

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/405 vom 15. Juni 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2009_405

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/405 du 15 juin 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/405 del 15 giugno 2011

Regeste

Art. 28 IVG; Rentenanspruch: Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2011, IV 2009/405).

Erwägungen

E. 1

1.1 Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat. 1.2 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 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). 1.3 Die Rentenabstufungen nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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. 1.4 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). 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 Beweiswerts 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 E. 3a).

E. 2

2.1 Zu prüfen ist vorab, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das SMAB-Gutachten vom 13. November 2008 und die darin festgelegte 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit. Im Beschwerdeverfahren ist die Beschwerdegegnerin der Ansicht, dass in einer adaptierten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin hingegen erachtet das SMAB-Gutachten als mangelhaft und daher nicht beweistauglich.

2.2 Konkret beanstandet die Beschwerdeführerin, dass sie von der SMAB zu einer "MEDAS-Begutachtung" aufgeboten worden sei. Es sei unzulässig, dass sich eine privatrechtliche Begutachtungsinstitution selber als MEDAS bezeichne. Ausserdem führe die SMAB oder habe offenbar in der Referenzliste bei den IV-Stellen einen Prof. D. ___ aufgeführt, welcher heute aber nicht einmal mehr im Internet-Auftritt (www.smab.ch) erwähnt werde. Dessen Stelle in der Geschäftsführung habe offenbar Frau Dr. E. ___ übernommen, welche das Gutachten auch in Vertretung von Prof. D. ___ unterschrieben habe.

2.2.1 Die formellen Beanstandungen gegen das SMAB-Gutachten lassen keine Zweifel an dessen Beweiswert aufkommen. Bei der SMAB handelt es sich um eine vom BSV anerkannte MEDAS der Invalidenversicherung (vgl. Plädoyer 3/09 S. 9 [Quelle: BSV]), weshalb der diesbezügliche Einwand der Beschwerdeführerin offensichtlich unbegründet ist. Aus dem Umstand, dass Prof. D. ___ im Begutachtungszeitpunkt noch für die SMAB tätig war, im Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung offenbar aber nicht mehr, lassen sich keine Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens ableiten. Auch die von Dr. E. ___ in Vertretung von Prof. D. ___ vorgenommene Unterzeichnung des Hauptgutachtens stellt keinen Mangel dar, zumal Dr. E. ___ auf der ersten Seite des Gutachtens als medizinische Verantwortliche aufgeführt wurde und somit zweifellos über die entsprechende Kompetenz zur Unterzeichnung verfügte.

2.3 Im Weiteren macht die Beschwerdeführerin gegen das SMAB-Gutachten geltend, dass es nicht nachvollziehbar sei, weshalb sich das Hauptgutachten auf das Fachgebiet Psychiatrie abstütze. Sodann könne ein Hauptgutachter nicht bereits 1½ Monate vor der Begutachtung zusätzliche fachärztliche Untersuchungen veranlassen.

2.3.1 Grundsätzlich ist es der Begutachtungsstelle überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006 Eidgenössisches Versicherungsgericht] vom 17. Oktober 2008, 8C_124/2008, E. 6.3.1 mit Hinweisen). Neben der Auswahl der notwendigen Fachgebiete liegt es somit auch im Ermessen der Begutachtungsstelle, darüber zu entscheiden, welches medizinische Fachgebiet sich für die Hauptbegutachtung eignet. Ausserdem besteht für medizinische Gutachter keine allgemeingültige Veranlassung, einer Fachrichtung a priori eine federführende Rolle zuzuerkennen, zumal dies dem Wesen einer polydisziplinären Begutachtung widersprechen würde, welche gerade nicht bezweckt, den Schwerpunkt systematisch auf ein Fachgebiet zu verlegen, sondern das Ziel verfolgt, die Ergebnisse der einzelnen Fachrichtungen in die Form einer (versicherungs)medizinisch-synthetischen Schlussfolgerung zu giessen (Thomas Germann, Die gerichtlichen Vorgaben an polydisziplinäre Gutachten bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen, in: SZS 53/2009 S. 367). Gegen die vor der fallführenden Gutachterin veranlassten Teilgutachten ist mithin nichts einzuwenden.

Vielmehr wird bei einer polydisziplinären Begutachtung vorausgesetzt, dass sich der psychiatrische Gutachter auf die gewonnenen Erkenntnisse der somatischen Abklärungen stützen kann (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, Schweizerische Ärztezeitung, 2004;85: Nr 20, S. 1050).

2.4 Sodann bemängelt die Beschwerdeführerin, dass die psychiatrische Begutachtung höchstens 20 bis 30 Minuten gedauert habe. Auch die übrigen Untersuchungen seien relativ kurz gewesen.

2.4.1 Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts ist der zu betreibende zeitliche Aufwand für eine psychiatrische Untersuchung von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig. So sei eine Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein könne, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nachfolgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lasse sich also nicht allgemeingültig definieren. Mit Bezug auf ein forensisches Gutachten zur Frage der Zurechnungsfähigkeit in einem Strafprozess hat das Bundesgericht festgehalten, eine sorgfältige Beurteilung könne kaum im Rahmen einer ein- bis zweistündigen Untersuchung eines zuvor unbekanntem Menschen gelingen. Diese Einschätzung sei auf den versicherungsmedizinischen Zusammenhang sinngemäss übertragbar. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen sei hier – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Ein Explorationsgespräch von 20 Minuten reiche offensichtlich nicht aus, wenn diese unerlässlichen Kernkomponenten einer umfassenden psychiatrischen Begutachtung zu erheben seien. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit dem Exploranden rücke erst dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe und sich neue Untersuchungen erübrigten; in einem solchen Fall könne auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2007, I 1094/06, E. 3.1.1 mit Hinweisen).

2.4.2 Dem Gutachten sind keine Angaben über die Dauer der psychiatrischen Begutachtung zu entnehmen. Aufgrund der ausführlichen Anamneseerhebung erscheint eine Dauer von lediglich 20 bis 30 Minuten nicht sehr wahrscheinlich. Selbst wenn vorliegend von einer Untersuchungsdauer von lediglich ca. 30 Minuten ausgegangen würde, gilt es zu berücksichtigen, dass der Gutachter im Besitz sämtlicher Vorakten, insbesondere des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Juli 2007 (act. G 5.2 Fremdakten), war, und sich somit bereits ein Bild über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin machen konnte. Aus den Schlussfolgerungen der psychiatrischen Begutachtung – leichte depressive Episode ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – kann ebenfalls nicht geschlossen werden, dass die Begutachtung einen speziell hohen Zeitaufwand beansprucht hätte. Und schliesslich teilte die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung mit, dass sie derzeit nicht mehr psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werde. Unter diesen Umständen lässt sich eine relativ kurze Dauer der Begutachtung erklären, ohne dass diese deswegen als ungenügend angesehen werden müsste. Die Darlegung der objektiven Befundlage, die ausführliche und umfassende Anamnese sowie der Einbezug der geklagten subjektiven Beschwerden zeugen vielmehr von einer ausreichenden Untersuchung. Auch bezüglich der fachspezifischen Teilgutachten

ist aufgrund der erhobenen Befunde von einer genügenden und sorgfältig durchgeführten Untersuchung auszugehen, weshalb das SMAB-Gutachten auch diesbezüglich nicht zu beanstanden ist. 2.5 Letztlich vermögen auch die weiteren Einwände der Beschwerdeführerin an der Beweiskraft des SMAB-Gutachtens nichts zu ändern. Die Schlussfolgerungen der psychiatrischen Begutachtung sind nachvollziehbar begründet und stehen im Einklang mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. G.____ vom 16. Juli 2007, in welchem ausgeführt wurde, dass die depressive Reaktion gut behandelbar sei und davon ausgegangen werden könne, dass bezüglich der psychischen Erkrankung innerhalb von einem halben bis ganzen Jahr die volle Arbeitsfähigkeit wieder gegeben sei. Die von der Beschwerdeführerin in der Beschwerde erwähnten medizinischen Berichte standen dem rheumatologischen Gutachter zur Verfügung, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass sie auch in seine Beurteilung miteinbezogen wurden. Sodann ist dem SMAB-Gutachten und den einzelnen Teilgutachten die aktuelle Medikation zu entnehmen, weshalb davon auszugehen ist, dass die Gutachter auch allfällige Auswirkungen der Medikamente auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt haben. Bei der im Hauptgutachten unter Ziffer 2.1 festgehaltenen Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht von 64% handelt es sich offensichtlich um einen Schreibfehler, nachdem sowohl im rheumatologischen Teilgutachten vom 19. September 2008 (IV-act. 44/25-30) als auch im Hauptgutachten (IV-act. 44/21-23) jeweils von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20% ausgegangen wurde. Angesichts der gesamten medizinischen Aktenlage, insbesondere der beiden polydisziplinären Begutachtungen vom 26. Februar 2007 und 13. November 2008, erscheint dagegen die von Dr. med. F.____, Facharzt Innere Medizin, im Arztbericht vom 27. Mai 2008 (IV-act. 31/1-4) attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Zudem wurde die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. F.____ nicht näher begründet, sondern er führte lediglich aus, dass in einer adaptierten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestehe. 2.6 Insgesamt sind keine Indizien auszumachen, welche gegen die Zuverlässigkeit des SMAB-Gutachtens sprechen würden. Es beruht auf eigenständigen interdisziplinären Abklärungen und erscheint für die streitigen Belange umfassend. Die Vorakten und die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin wurden hinreichend berücksichtigt und in die Beurteilung mit einbezogen. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund vermögen die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, insbesondere die 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 20% in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit, zu überzeugen. 2.7 Dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, es sei eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen, ist nicht stattzugeben. Das SMAB-Gutachten ergibt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und vermittelt genügend Klarheit über den rechtserheblichen Sachverhalt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d). 2.8 Nachdem die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung noch von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen war, vertritt sie im Beschwerdeverfahren die Ansicht, dass in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, besteht aber selbst bei einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 80% kein Rentenanspruch, weshalb auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren nicht näher eingegangen werden muss.

E. 3

3.1 Ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 80% (100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungsminderung von 20%) gilt es die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. 3.2 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2001, I 42/01, mit Hinweisen). Diese Praxis wird mit der empirischen Feststellung begründet, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall in der Regel weitergeführt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2002, I 97/00). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. E. 3b/aa und bb, mit Hinweisen). 3.3 Für das Valideneinkommen ist demnach auf das von der Beschwerdeführerin im Jahr 2005 zuletzt erzielte Einkommen als Mitarbeiterin im Detailhandel abzustellen. Dabei erzielte sie – aufgerechnet auf ein 100% Pensum – ein Einkommen von Fr. 35'325.-- (Fr. 28'260.-- bei 80%; vgl. IV-act. 7 und 16/4). Der von der Beschwerdeführerin erzielte Lohn liegt somit deutlich unter dem Durchschnittslohn für eine Hilfstätigkeit gemäss LSE. Für das Jahr 2005 betrug dieser Fr. 49'070.-- (LSE 2004 Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Fr. 4'019.-- unter Berücksichtigung einer Nominallohnentwicklung für das Jahr 2005 von 1.1%). Da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin sich aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommensniveau hätte begnügen wollen, ist das Validen- und Invalideneinkommen auf der gleichen Grundlage zu bestimmen. Sind demnach Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (sogannanter Leidensabzug; vgl. zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei Minderverdienst SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3 E. 5.4). 3.4 Zu beurteilen bleibt daher noch die Frage, in welchem Umfang ein sogannanter Leidensabzug auf dem Invalideneinkommen vorzunehmen ist. 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/Auf-enthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind.

Eine schematische Vornahme des Leidensabzugs 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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 328 E. 5.2).

3.5 Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände erscheint insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin selbst in leichten Tätigkeiten noch gewissen Einschränkungen unterliegt, ein Abzug von höchstens 10% angemessen. Bei Vornahme eines 10%igen Leidensabzugs resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 28% ($100\% - [80\% \times 0.9]$). Die Verneinung eines Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin ist daher im Ergebnis nicht zu beanstanden.

E. 4

4.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung der angefochtenen Verfügung 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.

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