

GL_GERICHTE VG.2016.00042 vom 24. November 2016

GL Gerichte, 2016-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_VG.2016.00042

FR: GL_GERICHTE VG.2016.00042 du 24 novembre 2016

IT: GL_GERICHTE VG.2016.00042 del 24 novembre 2016

Regeste

Sozialversicherung - IV

Erwägungen

E. 4.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, das durch die Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre rheumatologisch-funktionelle Gutachten vom 14. Januar 2015 entspreche den Anforderungen gemäss aktueller Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht. Die Schlussfolgerungen seien weder schlüssig noch begründet, insbesondere sei nicht nachvollziehbar, weshalb trotz der beklagten starken Beschwerden eine Restarbeitsfähigkeit von 100 % attestiert werde. Gestützt auf die gesamten medizinischen Vorakten sei vielmehr davon auszugehen, dass er auch in einer leidensangepassten Tätigkeit erheblich eingeschränkt sei. Die seit den beiden Operationen bestehende neurologische Problematik sei im Gutachten unberücksichtigt geblieben, obwohl sie gerade das Hauptproblem darstelle. Zusammenfassend sei höchstens von einer ca. 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen, womit ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe. Ferner hätte eine Berechnung des Invaliditätsgrads unter Gewährung des höchstzulässigen Abzugs vom Tabellenlohn von 25 % gewährt werden müssen. Die angefochtene Verfügung sei in diesem Sinne abzuändern. Eventuell sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und an die Vorinstanz zu ergänzenden Abklärungen zurückzuweisen oder es sei durch das Gericht eine interdisziplinäre Begutachtung anzuordnen, welche das Fachgebiet Neurologie mitenthalten solle. Allenfalls müsse auch die invalidisierende Wirkung einer somatoformen Schmerzstörung bzw. psychosomatischer Leiden abgeklärt werden. Schliesslich sei die angefochtene Verfügung dahingehend abzuändern, dass ihm das Recht auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsvermittlung, Beratung und Umschulung) zustehe.

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin führt aus, sie habe die ihr obliegenden Abklärungspflichten vollumfänglich sowie sorgfalts- und pflichtgemäss wahrgenommen, insbesondere habe sie verschiedene medizinische Berichte eingeholt und eine medizinische Begutachtung durchführen lassen. Das rheumatologisch-funktionelle Gutachten von Dr. C. _____ entspreche den Anforderungen gemäss aktueller Rechtsprechung, insbesondere lasse es einen eindeutigen und zweifelsfreien Schluss auf die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers zu. Aus diesem Grund seien die Abklärungen nicht weiterzuführen, zumal auch kein Anspruch der versicherten Person auf eine sogenannte "second opinion" bestehe. Somit habe sie den Sachverhalt umfassend abgeklärt und sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, wobei hier aufgrund

des erhöhten Pausenbedarfs von einer Zumutbarkeit von 88 % auszugehen sei. Aus diesem Grund stünden ihm weder eine Invalidenrente noch berufliche Massnahmen zu.

E. 5.1

Dr. D._____, Oberarzt Neurochirurgie/Wirbelsäulenchirurgie der Klinik E._____, stellte in seinem Operationsbericht vom 3. Dezember 2012 folgende Diagnose: Bisegmentale Spinalkanal- und Rezessusstenose L3/4 und L4/5. Aufgrund dieser Diagnose habe er beim Beschwerdeführer am 30. November 2012 eine interspinöse Dekompression mit Rezessotomie L3/4 und L4/5 vorgenommen.

E. 5.2

In seinem postoperativen Konsultationsbericht vom 4. Februar 2013 berichtete Dr. D._____, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über Schmerzen berichte, die vom Knie über die Schienbeinkante bis in die Grosszehe ziehen würden. Zusätzlich bestehe in diesem Bereich auch eine Hyposensibilität. Die zwischenzeitlich durchgeführte kernspintomographische Untersuchung zeige im Wesentlichen ein gut dekomprimiertes Segment L3/4 und L4/5. Der Rezessus L4/5 könne nicht klar beurteilt werden. Ob hier tatsächlich eine Nervenwurzelkompression L5 vorliege, würde er noch bestätigen lassen. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, mindestens bis März 2013. Er werde einen hausinternen Neurologen bitten, den Beschwerdeführer zu einer elektrophysiologischen Abklärung einzuladen.

E. 5.3

In einem weiteren Konsultationsbericht vom 27. Juni 2013 war Dr. D._____ – nach der Vornahme von neurologischen Abklärungen – der Meinung, dass aufgrund der persistierenden Radikulopathie L5 und elektrophysiologisch nachgewiesener akuter Denervierung in der Kennmuskulatur L5 ein weiterer operativer Eingriff durchzuführen sei.

E. 5.4

In der Folge wurde der operative Eingriff, eine Dekompression L5 links und Instrumentation mit TLIF L4/5, durchgeführt. Im Austrittsbericht vom 1. Oktober 2013 wurde festgehalten, dass sich der postoperative Verlauf unauffällig gestaltet habe. Es zeige sich jedoch weiterhin die präoperative Symptomatik (Taubheit in der Fussinnenseite links). Kurzzeitig habe der Beschwerdeführer ein wiederholtes Einschlafen des rechten Beins angegeben. Dies habe sich während des stationären Aufenthalts jedoch gebessert. Die neurologische postoperative Kontrolle zeige eine regelrechte Kraft der Fussheber, eine verminderte Kraft dagegen beider Grosszehenheber.

E. 5.5

Anlässlich der Nachkontrolle führte Dr. D._____ am 26. November 2013 aus, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, weiterhin unter lumbalen Rückenschmerzen zu leiden, zudem verspüre er zeitweise eine Ausstrahlung erneut in beide Beine, v.a. in der Nacht. Unter Belastung bessere sich die Beschwerdesymptomatik. Aufgrund der anhaltenden Beschwerden greife er noch immer regelmässig dreimal täglich auf Dafalgan zurück. Eine wesentliche Besserung spüre er nicht. Dr. D._____ attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum nächsten Kontrolltermin in ca. zwei Monaten. Der Beschwerdeführer werde seiner Tätigkeit, die ihn einer hohen körperlichen Belastung aussetze, nicht mehr in vollem Umfang nachgehen können. Allerdings sei es zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich, eine prozentuale Einschränkung anzugeben.

E. 5.6

Nach der Begutachtung der durchgeführten CT-Untersuchungen hielt Dr. D._____ in seinem Bericht vom 12. März 2014 fest, dass ihm immer noch nicht ganz klar sei, wodurch die Problematik des Beschwerdeführers verursacht werde. Unter Umständen sei die Schraube L4 linksseitig etwas zu medial gelegen und könne hier zum Teil zum Ausstrahlungsmuster der Beschwerden passen. Er sei der Meinung, dass erneut eine kernspintomographische Untersuchung durchgeführt sowie infiltrative Massnahmen versucht werden sollten. Weiterhin bestehe aufgrund der ausgeprägten funktionellen Einschränkungen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ob und inwieweit der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitsfähig sein werde, sei fraglich. Es sei eher davon auszugehen, dass an eine Wiedereingliederung zu einem bestimmten Prozentsatz (50 %) gedacht werden müsse.

E. 5.7

Gemäss Konsultationsbericht von Dr. D._____ vom 14. Mai 2014 leide der Beschwerdeführer mittlerweile auch wieder unter Schmerzen im rechten Bein und im Rücken. Die Schmerzen seien belastungsabhängig und würden v.a. beim Laufen auftreten. Die linksseitig angegebenen Beschwerden seien unverändert vorhanden. Die MRI-Untersuchung zeige keine umschriebene Stenose der Foraminae oder des Spinalkanals. Der definitive Befund des Radiologen sei jedoch abzuwarten. Im Segment L5/S1 sei weiterhin ein stenotischer Prozess vorhanden, wo es ebenfalls beidseits zu einer Konfliktsituation mit der Nervenwurzel S1 komme. Dies könne sicherlich – wenn auch nicht ganz typisch – die Symptomatik des Beschwerdeführers erklären.

E. 5.8

Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, Klinik für plastische Chirurgie und Handchirurgie des Spitals G._____, führte am 17. Juni 2014 beim Beschwerdeführer eine neurologische und elektrodiagnostische Untersuchung durch. In seinem Bericht vom 18. Juni 2014 führte er aus, elektrodiagnostisch zeigten sich leichte bis mässige, chronische neurogene Veränderungen in den beiden untersuchten L5-Kennmuskeln, ebenso in beiden untersuchten Gastrocnemii. Zusammen mit dem beidseits nicht auslösbaren H-Reflex sei dies gut mit einer S1-Radikulopathie vereinbar.

E. 5.9

Nach durchgeführten Wurzelinfiltrationsbehandlungen fasste Dr. D._____ in seinem Bericht vom 24. Juni 2014 zusammen, dass es zu keinerlei Beschwerdelinderung gekommen sei; weder die klinisch/neurologische noch die radiologische oder infiltrative Diagnostik hätten die Ursache für die vom Patienten beschriebenen Beschwerden darlegen können. Er sei der Meinung, dass mit weiteren operativen Massnahmen derzeit keine Besserung erzielt werden könne. Einzig eine symptomatische Behandlung sei zielführend, weshalb der Beschwerdeführer an einen Schmerzspezialisten verwiesen werden sollte. Sicherlich sei eine erneute Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin zwingend notwendig. Gegebenenfalls müsse dafür eine interdisziplinäre Abklärung erfolgen.

E. 5.10

Das Schmerzambulatorium des Instituts für Anästhesiologie des Spitals G._____ stellte in seinem Bericht vom 17. September 2014 die Schmerzdiagnose Failed-back-surgery-Syndrom seit den zwei Operationen des Beschwerdeführers. Seine

Symptome beurteilte es als gemischt neuropathisch/nozizeptiv. Einerseits gebe es eine spondylogene Komponente im Bereich der lumbalen Wirbelsäule, andererseits bestünden Zeichen und Symptome einer radikulären Komponente an beiden unteren Extremitäten. Die durchgeführten Medikamententests hätten keine Modulierbarkeit der Beschwerden ergeben, ebenso wenig wie der Versuch einer Therapie mit topischem Capsaizin. Die bisherigen Schmerztherapien wurden folgendermassen zusammengefasst: Der Sakralblock vom Juni 2012 und derjenige vom Mai 2014 seien negativ gewesen, die ENMG-Untersuchung habe eine S1 Radikulopathie links gezeigt, Durogesic und Targin hätten tiefen Blutdruck verursacht bei fehlender Wirkung auf die Schmerzen. Zum allgemeinen Status erklärte es, der Zehenspitzen- und Fersengang sei unauffällig und der Lasègüetest beidseits negativ ausgefallen. Es würden Sensibilitäts Einschränkungen im medialen Unterschenkel mit brush-Allodynie und Pinprickhyperalgesie im Bereich des medialen Fussrückens bestehen und sowohl der Patellarsehnenreflex als auch der Achillessehnenreflex seien beidseits nicht auslösbar. Der Beschwerdeführer berichte, aufgrund der Schmerzen sehr schlecht zu schlafen, nur insgesamt vier Stunden täglich. Aufgrund der Situation schlug das Schmerzzentrum vor, es solle eine neuromodulatorische Therapieoption (SCS) in Erwägung gezogen werden. Inzwischen werde ein Therapieversuch mit dem dual-wirksamen Medikament Tapentadol begonnen.

E. 5.11

In der Folge gab die Beschwerdegegnerin ein rheumatologisch-funktionelles Gutachten bei Dr. C._____ in Auftrag, welches am 14. Januar 2015 erstattet wurde. Dr. C._____ stellte folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule – links mehr als rechts – bei angeborenem engem lumbosakralen Spinalkanal und hochgradiger Spinalkanalstenose L3 bis L5 mit zwei lumbalen Operationen (die interspinöse Dekompression mit Recessotomie L3 und L4/L5 vom 31. November 2012 und die Dekompression L5 links) und Spondylodese L4/L5 mit leichten bis mässigen chronisch neurogenen Veränderungen der L5-Kennmuskeln links, vereinbar mit einer atypischen S1-Radikulopathie links, sowie leicht kaudaler Lage der Pedikelschraube L4 rechts ohne Kompression neuraler Strukturen und ohne ossäre Einengung des Spinalkanals oder der Foramina und ohne Lockerungszeichen des Osteosynthesematerials. In ihrer rheumatologischen Beurteilung hielt sie fest, dass der Beschwerdeführer über starke lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine bis zu den Füßen, links mehr als rechts, klage. Weiter gebe er an, das An- und Ausziehen der Socken und Schuhe bereite ihm Mühe, weil dies zu vermehrten Schmerzen führe. Die beiden lumbalen Operationen hätten ihm nicht geholfen, sondern seine Beschwerden eher verschlimmert. Aufgrund seiner Beschwerden könne er momentan nicht arbeiten. Es sei nun möglicherweise die Implantation eines lumbalen Neurostimulators geplant. Dr. C._____ stellte fest, dass in der klinischen Untersuchung die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule in alle Richtungen eingeschränkt sei. Der Achillessehnenreflex sei beidseits nicht auslösbar. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Die Bioimpedanz-Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 55 %, welche den Normwert von 40 % weit übertreffe, weshalb eine lang andauernde körperliche Schonung daraus nicht abgeleitet werden könne. Dafür spreche auch seine maximale Handkraft von 100 % rechts und von 109 % links. Die postoperative CT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe keine Lockerungszeichen des Osteosynthesematerials gezeigt. Die leicht kaudal liegende Pedikelschraube L4 rechts führe nicht zur Kompression neuraler

Strukturen. Der Rheumafaktor und die Anti-Citrullin-Antikörper seien normal. Der Beschwerdeführer gebe an, er habe seit mehreren Wochen keine Schmerzmittel mehr gebraucht, denn diese würden ihm nicht helfen. Bei der Evaluation seiner funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) vom 9. Januar 2015 habe er ein gutes Leistungsverhalten und gute Testkonsistenz gezeigt. Es habe sich keine Symptomausweitung ergeben. An beiden Untersuchungstagen hätten jedoch ausgeprägte lumbale Beschwerden mit einem leicht erhöhten Ruhepuls, der unter Belastung angestiegen sei, bestanden. Dennoch habe der Beschwerdeführer Lasten bis zu 15 kg hantieren können, was einem mittleren Belastungsniveau entspreche. Zusammenfassend hätten sich beim Beschwerdeführer strukturelle Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule aufgrund einer angeborenen lumbosakralen Spinalkanalstenose entwickelt. Die vorhandenen Befunde würden das Ausmass seiner Beschwerden nicht erklären. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit führte Dr. C. _____ aus, dass der letzte effektive Arbeitstag am 7. August 2012 in seiner Anstellung als Gärtner/Vorarbeiter in seinem Familienbetrieb H. _____ GmbH in [...] gewesen sei. Die angestammte Tätigkeit könne er nicht mehr ausüben. Eine adaptierte Tätigkeit sei ihm jedoch zu einem Pensum von 100 % möglich. Dabei benötige er pro Halbtage eine halbe Stunde zusätzliche Pausenzeit, um Lockerungsübungen machen zu können. Durch die eingeschränkte Funktion der Lendenwirbelsäule sei er limitiert. Gemäss Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine (SIM) habe eine eingeschränkte Funktion der Lendenwirbelsäule folgende Auswirkungen: Die Fähigkeit, Lasten ohne Hilfsmittel zu heben oder zu tragen, hänge von Art und Ausmass der Rückenfunktionseinschränkungen ab. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Tätigkeiten, welche diesem Profil entsprechen, könne er zu 100 % ausüben. Zudem könne er Lasten bis zu 10 kg hantieren. Als therapeutische Vorschläge nennt Dr. C. _____ unter anderem eine medikamentöse Schmerztherapie. Diesbezüglich bestehe noch Optimierungspotenzial. Vor der Implantierung eines lumbalen Neurostimulator sei diese unbedingt konsequent durchzuführen. Ausserdem sei eine regelmässige physiotherapeutische Behandlung angezeigt.

E. 5.12

RAD-Arzt Dr. med. I. _____, FMH Rheumatologie und FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Vertrauensarzt SGV, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, nahm am 20. Januar 2015 zum Gutachten von Dr. C. _____ Stellung. Dieses erfülle die Qualitätskriterien, sei umfassend, in Kenntnis der Beschwerden der Versicherten (recte: des Versicherten) und unter Berücksichtigung der bestehenden Akten verfasst worden. Die beurteilten Befunde seien nachvollziehbar dargestellt und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen sowie die sozialmedizinische Beurteilung plausibel. Insgesamt könne dem Gutachten gefolgt werden.

E. 5.13

Dr. med. J. _____, Innere Medizin FMH, führte beim Beschwerdeführer eine Neuraltherapie (u.a. Narbeninfiltration, L5 und S1 Wurzelinfiltration, lumbaler Grenzstrang Infiltration) durch. In ihrer Berichterstattung vom 14. Dezember 2015 an den Hausarzt des Beschwerdeführers erklärte sie, dass beim Beschwerdeführer ein therapieresistentes, ausgeprägtes neuropathisches Schmerzsyndrom L5 beidseits mit peripherem, sowie zentralem Remodeling und Sensibilisierung bestehe. Er klage einerseits über

Parästhesien/Dysästhesien sowie ausgeprägt brennende Schmerzen im Dermatom L5 (S1) beider Füsse/Unterschenkel, welche durch Druck, Berührung und Bewegung massiv verstärkt würden. Es seien diverse therapeutische Ansätze gewählt worden, welche allesamt ohne Erfolg geblieben seien, so auch die von ihr selbst durchgeführte Neuraltherapie. Es brauche keine weitere Diagnostik, sondern eine gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (z.B. durch Neurologie des Spitals G._____).

E. 5.14

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. K._____, Arzt für allgemeine Medizin FMH, beurteilte die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit am 21. Dezember 2015 als zu 20-25 % umsetzbar. Er verweise an dieser Stelle auf den Widerspruch zwischen den Ausführungen zu Zumutbarkeit/Eingliederungsmassnahmen auf S. 3 der EFL, wonach aufgrund der ausgeprägten Beschwerdesituation keine Beurteilung der Zumutbarkeit für allfällige berufliche Tätigkeiten vorgenommen werden könne, und der Beurteilung auf S. 43 im Gutachten von Dr. C._____, wonach der Beschwerdeführer bei der EFL ein gutes Leistungsverhalten und eine gute Konsistenz gezeigt habe. Dr. K._____ kam zum Schluss, dass sich das ausgeprägte neuropathische Problem an den Füßen des Beschwerdeführers wahrscheinlich weder medikamentös noch psychotherapeutisch noch auf andere Weise beeinflussen lasse und verwies auf den Vorschlag von Dr. J._____, eine gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu veranlassen.

E. 5.15

Dr. med. L._____, seit April 2016 neuer Hausarzt des Beschwerdeführers, diagnostizierte am 17. März 2016 ebenfalls ein schweres, bisher therapieresistentes neuropathisches Schmerzsyndrom L5 beidseits linksbetont im Sinne eines Failed-back-surgery-Syndroms. In der Frage nach der aktuellen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vertrat er die Auffassung, dass beim Beschwerdeführer nicht die Beschwerden betreffend die Lendenwirbelsäulen und die diesbezüglich bestehende eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Vordergrund stünden, sondern vielmehr die Schmerzen an den Unterschenkeln und Füßen. Die entsprechenden Nervendegenerationen seien neurologisch-neurographisch objektiv nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer beschreibe, dass sogar das Tragen von Socken zu starken Schmerzen führe, was die Frage aufwerfe, welche Tätigkeit denn vernünftigerweise barfuss ausgeführt werden könnten. Hier sehe er lediglich Heimarbeit als realistisch an. Seiner Ansicht nach sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierter Tätigkeit, inklusive Berücksichtigung der neuropathischen Schmerzen, bei 30-40 % anzusiedeln, wobei er Heimarbeit als zumutbar erachte, da die Möglichkeit bestehen müsse, barfuss tätig zu sein und häufig die Fussposition zu wechseln.

E. 5.16

Der Beschwerdeführer übergab seine medizinischen Unterlagen zur Beurteilung an Dr. med. M._____, leitender Arzt Neurologie, Spital N._____. Dieser kam am 13. Mai 2016 zum Schluss, dass ein neurologisch-rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten notwendig sei, um abschliessend über die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in adaptierter Tätigkeit entscheiden zu können.

E. 5.17

Gemäss Dr. med. O. _____, Leitender Arzt der Klinik für Innere Medizin, Spital P. _____, sprächen die elektrophysiologischen Befunde der Untersuchung vom 13. Juli 2016 für eine chronisch-neurogene Schädigung der Nervenwurzeln L5 beidseits. Elektromyographisch fänden sich in den L5-Kennmuskeln beidseits chronisch-neurogene Veränderungen mit einem Ausfall von motorischen Einheiten. Die F-Wellenlatenz-Untersuchungen des Nervus peroneus beidseits würden auf eine proximale Nervenüberleitungsstörung hinweisen. Auch die sensorisch evozierten Potentiale des Nervus tibialis beidseits seien verzögert und somit gut vereinbar mit einer Überleitungsstörung des Neuronen-Pool L5-L1. Die Behandlung des Beschwerdeführers habe sich als sehr schwierig erwiesen. Im Stadium des chronischen Schmerzes mit Schmerzcentralisation zeigten Opiate in der Regel keine Wirkung mehr und könnten sogar kontraproduktiv sein. Am ehesten sei eine schmerzmodulierende Medikation zu versuchen.

E. 6.1

Beim Beschwerdeführer werden grundsätzlich in sämtlichen medizinischen Berichten – einschliesslich des Gutachtens von Dr. C. _____ – ein angeborener enger Spinalkanal lumbosakral und ein neuropathisches Schmerzsyndrom L5 beidseits im Sinne eines Failed-back-surgery-Syndroms bzw. leichte bis mässige chronisch neurogene Veränderungen der L5-Kennmuskeln links, vereinbar mit einer atypischen S1-Radikulopathie links, diagnostiziert. Es ist zudem unbestritten, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist. Strittig und zu prüfen sind hingegen der Grad der Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sowie das Belastungsprofil. Die Auswirkung der gestellten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wird im Gutachten von Dr. C. _____ vom 14. Januar 2015 beurteilt. Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Wesentlichen auf dieses Gutachten und ist der Ansicht, dass ihm vollumfänglich gefolgt werden könne. Es stellt sich die Frage, ob das Gutachten vorliegend eine rechtsgenügende Beurteilung zulässt.

E. 6.2

Dr. C. _____ geht davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 % möglich sei. Die vorhandenen Befunde könnten – ihrer Ansicht nach – das Ausmass der Beschwerden nicht erklären. Sie deutet damit an, dass die von Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nicht tatsächlich in dem von ihm geltend gemachten Ausmass vorhanden seien. Dies ist jedoch nicht nachvollziehbar, denn gleichzeitig erklärte sie, an beiden Untersuchungstagen im Rahmen der EFL hätten ausgeprägte lumbale Beschwerden bestanden, wobei keine Symptomausweitung vorgelegen hätte. Die beklagten Beschwerden werden denn auch von keinem der behandelnden Ärzte in Frage gestellt. Dr. L. _____ erachtet beispielsweise die zu den Beschwerden führenden Nervendegenerationen neurologisch-neurographisch als objektiv nachvollziehbar. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bestehen im Gutachten vom 14. Januar 2015 nicht nur Widersprüche in sich, sondern auch zu anderen medizinischen Berichten. So wird im Bericht zur EFL statuiert, dass eine Beurteilung der Zumutbarkeit für die angestammte und jede andere berufliche Tätigkeit aufgrund der ausgeprägten Beschwerdesituation eben gerade nicht möglich sei. Dr. D. _____ ist der Ansicht, dass es fraglich sei, ob und inwieweit der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitsfähig sein werde. Es sei eher davon auszugehen, dass an eine Wiedereingliederung zu einem bestimmten Prozentsatz (50 %) gedacht werden müsse. Dr. K. _____ beurteilte die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit als zu 20-25 % umsetzbar. Gemäss Dr. L. _____ sei die

Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit inklusive Berücksichtigung der neuropathischen Schmerzen bei 30-40 % anzusiedeln, wobei er Heimarbeit als zumutbar erachte, da die Möglichkeit bestehen müsse, barfuss tätig zu sein und häufig die Fussposition zu wechseln. Dr. M. _____ und Dr. J. _____ empfahlen sodann ausdrücklich die Veranlassung einer weiteren, dieses Mal neurologischen bzw. neurologisch-rheumatologisch-psychiatrischen, Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Einschätzungen von Dr. K. _____ und Dr. L. _____ lagen Dr. C. _____ im Begutachtungszeitpunkt noch nicht vor. Weshalb die anderen Berichte keine Zweifel an ihrer Beurteilung zu wecken vermochten, legte Dr. C. _____ aber nicht dar. Insbesondere setzte sie sich mit den abweichenden Meinungen nicht auseinander. Ihr Gutachten erschöpft sich im Wesentlichen in einer Zusammenfassung der vorhandenen medizinischen Akten. Ihren Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, begründet sie kaum. Sodann ist nicht ersichtlich, wie Dr. C. _____ zur Auffassung gelangt, dass dem Beschwerdeführer Lockerungsübungen von einer halben Stunde pro Halbtag helfen würden. In keinem Bericht eines behandelnden Arztes ist die Rede davon, dass Lockerungsübungen einen positiven Effekt auf die Symptomatik des Beschwerdeführers gezeigt hätten. Der Beschwerdeführer scheint vielmehr an chronischen neuropathischen Beschwerden zu leiden, welche insbesondere durch Berührung verstärkt auftreten und weitgehend therapieresistent sind. Das Gutachten nimmt auch nicht Stellung dazu, was eine angepasste Tätigkeit wäre. Dr. C. _____ begnügt sich mit einem generellen Hinweis auf die gemäss den Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine (SIM) bestehenden Auswirkungen bei einer eingeschränkten Funktion der Lendenwirbelsäule (vgl. vorne E. II/5.11). Tätigkeiten, welche diesem Profil entsprächen, könnten vom Beschwerdeführer zu 100 % ausgeübt werden. Dabei scheint sie zu übersehen, dass der Beschwerdeführer nicht nur über Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich klagt, sondern insbesondere auch an einem neuropathischen Schmerzsyndrom L5 beidseits leidet, welches sich in Brennen, Taubheitsgefühl, Enge und Überempfindlichkeit in den Unterschenkeln und Füßen äussert. Zu den durch die Neuropathie bedingten funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers wird nicht ausreichend Stellung genommen. Genauso fehlt die Erstellung eines individuellen Belastungsprofils, welches auf seine Beschwerden zugeschnitten ist, sowie eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen der einzelnen Leiden mit Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen. Insofern erstaunt es, dass RAD-Arzt Dr. I. _____ und die Beschwerdegegnerin – ebenfalls ohne Auseinandersetzung mit den abweichenden medizinischen Meinungen – das Gutachten als schlüssig und verwertbar erachten. Berücksichtigt man die übrigen medizinischen Berichte, kann somit nicht ohne Zweifel davon ausgegangen werden, der Beschwerdeführer sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

E. 6.3

Zusammengefasst erweist sich das Gutachten vom 14. Januar 2015 als nicht genügend aussagekräftig bezüglich des Belastungsprofils und der Frage, wie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers prozentual zu veranschlagen ist. Für eine zuverlässige Beurteilung erweist sich ein weiteres Gutachten als notwendig, welches die Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht nur aus rheumatologisch-funktioneller Sicht, sondern zusätzlich auch neurologisch, psychiatrisch und allgemeinmedizinisch beurteilt. Da die Beschwerdegegnerin bisher keine polydisziplinäre Gesamtbeurteilung in Auftrag gab, erweist sich die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 137 V 210

E. 4.4.1.4) als zulässig, zumal der Beschwerdeführer selbst die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin sowie eine Neubegutachtung beantragt. Die Beschwerdegegnerin ist dazu gehalten, umgehend die notwendige polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers bei einer MEDAS einzuleiten. Demgemäss ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. Februar 2016 ist aufzuheben. Die Sache ist im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. III. 1. Eine Rückweisung zu erneutem Entscheid mit offenem Ausgang in der Hauptsache gilt für die Verteilung der Kosten und Entschädigungen als Obsiegen. Die pauschale Gerichtsgebühr von Fr. 600.- ist ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG i.V.m. Art. 134 Abs. 1 lit. c des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 4. Mai 1986 [VRG]). Dem Beschwerdeführer ist der bereits geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.- zurückzuerstatten. 2. Der obsiegende und berufsmässig vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. 61 lit. g ATSG Anspruch auf eine angemessene Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und vorliegend auf Fr. 2'500.- (inkl. Mehrwertsteuer) festzulegen. 3. Gegen den vorliegenden Zwischenentscheid steht die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den Voraussetzungen von Art. 93 Abs. 1 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (BGG) offen.

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