



**Fall-Nr.:** IV 2010/248  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.06.2020  
**Entscheiddatum:** 25.05.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.05.2012**

**Art. 16 ATSG. Art. 43 ATSG. Würdigung medizinischer Berichte, insbesondere eines versicherungsexternen Gutachtens. Ermittlung des Invaliditätsgrades (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Mai 2012, IV 2010/248).**

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,

Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

#### **Entscheid vom 25. Mai 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Benno Lindegger, Wildeggstrasse 24, Postfach 27, 9011 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 30. Januar 2008 wegen eines Rückenleidens und Atembeschwerden, bestehend seit 12. Dezember 2003, zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1).

A.b Gemäss Arbeitgeberbericht vom 25. Februar 2008 war die Versicherte vom 1. November 2001 bis zum 31. Mai 2004 als Reinigungsmitarbeiterin angestellt gewesen, hatte sie am 12. Dezember 2003 das letzte Mal effektiv gearbeitet und war ihr ab 1. Januar 2002 ein Jahreslohn von Fr. 47'970.-- ausgerichtet worden (IV-act. 11).

A.c Am 8. März 2008 erstattete der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, einen Arztbericht zuhanden der IV-Stelle. Er diagnostizierte ein seit 2002 bestehendes chronisches invalidisierendes Schmerzsyndrom, eine Hypertonie, eine Adipositas sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine Depression und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (IV-act. 13).

A.d Am 25. März 2008 ging der IV-Stelle ein Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 27. August 2004 betreffend eine interdisziplinäre arbeitsspezifische Abklärung zuhanden der Krankentaggeldversicherung zu. Die Ärzte hatten im Wesentlichen ein chronisches links betontes Panvertebralsyndrom und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert und festgehalten, für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit maximalen Gewichtsbelastungen bis 15 Kilogramm sei die Versicherte ganztags arbeitsfähig, allerdings benötige sie vermehrte Pausen von ein bis eineinhalb Stunden pro Tag (IV-act. 16).

A.e Am 12. Januar 2009 erstatteten die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ im Auftrag der IV-Stelle ein fachärztliches Gutachten. Sie diagnostizierten im Wesentlichen ein chronisches, linksbetontes Panvertebralsyndrom und eine reduzierte pulmonale Leistungsfähigkeit und hielten fest, der Versicherten seien leichte Tätigkeiten mit Gewichtsbelastungen bis zehn Kilogramm und maximal fallweise bis 15 Kilogramm ganztägig zumutbar,



allerdings benötige sie zusätzliche Pausen von einer bis maximal eineinhalb Stunden (IV-act. 27).

A.f Mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2009 teilte die IV-Stelle mit, dass die Abweisung des Rentengesuchs vorgesehen sei (IV-act. 41). Dagegen liess die Versicherte am 15. November 2009 und ergänzend am 30. März 2010 Einwand erheben (IV-act. 42 und 54).

A.g Am 12. Mai 2010 verfügte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid (IV-act. 56).

B.

B.a Dagegen richtet sich die am 16. Juni 2010 erhobene Beschwerde, mit der die Zusprache wenigstens einer halben Rente ab 1. Januar 2007 beantragt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt wird, das Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ stelle keine genügende Grundlage für die Bemessung des Invaliditätsgrades dar (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin schliesst auf Abweisung der Beschwerde. In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. August 2010 führte sie zur Begründung im Wesentlichen aus, auf das Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ könne abgestellt werden (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 8. November 2010 liess die Beschwerdeführerin an ihrem mit Beschwerde vom 16. Juni 2010 gestellten Antrag festhalten (act. G 16).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 18).

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat. Dabei stellt sich insbesondere die Frage, ob der rechtserhebliche Sachverhalt genügend abgeklärt wurde, namentlich in medizinischer Hinsicht.

2.



2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]), das heisst der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach ärztlicher Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 lit. c des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]).

2.2 Die Feststellung des Gesundheitsschadens, das heisst die Befunderhebung und die gestützt darauf gestellte Diagnose, aber auch die Prognose und die Ätiologie, die durch den festgestellten Gesundheitsschaden verursachte Arbeitsunfähigkeit sowie das noch vorhandene funktionelle Leistungsvermögen oder das Vorhandensein und die Verfügbarkeit von Ressourcen sind Tatfragen (BGE 132 V 398 E. 3.2), deren Beantwortung entsprechendes Fachwissen voraussetzt. Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) hat die IV-Stelle daher in aller Regel ärztliche Sachverständige zur Beantwortung dieser Fragen beizuziehen (vgl. Art. 43 Abs. 2 ATSG und Art. 69 Abs. 2 und 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]), etwa jene des RAD (vgl. Art. 49 Abs. 1 IVV) oder solche einer Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS). Aufgabe der IV-Stelle und des Versicherungsgerichts ist es, diese Tatsachen rechtlich zu würdigen, das heisst zu beurteilen, ob die ärztlichen Aussagen und Schätzungen die zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs erlauben und, falls dies der Fall ist, gestützt darauf sowie auf die Feststellungen zu den beiden Vergleichseinkommen den Invaliditätsgrad zu bemessen (vgl. BGE 132 V 398 f. E. 3.2 f.).

3.



Die Beschwerdegegnerin hat zur Abklärung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eine Begutachtung veranlasst, was angesichts der Tatsache, dass kaum Berichte behandelnder Ärzte zu den Akten genommen werden konnten, korrekt ist. Das Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2009 erscheint für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie der quantitativen und qualitativen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit geeignet. Die Gutachter haben die (wenigen) vorhandenen Akten studiert, Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater genommen, die Beschwerdeführerin selbst gründlich untersucht und ihre Klagen berücksichtigt. Die gestützt auf diese umfassende Exploration getroffenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die Beschwerdeführerin sieht das allerdings anders; sie macht diverse Mängel am Gutachten geltend. Zunächst rügt sie, dass das Gutachten erst sechs Monate nach der Untersuchung verfasst wurde; es sei aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung ausgeschlossen, dass das Gutachten die Erkenntnisse aus der Zeit der Untersuchung zutreffend wiedergebe. Diese Argumentation ist nicht stichhaltig. Zwar ist davon auszugehen, dass es der Qualität eines Gutachtens zuträglich ist, wenn es möglichst zeitnah zur Untersuchung verfasst wird, doch ist davon auszugehen, dass Gutachter in der Lage sind, auch noch ein halbes Jahr nach einer Untersuchung anhand ihrer Notizen die gewonnenen Erkenntnisse zutreffend wiederzugeben. Da keine Akten im Recht liegen, die den Schluss zulassen, die Untersuchungsergebnisse seien im Zeitpunkt der Abfassung des Gutachtens (aufgrund zwischenzeitlicher Veränderungen) überholt gewesen, schadet es nicht, dass das Gutachten erst rund ein halbes Jahr nach Untersuchung abgefasst wurde. Ebenfalls nicht stichhaltig ist das Argument, die Gutachter würden nicht ohne Not von den Ergebnissen der früheren Begutachtung abweichen. Dies würden sie ohne Weiteres tun, wenn sich zwischen den beiden Begutachtungen der Gesundheitszustand wesentlich verändert hätte, was hier aber offensichtlich nicht der Fall ist. Dass sodann nicht auf die Ergebnisse der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit abgestellt, sondern eine Arbeitsfähigkeitsschätzung aus medizinisch-theoretischer Sicht abgegeben wurde, ist angesichts der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin bei den Tests selbst limitierte und keine konsistente Leistung erbrachte, gut nachzuvollziehen. Was schliesslich die geltend gemachte und von den Gutachtern angeblich nicht genügend gewürdigte psychische Beeinträchtigung betrifft, so besteht aufgrund der Akten kein Anlass zur Annahme, die



Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischen Gründen wesentlich beeinträchtigt. Lediglich Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Arztbericht eine Depression, allerdings ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Berichte behandelnder Psychiater liegen nicht bei den Akten. Lügen solche vor und würden in diesen erhebliche Beeinträchtigungen ausgewiesen, so hätte die Beschwerdeführerin diese sicherlich einreichen lassen. Der von den Gutachtern angefragte Psychiater war als verantwortlicher Arzt für die psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin befugt und in der Lage, auf die gestellten Fragen zu antworten bzw. Auskunft über den Zustand der Beschwerdeführerin zu erteilen. Hätte er mangels Kenntnis keine entsprechenden Auskünfte erteilen können, wie der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vorbringt, hätte er an den zuständigen Arzt verwiesen und nicht selbst Auskunft erteilt. So viel Professionalität darf dem angefragten Psychiater, bei dem es sich bekanntermassen ebenfalls um einen erfahrenen Gutachter handelt, jedenfalls unterstellt werden. Seine Auskunft deckt sich denn auch mit den übrigen Akten, wonach eine relevante psychische Beeinträchtigung nicht vorliegt. Die Gutachter und in der Folge auch die Beschwerdegegnerin haben weitere diesbezügliche Abklärungen zu Recht unterlassen. Zuletzt vermag auch die nicht überzeugende Einschätzung des Hausarztes bzw. dessen Bericht, dem sich keine konkreten Hinweise auf von den Gutachtern nicht berücksichtigte Tatsachen entnehmen lassen, nichts am Beweiswert des Gutachtens zu ändern. Es ist gesamthaft auf das Gutachten abzustellen und entsprechend von voller Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten mit allerdings der Notwendigkeit zusätzlicher Pausen von einer bis eineinhalb Stunden auszugehen.

4.

Das von der Beschwerdeführerin bei der gesundheitsbedingten Niederlegung der Arbeit erzielte Einkommen (Fr. 47'970.-- im Jahr 2002) entspricht ziemlich genau dem statistischen Einkommen von Hilfsarbeiterinnen. Gemäss den Ergebnissen der vom Bundesamt für Statistik (BFS) regelmässig durchgeführten Lohnstrukturerhebung (LSE) erzielten Hilfsarbeiterinnen im Jahr 2002 nämlich einen standardisierten Monatslohn von Fr. 3'820.--. Standardisiert bedeutet, auf ein wöchentliches Arbeitspensum von 40 Stunden umgerechnet. Angesichts der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,8 Stunden pro Woche im Jahr 2002 (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit) entspricht dies einem Jahreslohn von Fr. 47'903.--. Da davon auszugehen ist, dass die



Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin als Hilfsarbeiterin gearbeitet hätte, und da ihr körperlich leichte Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, entspricht der Invaliditätsgrad letztlich dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen Tabellenlohnabzug (vgl. BGE 126 V 75). Ein zusätzlicher Pausenbedarf von maximal eineinhalb Stunden pro Tag entspricht in Relation zu einem minimalen Pensum von acht Stunden pro Tag einem maximalen Arbeitsunfähigkeitsgrad von 18,75 %. Selbst wenn der Beschwerdeführerin der maximale Abzug von 25 % vom Tabellenlohn gewährt würde – was aufgrund der gegebenen Umstände keineswegs gerechtfertigt wäre –, würde der Invaliditätsgrad (maximal) lediglich 39,06 % (= 100 % – [100 % – 18,75 %] × 75 %) betragen. Dies würde nicht zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung berechtigen. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung daher zu Recht verneint.

5.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Die gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten sind vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist ihr daran anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird ihr daran angerechnet.