

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/303 vom 30. Juli 2012**

Sg Versicherungsgericht, 2012-07-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2010\\_303](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_303)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/303 du 30 juillet 2012

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/303 del 30 luglio 2012

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 2 IVG. Invalidenrente. Obwohl der rheumatologische Gutachten auf das Erstellen und Befunden eigener Röntgenbilder verzichtet hat, erscheint der Sachverhalt genügend abgeklärt, war dieser doch im Wesentlichen unumstritten. Sodann erscheint die Arbeitsfähigkeitsschätzung des polydisziplinären Gutachtens zwar etwas "grosszügig", indessen würde auch die Annahme, die Beschwerdeführerin könne nur noch leichte und sitzende(und keine mittelschweren) Tätigkeiten ausüben, nicht zu einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit führen (Entscheid des Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 30. Juli 2012, IV 2010/303).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG in der vorliegend anwendbaren Fassung hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. 1.2 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. 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). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die auf Grund 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).

### **E. 2**

2.1 Vorliegend ist das Gutachten in rheumatologischer und internistischer Hinsicht sowie in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung umstritten. Der Rheumatologe diagnostizierte ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, differentialdiagnostisch eine Claudicatio spinalis bei mehrsegmentalen Diskopathien und Diskushernie LWK 4/5 rechts mit moderater Spinalkanalstenose und bei hypertrophen Spondylarthrosen distal-lumbal, eine Pangoarthrose beidseits, ultrasonographisch einen Verdacht auf eine degenerative Rotatorenmanschettentendopathie rechts und Bursitis subdeltoidea sowie eine leichte Tendinitis der Bicepssehne, aktuell ohne relevante periarthropathische Schulterbeschwerden, eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, Osteochondrosen betont HWK 5 bis HWK 7, aktuell ohne vertebrales Cervikalsyndrom, Hinweise auf ein nichtsomatisches Schmerzerleben mit vier von fünf positiven Waddel-Zeichen sowie 14 von 18 positiven Fibromyalgie Tenderpoints und zwei von drei positiven Kontrollpunkten, klinisch einen Verdacht auf Grosszehengrundgelenksarthrose beidseits, Spreizfüsse sowie einen leichten Hallux valgus beidseits. Diese Diagnosen stammen im Wesentlichen von der Beurteilung durch die Rheumatologie am Kantonsspital St. Gallen vom 5. Juni 2008, die in der Folge auch von der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen sowie von Dr. C. \_\_\_ übernommen worden waren (act. G 10.2/19.20, 30.1, 49.2 und 60). Diese Diagnosen werden in der Beschwerde grundsätzlich nicht bestritten. Es wird aber geltend gemacht, Dr. C. \_\_\_ sei nicht nur von einer Rotatorenmanschettentendopathie, sondern von einer -ruptur ausgegangen. Zwar trifft zu, dass Dr. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Juni 2009 bei den Diagnosen eine Rotatorenmanschettenruptur aufführte (vgl. act. G 10.2/49.2 f.). Ausserdem meldete er der Beschwerdegegnerin am 1. Dezember 2008, neu werde eine degenerative Rotatorenmanschettenruptur kernspintomographisch dokumentiert (act. G 10.2/59). Falls er damit etwas anderes meint, als die von der Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallen im Bericht vom 5. Juni 2008 diagnostizierte Rotatorenmanschettentendopathie, bleibt unklar, wie Dr. C. \_\_\_ zu diesem Befund gekommen war, übernahm doch auch er die Diagnosen aus dem genannten Bericht (vgl. act. G 10.2/30.1). Jedenfalls konnte der rheumatologische Gutachter anlässlich der klinischen Untersuchung keine Schulterbeschwerden feststellen. So hätten die Rotatorenmanschettentests keine Schmerzen provoziert und es habe sich keine Seitendifferenz im Oberarmumfang gefunden, obwohl der rechte Arm anamnestisch geschont werden müsse. Die Kraftentwicklung sei seitengleich gewesen. Diese klinischen Befunde würden die von Dr. C. \_\_\_ erwähnte Rotatorenmanschettentendopathie relativieren, zumal dieser im Bericht vom 8. Juni 2009 festgehalten habe, dass er selber keine Untersuchungen vorgenommen habe (act. G 10.2/19.19 und 19.22). Ebenso konnte keine wesentliche Einschränkung in der Bewegung der Halswirbelsäule festgestellt werden. Insofern ist auch nicht davon auszugehen, dass sich die im Gutachten vom 19. Juni 2001 festgestellte und im zweiten Gutachten bestätigte Osteochondrose C5/C6, bzw. nunmehr bis C7, erheblich verschlechtert hat. Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin beim rheumatologischen Gutachter lediglich über Kreuz- und Kniebeschwerden, nicht jedoch über Schulterbeschwerden geklagt (beim psychiatrischen Gutachter gab sie allerdings auch Schulter- und Nackenbeschwerden an; diese ständen allerdings im Hintergrund [act. G 10.2/19.19, 19.22-24]). Die Beschwerdeführerin macht denn auch im vorliegenden Verfahren nicht geltend und es ist nicht ersichtlich, dass die klinische Untersuchung mangelhaft war. Mit der Beschwerdegegnerin ist deshalb davon auszugehen, dass der rheumatologische Gutachter unter diesen Bedingungen auf die Erstellung neuer Röntgenbilder der Halswirbelsäule und der rechten Schulter verzichten durfte, kann doch

aus einem bildgebenden Verfahren allein keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. 2.2 Die lumbalen und die Kniebeschwerden waren dem rheumatologischen Gutachter bekannt. Ebenfalls wurde anerkannt, dass diese Beschwerden progredient sind. In Bezug auf das rechte Knie stand dem Gutachter zudem das Röntgenbild vom 27. Februar 2008 zur Verfügung. Er ging von degenerativen Veränderungen mit jedoch gut erhaltenem Gelenkspalt aus (act. G 10.2/19.18). Insofern drängten sich auch hier keine weiteren bildgebenden Verfahren auf. Den Lumbalbeschwerden wurde sodann ein negativer Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugestanden, indem eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten festgestellt wurde. Im Übrigen wurde den degenerativen Veränderungen am Bewegungsapparat zwar eine gewisse Verminderung der Beweglichkeit zugeschrieben. Daraus kann jedoch nicht ohne Weiteres auf eine zusätzliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Die klinische Untersuchung der Hüfte und der Kniegelenke förderte sodann keine erheblichen Einschränkungen der Beweglichkeit zu Tage. Beim Lasègue-Manöver gab die Beschwerdeführerin zwar rechts ab 20° und links ab 10° blockierende Kreuzschmerzen an, indessen sei der Langsitz unter Ablenkung ohne Schmerzangabe möglich gewesen (act. G 10.2/19.19). Insofern ist auch bezüglich der lumbalen, Knie- und Hüftbeschwerden von diskreten klinischen Befunden auszugehen. Von neuen Röntgenbildern ist kein weiterer Aufschluss zu erwarten, zumal die Befunde und Diagnosen des rheumatologischen Gutachters kaum von denjenigen der behandelnden Ärzte abweichen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass zwar tatsächlich wünschenswert gewesen wäre, der rheumatologische Gutachter hätte nebst einer eigenen klinischen Untersuchung auch eigene bildgebende Verfahren zur Erhebung der Abnützungserscheinungen am Bewegungsapparat durchgeführt und selber befundet, anstatt lediglich auf die Untersuchungen der Rheumatologie am Kantonsspital St. Gallen abzustellen. Nichtsdestotrotz erscheint der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt. Es wird denn in der vorliegenden Beschwerde nicht vorgebracht, und es ist auch nicht ersichtlich, dass konkrete Beschwerdebilder unerkannt geblieben wären, oder dass die medizinischen Ausführungen im Gutachten im Widerspruch zu jenen der behandelnden Ärzte stehen würden. Dies betrifft auch das beschwerdeweise gemachte Vorbringen, es hätte noch eine Augenuntersuchung durchgeführt werden müssen. Mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass weder aus der Anamnese noch aus den Angaben der Beschwerdeführerin bei der gutachterlichen Untersuchung je von Augenproblemen die Rede war. Entsprechende Abklärungen können demnach unterbleiben. Letztlich bezieht sich die vorgebrachte Kritik des Rechtsvertreters im Wesentlichen auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens. Wie es sich damit verhält, ist nachfolgend zu prüfen. 2.3 Das Gutachten geht davon aus, dass lediglich das chronische Lumbovertebralsyndrom einen negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, indem der Beschwerdeführerin körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr möglich seien. Demgegenüber seien ihr leichte bis mittelschwere, rückenadaptierte Tätigkeiten, also auch die angestammte Tätigkeit, nach wie vor möglich. Den übrigen rheumatologischen Diagnosen sowie dem metabolischen Syndrom (inklusive massive Adipositas) attestierten die Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im psychiatrischen Fachgebiet liegt unbestrittenermassen kein Gesundheitsschaden vor. Demgegenüber macht der Rechtsvertreter geltend, das Gutachten lasse fälschlicherweise ausser Acht, dass die Beschwerdeführerin auch an einer Gonarthrose sowie an cervikalen Beschwerden leide, was bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung ebenfalls zu berücksichtigen sei. Ausserdem leide die Beschwerdeführerin an einer stark ausgeprägten Adipositas, wobei sich die Schmerzen schon beim Tragen leichter Gewichte, bei länger einzuhaltenden

monotonen Stellungen oder bei längerem Gehen akzentuierten. Entsprechend habe Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Arztbericht vom 8. Juni 2009 eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Das Gutachten enthalte keine begründeten und überprüfbaren Ausführungen über mögliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Zwar trifft zu, dass Dr. C.\_\_\_\_ von einer um 70 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgeht. Dabei geht er davon aus, die Beschwerdeführerin könne noch 2 - 3 Stunden täglich in vorwiegend sitzender Tätigkeit Heimarbeit verrichten (act. G 10.2/49.4). Weiter geht Dr. C.\_\_\_\_ davon aus, dass dem metabolischen Syndrom, dem cervicobrachialen Syndrom, der (offenbar nur von ihm diagnostizierten) Rotatorenmanschettenruptur sowie der Gonarthrose Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (act. G 10.2/49.2). Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen identischen Sachverhalts. Es kann somit nicht von vornherein gesagt werden, dieser Einschätzung komme der Vorrang vor der gutachterlichen zu. Nachdem in der klinischen Untersuchung des rheumatologischen Gutachters nur verhältnismässig diskrete Einschränkungen beim Bewegungsapparat haben objektiviert werden können, erscheint die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Hausarztes nicht automatisch richtiger als jene der Gutachter, weshalb sie jene nicht umzustossen vermag. Zwar mag die Einschätzung des Hausarztes den Verhältnissen auf dem realen Arbeitsmarkt eher zu entsprechen. Indessen ist für die Invaliditätsbemessung auf einen fiktiven ausgeglichenen Arbeitsmarkt, der einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist, abzustellen (vgl. zum Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes etwa den Entscheid des Bundesgerichts vom 28. November 2008 [9C\_442/2008] E. 4.2). Im Weiteren vermag zwar etwas zu erstaunen, dass bei der auch von den Gutachtern anerkannten Progredienz der somatischen Beschwerden wie schon im Jahr 2001 noch immer bis mittelschwere Tätigkeiten möglich sein sollen. Selbst die Annahme, die Beschwerdeführerin könne nur noch körperlich leichte und - wegen der Gonarthrose und der Adipositas - sitzende Tätigkeiten ausüben, würde indessen nicht zur Annahme einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit führen, sondern in erster Linie qualitative und keine quantitativen Einschränkungen begründen. Zusammenfassend ist somit auf das angefochtene Gutachten abzustellen, was einen Rentenanspruch ausschliesst.

### **E. 3**

3.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde in Bestätigung der angefochtenen Verfügung abzuweisen. 3.2 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 die Kosten 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.