestellt (IV-act. 49). In der rentenabweisenden Verfügung nahm die Beschwerdegegnerin Bezug auf das Ergebnis der polydisziplinären medizinischen Abklärung und führte im Hinblick auf die Einwände aus, dass darin entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters auch keine falschen medizinischen Schlüsse gezogen würden und sich auch keine Hinweise auf eine Voreingenommenheit finden liessen. Im Übrigen sei auch nicht von Bedeutung, welche Gründe schliesslich zur Auflösung der letzten Arbeitsstelle führten. Der Beschwerdeführerin sei weiterhin ein Arbeitseinsatz als Psychologin während 7 bis 8 Stunden pro Tag mit geringfügiger Leistungsverminderung von ca. 10% zuzumuten. Dabei habe sie im Vergleich zur früheren 60%-igen Tätigkeit keine Erwerbseinbusse zu erleiden, sodass auch kein Rentenanspruch bestehe. Die Beschwerdegegnerin zeigte damit die Überlegungen, von denen sie sich leiten liess, in zureichender Weise auf und setzte sich mit den wesentlichen Gesichtspunkten auseinander. Eine Verpflichtung, sich mit jeder tatbestandlichen Behauptung oder jedem rechtlichen Einwand zu befassen, besteht nicht (vgl. BGE 124 V 180 Erw. 1a). Ein Begründungsmangel ist somit nicht ersichtlich.

E. 2

2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (bzw. Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültigen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 2.2 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. 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). 2.3 Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches

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). In Bezug auf Atteste von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b.cc; SVR 2001 IV Nr. 8 Erw. 3b.cc).

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf die Einschätzungen im MEDAS-Gutachten vom 16. Oktober 2007 ab. Die Beschwerdeführerin ist hingegen der Ansicht, dieses Gutachten sei nicht beweistauglich. Vielmehr sei auf die Berichte der Hausärztin Dr. B.____ sowie Dr. D.____ und Dr. C.____ abzustellen. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin zu Recht der Einschätzung der MEDAS gefolgt ist. 3.2 Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS Bern wurden nebst der klinischen Untersuchung auch fachärztliche orthopädische, neurologische, psychiatrische sowie pneumologische Untersuchungen durchgeführt. Gemäss dem orthopädischen Fachgutachten leidet die Beschwerdeführerin an einem zerviko- und thorakospondylogenen und vertebrenalen Schmerzsyndrom bei statisch ungünstig hochthorakalem Rundrücken, spondyloosteophytär teilfixiert, bei fortgeschrittener zervikaler Osteochondrose der Bewegungssegmente C4 – Th1, teilankylosierender Spondylose und zervikaler Steilfehlhaltung C4 – Th1 sowie bei mehrsegmentaler costosternaler Dysfunktion (IV-act. 35-4/5). Die thorakalen Beschwerden würden sich im Wesentlichen aus mehrsegmentalen sternocostalen Dysfunktionen erklären, wobei es sich hierbei um einen blanden Befund handle. Nach lokalen Infiltrationsbehandlungen komme es jeweils zu einer suffizienten Beschwerdeminderung. Eine Therapiealternative sei eine osteopathische und/oder physiotherapeutisch-krankengymnastische Behandlung, flankierend gegebenenfalls Antirheumatika, Antiflogistika und Analgetika. Die Wirbelsäulenfunktion sei nicht wesentlich eingeschränkt und trotz degenerativen HWS-Befunden finde sich eine noch erstaunlich günstige HWS-Beweglichkeit. Hinweise für ein vertebrales Nervenwurzelkompressionssyndrom würden fehlen. Die Hüftgelenkbeweglichkeit sei nicht messbar eingeschränkt und das Steh- und Gehvermögen sei unbehindert. Zusammenfassend ergebe sich aus den beschriebenen orthopädischen Befunden und Diagnosen keine wesentliche Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Alle Beschwerden seien in einer physiotherapeutisch/osteopathischen Behandlung günstig zugänglich. Die Versicherte sei aus orthopädischer Sicht nicht begründet eingeschränkt. Die neurologische Untersuchung fiel in allen Teilen normal aus und es konnten keine neurologischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestellt werden (IV-act. 36-2ff./4). Aufgrund des völlig normalen neurologischen Befundes könne keine Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungsminderung abgeleitet werden. Auch im psychiatrischen Zusatzgutachten konnte keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestellt werden. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit wurde eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1, psychosomatische Störung) aufgeführt. Eine nachhaltige psychische Gesundheitsstörung mit daraus resultierender sozial-medizinischer Relevanz liege nicht vor. Die Versicherte sei

durchaus in der Lage, Willenskräfte aufzubringen, um etwaige Hemmungen gegenüber einer Arbeitsleistung zu überwinden. Die früher von Dr. E. ___ diagnostizierte Anpassungsstörung (vgl. IV-act. 25-24/41) sei nach der Darstellung des Arbeitsplatzkonflikts und der psychosozialen Belastungsfaktoren durchaus zu diskutieren. Mit Blick auf die geringen psychopathologischen Auffälligkeiten und die psychogen überlagert wirkenden körperlichen Beschwerden sei differentialdiagnostisch allerdings eher eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vor dem Hintergrund der beschriebenen psychosozialen Belastungsfaktoren anzunehmen. Ungeachtet dieser differentialdiagnostischen Erwägungen sei die sozial-medizinische Relevanz der beklagten Symptome allerdings gering. Aus rein psychiatrischer Sicht könne keine Gesundheitsstörung diagnostiziert werden, welche eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nach sich zöge. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Psychotherapeutin sei die Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeits- und leistungsfähig (IV-act. 37-6/6). Im pneumologischen Zusatzgutachten wurde ausgeführt, dass aufgrund der Anamnese ein leichtes Asthma bronchiale möglich sei. Diese Beschwerden stünden für die Patientin jedoch nicht im Vordergrund und würden sie im Alltag auch nicht einschränken. Bei aktuell normaler Lungenfunktionsprüfung wie auch normaler NO-Messung in der Ausatemungsluft ohne lungenspezifische Therapie bestehe aus pneumologischer Sicht demnach zur Zeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch bestünden – wie bereits bei den Voruntersuchungen beim Pneumologen Dr. F. ___ (vgl. IV-act. 25-10ff./41) – zum jetzigen Zeitpunkt keine Hinweise auf ein relevantes Schlafapnoe-Syndrom. Zusammenfassend bestehe aus pneumologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100% mit normaler Leistungsfähigkeit (IV-act. 38-2/11). In der Gesamtbeurteilung wird im MEDAS-Gutachten ausgeführt, dass die von der Versicherten beschriebene ausgeprägte Ermüdbarkeit und Leistungsminderung alleine mit der anamnestisch vorliegenden chronischen Niereninsuffizienz Stadium II – mit aktuell laborchemisch normalen Nierenparameter – nicht erklärt werden könne. Durch die chronische Niereninsuffizienz könne der Versicherten lediglich eine geringfügige Leistungsminderung attestiert werden. Aufgrund der objektiven Befunde werde die Reduktion der Leistungsfähigkeit sowohl im bisherigen Beruf als auch in einer anderen Tätigkeit auf 10% beziffert bei einem Arbeitstag von 7 bis 8 Stunden (IV-act. 34-18/21).

3.3 Im Hinblick auf die Würdigung der medizinischen Situation fällt ins Gewicht, dass das MEDAS-Gutachten auf eigenständigen polydisziplinären Abklärungen, mithin auf allseitigen Untersuchungen beruht und damit für die streitigen Belange umfassend ist. Die Vorakten wurden verwertet und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. 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 Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin – zu überzeugen. Insbesondere wurde im Gutachten auch ausdrücklich zu anderen Arztberichten Stellung genommen und deren abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der anlässlich der Begutachtung objektivierbaren Beschwerden als nicht nachvollziehbar beurteilt. Dabei wurden auch die in den Vorakten teilweise abweichenden Diagnosen (Anpassungsstörung, Burnout-Symptomatik) thematisiert (vgl. IV-act. 34-17/21, 36-4/4, 37-6/6, 38-2/11). Insgesamt sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf dieses Gutachten abgestellt werden sollte. Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin

eingereichten Berichte der Hausärztin Dr. B.____, Fachärztin für Innere Medizin, sowie der behandelnden Rheumatologin Dr. C.____ und des Allgemeinmediziners Dr. D.____ nichts zu ändern (act. G 1.2, 1.3 und 1.4). In diesen Berichten werden keine grundlegend anderen Diagnosen gestellt. Die Rheumatologin Dr. C.____ begründet ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insbesondere mit der Müdigkeit/Erschöpfung der Patientin (vgl. act. G 1.2 S. 3). Diese sei ganz einfach nicht mehr belastbar, nicht nur körperlich, sondern auch mental. Eine überzeugende Begründung für die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit von 75-80% aus ihrem Fachbereich der Rheumatologie ist dem Bericht nicht zu entnehmen. Soweit sie sich zum psychiatrischen Teilgutachten äussert ist darauf hinzuweisen, dass im Zusammenhang mit der Bestimmung einer allfälligen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch psychische Faktoren ohnehin auf die Beurteilung durch den Facharzt abzustellen ist, wie sie im MEDAS-Gutachten erfolgt ist. Diesbezüglich trifft es übrigens nicht zu, dass gemäss MEDAS-Gutachten keine Somatisierungsstörung vorliege, wie dies die Beschwerdeführerin in ihrer Replik ausführt (act. G 8 S. 4 Ziff. 11). Vielmehr wurde vom Psychiater eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert (IV-act. 37-6/6 und 34-14/21), welche jedoch als ohne Relevanz auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit erachtet wurde, was im Hinblick auf die Feststellungen im psychiatrischen Gutachten, wonach die Beschwerdeführerin objektiv an sich die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen, sowie unter Berücksichtigung der Rechtsprechung zur allenfalls invalidisierenden Wirkung einer somatoformen Schmerzerkrankung bzw. einer Somatisierungsstörung (vgl. dazu BGE 130 V 352; 131 V 49) nicht zu beanstanden ist. – Dr. B.____ und Dr. D.____ setzen sich in ihren Kurzberichten nicht mit dem MEDAS-Gutachten auseinander und begründen ihre abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht. Diese abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit waren der MEDAS bekannt und sie hat dazu auch Stellung genommen (IV-act. 34-4ff/21). In den Berichten werden auch keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte genannt, welche im MEDAS-Gutachten unberücksichtigt geblieben wären, sondern es wird auf die (subjektiven) Schmerzangaben der Patienten und auf den von ihr beschriebenen Müdigkeits- und Erschöpfungszustand abgestellt. Im Übrigen ist zu beachten, dass Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zu Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Und schliesslich drängt es sich beim Vorliegen von somatischen und psychischen Beschwerden auf, die Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer polydisziplinären Gesamtbeurteilung zu bestimmen, wie dies vorliegend geschehen ist. Mit der Beschwerdegegnerin ist somit festzustellen, dass diese Arztberichte bei der gegebenen Aktenlage nicht geeignet sind, das polydisziplinäre Untersuchungsergebnis der MEDAS Bern in Frage zu stellen. Unerheblich ist im Übrigen auch, aus welchen Gründen das Arbeitsverhältnis aufgelöst worden ist. Entscheidend ist einzig die medizinisch-theoretische Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der objektiven Befunde im polydisziplinären MEDAS-Gutachten. 3.4 Zusammenfassend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin und aufgrund des umfassenden und überzeugenden MEDAS-Gutachtens vom 16. Oktober 2007 von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von rund 90% sowohl in der angestammten als auch in einer anderen Tätigkeit auszugehen. Damit steht auch fest, dass die in einem 60%-igen Arbeitspensum tätig gewesene Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 1-5/8, 7-1/6 und 16-2/8) in der Lage wäre, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 18. Januar 2008 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. 4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- kommt zur Anrechnung. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-, unter Anrechnung des geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 600.-.

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