

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/420 vom 23. August 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_420

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/420 du 23 août 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/420 del 23 agosto 2010

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Gestützt auf die in den RAD-Stellungnahmen und in den Berichten des behandelnden Arztes bescheinigte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ist ein Rentenanspruch und ein weiterer Abklärungsbedarf zu verneinen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. August 2010, IV 2009/420).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien strittig und zu prüfen ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage für die Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers ausreichend ist.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 2.2 Das Versicherungsgericht hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass es 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 Rechtsanspruchs 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 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 (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 eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahmen als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a). 2.3 Gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den

Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Sie können bei Bedarf selbst ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

2.4 Sinn und Zweck von Art. 59 Abs. 2 bis IVG sowie von Art. 49 IVV liegen darin, dass die IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen auf eigene Ärzte und Ärztinnen zurückgreifen können. Diese sollen aufgrund ihrer speziellen versicherungsmedizinischen Kenntnisse für die Bestimmung der für die Invalidenversicherung massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten verantwortlich sein. Damit soll eine konsequente Trennung der Zuständigkeiten zwischen behandelnden Ärzten (Heilbehandlung) und Sozialversicherung (Bestimmung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens) geschaffen werden. Die RAD bezeichnen die zumutbaren Tätigkeiten und die unzumutbaren Funktionen unter Angabe einer allfälligen medizinisch begründeten zeitlichen Schonung. Damit soll im Hinblick auf eine erfolgreiche Eingliederung eine objektivere Festlegung der massgebenden funktionellen Leistungsfähigkeit der Versicherten ermöglicht werden. Gestützt auf die Angaben des RAD hat die IV-Stelle zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar ist und was nicht (Botschaft vom 23. Juni 2005 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [5. Revision], BBl 2005 4572 und 4577; Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C_323/09, E. 4.1 f. mit weiteren Hinweisen auf die Materialien und Literatur).

2.5 Auf Stellungnahmen der RAD kann indessen nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügen (vgl. hierzu vorstehende E. 2.2). Nicht zwingend erforderlich ist, dass die versicherte Person untersucht wird. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur "bei Bedarf" selbst ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab (BBl 2005 4572). Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C_323/09, E. 4.3.1 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 3

Die Beschwerdegegnerin legte der angefochtenen Verfügung die Stellungnahmen des RAD sowie des behandelnden Arztes zugrunde. Gestützt darauf ging sie von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten aus (act. G 4.69).

3.1 Der Beschwerdeführer bringt gegen diese Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin vor, zur Abklärung der invalidisierenden Wirkung sei eine fachärztliche Expertise angezeigt (act. G 1). Dem kann nicht gefolgt werden. In den Akten liegen diverse fachärztliche Berichte (rheumatologisch, neurologisch und orthopädisch). Gemäss rheumatologischem Bericht vom 15. Oktober 2007 konnte keine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis gefunden werden (act. G 4.14-27 f.; vgl. act. G 4.14-9). Auch aus neurologischer Sicht

konnten die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden keiner Krankheitsentität zugeordnet werden (act. G 4.14-20; vgl. auch act. G 4.14-15). Im Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 7. Februar 2008 wurde dagegen eine schwerste USG-Arthrose rechts diagnostiziert (act. G 4.14-9). Es liegen damit ausreichende, auf eigenen Untersuchungen beruhende fachmedizinische Einschätzungen vor, die sich zum Gesundheitszustand und dem Beschwerdebild des Beschwerdeführers äussern. Es ist nicht ersichtlich, welche Gesichtspunkte die einzelnen Fachmediziner ausser Acht gelassen hätten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich daher. Damit geht einher, dass auch Dr. B. ___ einen weiteren Abklärungsbedarf verneint (act. G 4.46-4).

3.2 Weiter wendet der Beschwerdeführer ein, dass der RAD keine eigenen Untersuchungen vorgenommen habe und der RAD-Arzt nicht über einen erforderlichen Facharztstitel verfüge (act. G 1).

3.2.1 Vorliegend ging es um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts (vgl. vorstehende E. 3.1), weshalb eine direkte ärztliche Befassung des RAD-Arztes bzw. eine eigene Untersuchung zur Würdigung der medizinischen Grundlagen nicht erforderlich war (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2009, 9C_323/09, E. 4.3.1 am Schluss).

3.2.2 Der RAD-Arzt Dr. A. ___ verfügt bereits seit mehreren Jahrzehnten über den Facharztstitel der Inneren Medizin. Er hat zwar damit nicht spezielle rheumatologische, orthopädische oder neurologische Fachkenntnisse. Aus deren Fehlen vermag aber der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, lagen doch bereits umfassende fachmedizinische Berichte in dem vom RAD-Arzt zu würdigenden Aktendossier. Dessen Stellungnahmen hatten darüber hinaus nicht den Zweck, die fachmedizinischen Beurteilungen durch eine eigene zu ersetzen. Vielmehr beschränkte er sich auf die Würdigung einer feststehenden medizinischen Aktenlage hinsichtlich der Frage der beim Beschwerdeführer bestehenden Leistungsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund ist in der fehlenden fachärztlichen Qualifikation von Dr. A. ___ kein wesentliches Indiz gegen seine auf fachmedizinischen Beurteilungen beruhende Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu sehen, zumal keine psychiatrischen Befunde aktenkundig sind.

3.3 Einen weiteren Mangel an der RAD-Einschätzung sieht der Beschwerdeführer da-rin, dass sich der RAD-Arzt nicht detailliert zum funktionellen Leistungsvermögen geäussert habe (act. G 1). Der RAD-Arzt hielt nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt wechselbelastende Tätigkeiten ohne lange Gehstrecken dem Leiden des Beschwerdeführers angepasst (act. G 4.6, G 4.41 und G 4.52). Auch der behandelnde Dr. B. ___ ging davon aus, dass dem Beschwerdeführer jegliche, vorwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar seien (act. G 4.46-7). Weitere limitierende Gesichtspunkte benannte auch er nicht. Aus den übrigen medizinischen Akten ergeben sich ebenfalls keine weiteren bei der Umschreibung einer Verweisungstätigkeit zu berücksichtigende Einschränkungen. Es bestehen damit keine Zweifel an den vom RAD-Arzt festgestellten Anforderungen an eine leidensadaptierte Tätigkeit.

3.4 Soweit sich die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilungen von Dr. B. ___ stützt, rügt der Beschwerdeführer, sie habe dabei ausser Acht gelassen, dass Dr. B. ___ im Bericht vom 29. September 2008 zwar eine ganztägige Arbeit in sitzender Position als zumutbar bewertet, allerdings dabei lediglich eine um 50% eingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert und darüber hinaus ab 1. Dezember 2008 bis auf weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt habe (act. G 1).

3.4.1 Im von Dr. B. ___ unterzeichneten Frühinterventions-Gesprächsprotokoll vom 19. Mai 2008 war die Rede davon, dass wechselbelastende Tätigkeiten ohne lange Gehstrecken "vollschichtig" zumutbar seien und dass der Beschwerdeführer schnell wieder seine ursprüngliche Arbeitsfähigkeit erreichen

werde (act. G 4.14-1 f.). Damit geht einher, dass der RAD-Arzt in der Aktennotiz vom 19. Mai 2008 festhielt, auch für Dr. B.____ stehe ausser Zweifel, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (act. G 4.7). Im Bericht vom 12. Februar 2008 gab Dr. B.____ an, dass die gesundheitlichen Beschwerden wieder den Zustand "vom März 2007 erreicht haben, als der Patient noch arbeitete. Er glaubt nun, die Arbeit nicht wieder aufnehmen zu können" (act. G 4.14-8). Ferner berichtete er am 10. Mai 2008 über weitere Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers: "Nach meinen Beobachtungen haben sich die Beschwerden eigentlich - entgegen den subjektiven Angaben - nicht verschlechtert" (act. G 4.14-4). Am 11. Juni 2008 bestätigte er ohne Angabe von Beschränkungen der Leistungsfähigkeit nochmals, dass der Beschwerdeführer vollschichtig einsatzfähig sei (act. G 4.19).

3.4.2 Angesichts dieser Äusserungen bezüglich einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist in der Tat nicht nachvollziehbar, wenn Dr. B.____ gegenüber der damaligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers im Schreiben vom 29. September 2008 ohne weitere Begründung davon spricht, dieser könne eine Arbeit in vorwiegend sitzender Stellung erst ab 1. Dezember 2008 zeitlich voll ausführen, aber leistungsmässig nur zu 50%. Dem Schreiben und der darin enthaltenen Leistungsfähigkeitsbeurteilung fehlt es aber auch deshalb an Schlüssigkeit, weil Dr. B.____ - in Abweichung zu seinen Äusserungen gegenüber der Beschwerdegegnerin - ausführt, die bislang seit 19. November 2007 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit hätte jede Tätigkeit, nicht nur die ursprüngliche betroffen (act. G 4.40). Ins Gewicht fällt dabei auch, dass Dr. B.____ im Bericht vom 30. Oktober 2008 wiederum angibt, dass dem Beschwerdeführer jegliche vorwiegend sitzende Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung zumutbar sei (act. G 4.46-7 f.). Das Schreiben vom 29. September 2008 ist daher mit Blick auf die übrige - vor allem von ihm selbst erstellte, gegenteilige - medizinische Aktenlage nicht geeignet, eine Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit zu belegen.

3.5 Soweit der Beschwerdeführer zur Untermauerung eines invalidisierenden Leidens den Bericht des Verzahnungsprogramms vom 10. Juli 2009 ins Feld führt, so ist vorweg auf dessen fehlende medizinische Aussagekraft hinzuweisen. Die Projektleiter enthalten sich überdies einer schlüssigen Einschätzung der für leidensangepasste Tätigkeiten bestehenden Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Vielmehr hielten sie fest, dass der Beschwerdeführer "schwer zu fassen" sei. So habe dieser die ihm aufgetragene Arbeit erledigt, jedoch ohne grosse Begeisterung und ohne erkennbare Motivation, seine Grenzen auszuloten. Er sehe "sich als kranken, leidenden Mann" (act. G 4.57-8).

3.6 Insgesamt erscheint die Beurteilung der medizinischen Aktenlage durch den RAD-Arzt, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit über eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit verfügt, als schlüssig. Ins Gewicht fällt dabei, dass sie mit den Angaben des behandelnden Arztes korrespondiert (vgl. vorstehende E. 3.4.1 sowie act. G 4.46-7 f.) und in Berücksichtigung der diversen fachmedizinischen Abklärungen erfolgte. Aus den Akten ergeben sich darüber hinaus keine überzeugenden Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer bei vorwiegend sitzenden Tätigkeiten über eine relevante Leistungseinschränkung verfügt. Mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit steht demnach fest, dass der Beschwerdeführer trotz der geltend gemachten gesundheitlichen Leiden in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist. Die Verneinung eines Rentenanspruchs sowie eines weiteren Abklärungsbedarfs durch die Beschwerdegegnerin erfolgte daher zu Recht.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde 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 dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- anzurechnen ist. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird daran angerechnet.

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