

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/88 vom 20. März 2007

Sg Versicherungsgericht, 2007-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2006_88

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/88 du 20 mars 2007

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2006/88 del 20 marzo 2007

Regeste

Art. 44 ATSG; Widerspruch zwischen diversen Arztberichten und einem medizinischen Gutachten, Anordnung eines Obergutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. März 2007, IV 2006/88). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2007.

Erwägungen

E. 1

a) Um den Invaliditätsgrad einer versicherten Person bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Versicherungsgericht 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (SVR 2006 IV Nr. 10, S. 39; BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). b) Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, 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 des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). c) Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen.

So weicht der Richter beispielsweise bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3b/aa mit Hinweisen).

E. 2

a) In der Verfügung vom 29. Juli 2005 ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus und bezifferte den massgebenden Invaliditätsgrad mit 10 % (act. G 6.1/43). Zusätzlich zum MEDAS-Gutachten liegen in chronologischer Abfolge die folgenden Arztberichte und -zeugnisse im Recht: Am 29. August 1997 diagnostizierte Hausarzt Dr. med. H. ___ eine direkte und indirekte Leistenhernie rechts und bescheinigte seit Monaten zunehmende Leistenbeschwerden rechts bei kleiner Leistenhernie (act. G 6.1/9 S. 30). Mit Schreiben vom 10. Januar 2001 hielt Dr. A. ___ die postoperative Entwicklung eines sog. Ilioinguinalsyndroms durch Irritation des Nervus ilioinguinalis fest, wobei es sich um eine bekannte Komplikation nach einer Leistenbruchoperation handle (act. G 6.1/9 S. 32; vgl. auch die weiteren Arztzeugnisse, G 6.1/9 S. 33, 37, 38). Am 27. Dezember 2001 indizierte die Radiologie der Klinik T. ___, Y. ___, nach erfolgter MRI-Untersuchung den Verdacht auf ein chronisches lumbo-vertebrogenes Schmerzsyndrom und Verdacht auf pseudoradiculäre Symptomatik (act. G 6.1/16 S. 12). Mit Austrittsbericht vom 17. Januar 2003 diagnostizierte das Spital X. ___ chronisch persistierende Leistenschmerzen rechts nach der zweiten Leistenrevision am 16. Januar 2003 (act. G 6.1/9 S. 2). Dr. med. I. ___, Oberarzt Anästhesie am Spital Y. ___, stellte nach ambulanter Behandlung des Beschwerdeführers in der Schmerzsprechstunde vom 5. Dezember 2003 Narbenschmerzen der rechten Seite fest (act. G 6.1/16 S. 7). Mit Bericht vom 9. September 2003 hielt Dr. A. ___ gegenüber den Mobiliar Versicherungen fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom unbekannter Ursache nach Leistenbruchoperation (act. G 1.1/4). Nach erfolgter Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen diagnostizierte der von der Anästhesiologie des Spitals Y. ___ zugezogene Dr. B. ___ am 12. Februar 2004 Leistenschmerzen nach Inguinalhernien-OP rechts 1998. Gleichzeitig erklärte er, dass die Therapiemöglichkeiten bei den gegebenen Deafferenzierungsschmerzen relativ begrenzt seien (act. G 6.1/16 S. 8 ff.). Am 16. Februar 2004 berichtete Dr. H. ___ zuhanden der Beschwerdegegnerin, beim Beschwerdeführer bestehe als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein neuropathischer Schmerz im Bereich des Nervus ilioinguinalis rechts nach Leistenhernienoperation 1998 (act. G 6.1/14). Mit Arztbericht vom 12. Mai 2004 diagnostizierte Dr. C. ___ chronische Leistenschmerzen links (recte: rechts) nach Hernienoperation, degenerative Veränderungen der LWS mit Spondylophytenbildungen und leicht- bis mässiggradiger Osteochondrose L1/2 bis L2/3 sowie eine kleinvolumige breitflächige mediane Diskushernie L4/5. Weiter hielt Dr. C. ___ fest, sämtliche ergriffenen Therapiemassnahmen hätten längerfristig keine Linderung der Beschwerden im Bereich der

rechten Leiste gebracht (act. G 6.1/16 S. 5 f.). Mittels Stellungnahme vom 29. November 2004 hielt der RAD fest, es handle sich vorliegend um ein chronisches Schmerzsyndrom in der rechten Leiste. Unklar sei jedoch, weshalb dem Beschwerdeführer von Dr. C.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von einer Stunde in einer adaptierten Tätigkeit attestiert, gleichzeitig aber empfohlen werde, eine Umschulung zu überlegen, obwohl gemäss Arztzeugnis keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorliege (act. G 6.1/27). Mit Sprechstundenbericht vom 9. August 2005 diagnostizierte Dr. D.____, stellvertretender Chefarzt der Abteilung für Chirurgie am Spital Y.____, chronische Leistenschmerzen rechts (act. G 1.1/7). Am 16. Februar 2006 stellte Dr. B.____ invalidisierende Leistenschmerzen rechts bei Status nach mehreren Leistenoperationen fest. Es handle sich bei den angegebenen Beschwerden um einen therapieresistenten Deafferenzierungsschmerz, welcher nicht selten nach Leistenhernienoperationen auftrete (act. G 6.1/65a). Mit Bericht vom 24. Mai 2006 hielt Dr. A.____ fest, bei dem vom Beschwerdeführer verspürten Schmerz handle es sich um einen sog. neuropathischen Schmerz, d.h. von einem Nervengewebe ausgelösten Schmerz. Hinsichtlich der ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit seien die geklagten Beschwerden aus seiner Sicht immer glaubwürdig gewesen. Er gehe grundsätzlich davon aus, dass geklagte Schmerzen und Beschwerden bei einem arbeitswilligen Patienten bis zum Beweis des Gegenteils (und Schmerzsimulation sei selbst durch Spezialisten schwer zu beweisen) der Wahrheit entsprechen. Somit sei die Indikation zur Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit bei den geklagten Beschwerden unter Berücksichtigung der schweren körperlichen Arbeit gegeben. Gleichzeitig habe der Patient jedoch immer berichtet, dass er fast ständig in seinem Beruf als Gemüsebauer, wenn auch nur stundenweise, tätig gewesen sei. Für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit sei das Symptom des Schmerzes ausreichend, auch wenn keine Erklärung für die Beschwerden gegeben werden könne. Es sei aus medizinischer Sicht widersinnig, Schmerz nur dann als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren, wenn dieser genauestens erklärt werden könne (act. G 4.1/1). Dr. B.____ diagnostizierte mit Schreiben vom 7. Juni 2006 invalidisierende Leistenschmerzen rechts bei Status nach Leistenhernienoperation 1998. Die Leistenschmerzen hätten auch auf einen letzten Therapieversuch am 24. Januar 2006 nicht angesprochen, sodass weitere Interventionen nicht mehr indiziert seien und die Behandlung als erfolglos abgeschlossen werden müsse. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien absolut glaubhaft. Persistente Schmerzen nach Leistenbruchoperationen seien eine bekannte Komplikation. In den letzten sechs Jahren habe er insgesamt acht Patienten mit dem gleichen Beschwerdebild nach Leistenoperation gesehen. Es sei allgemein bekannt, dass diese Beschwerden therapieresistent seien und auch mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsverfahren kaum beeinflusst werden könnten. Im Weiteren gehe er davon aus, dass ein Patient, der keine Beschwerden habe, sich nicht wiederholten Operationen und Behandlungsversuchen unterziehe. Der Beschwerdeführer habe auf der ganzen Linie jegliche Therapieansätze (darunter auch die medikamentöse Therapie mit den entsprechenden Nebenwirkungen) als Hoffnungsschimmer bereitwillig aufgenommen und sich den sicherlich nicht angenehmen Eingriffen unterzogen. Das Unvermögen, ein sicheres Korrelat für die Schmerzen nachweisen zu können, bedeute nicht, dass der Patient keine Schmerzen habe. Auch mit den modernsten Mitteln könnten Schmerzen nicht objektiviert werden. Pathophysiologisch liessen sich die Beschwerden durch Vernarbungen und Nervenschädigungen aber durchaus erklären. Diese Nervenläsionen würden meist therapieresistente stechende, brennende Schmerzen verursachen. Interessanterweise habe während der Probestimulation die äussere

Hälfte der rechten Leiste abgedeckt werden können, der mediale Leistenbereich habe sich aber nicht stimulieren lassen. Dies könne als Hinweis dafür gewertet werden, dass im Versorgungsgebiet des resezierten Nervus ilioinguinalis ein Deafferenzierungsschmerz bestehe. Es sei mehr als nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden in seiner beruflichen Tätigkeit als Gemüsebauer stark beeinträchtigt sei (act. G 4.1/2). b) Im Wesentlichen lässt der Beschwerdeführer mit Bezug auf die zitierten Arztberichte und –zeugnisse nun vorbringen, sämtliche seit 1997 behandelnden und untersuchenden Ärzten würden davon ausgehen, dass beim Beschwerdeführer keine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit vorliege, schon gar nicht in seiner angestammten Tätigkeit als Gemüsebauer. Lediglich die MEDAS komme zu diesem Schluss. Dr. A.____, Dr. B.____, Dr. J.____ und Dr. D.____ würden allesamt nicht am tatsächlichen Vorliegen eines nach einer durchgeführten Leistenbruchoperation typischen Schmerzsyndroms zweifeln. Dr. A.____ spreche von Deafferenzierungsschmerzen, wobei es sich um Schmerzen handle, welche tatsächlich empfunden würden, für welche es rein pathologisch aber keine Erklärung gebe. Entgegen der Ansicht der MEDAS seien beim Beschwerdeführer damit sehr wohl somatische Beschwerden und nicht etwa eine somatoforme Schmerzstörung und damit eine psychische Störung vorhanden. Läge tatsächlich eine psychische Problematik vor, so wären kaum so viele Operationen und Therapieversuche veranstaltet worden. Vielmehr hätte es dann gereicht, einfach eine Psychotherapie durchzuführen. Auf das MEDAS-Gutachten könne somit nicht abgestellt werden, da es medizinisch fehlerhaft sei. Einerseits beruhe es nicht auf umfassenden Abklärungen, andererseits würden nicht alle Vorbefunde berücksichtigt. Ausserdem seien die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht nachvollziehbar. Aus diesem Grund sei eine neue Begutachtung durchzuführen, diesmal unter Berücksichtigung der somatischen Befunde. Das Gutachten sei von einem Spezialisten auszufertigen, welcher sich mit dem Schmerzsyndrom nach einer Leistenbruchoperation auskenne (act. G 1; G 4 S. 3). c) Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die bestehende medizinische Aktenlage einen abschliessenden Entscheid über den Invaliditätsgrad erlaubt. Nachdem die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt massgebend auf das MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 abgestellt hat, ist zunächst dieses Gutachten hinsichtlich seiner Zuverlässigkeit bzw. der Anforderungen der Rechtsprechung an ein solches zu überprüfen. Dabei wird auch die Frage zu beantworten sein, ob der Beschwerdeführer ein weiteres Mal zu begutachten ist.

E. 3

a) Das MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 erfüllt die formellen Kriterien an ein medizinisches Gutachten, insbesondere berücksichtigt es sämtliche wesentlichen Akten, erhebt eine ausführliche Anamnese unter Einbezug der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, basiert auf zusätzlich durchgeführten Untersuchungen bzw. den gestützt darauf erhobenen Befunden sowie Beurteilungen und beantwortet die gestellten Fragen anschliessend an die gutachterliche Diskussion/Beurteilung (vgl. zum Aufbau eines Gutachtens UELI KIESER, Die rechtliche Würdigung von medizinischen Gutachten, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 145 f.). Im Zusammenhang mit den von der MEDAS durchgeführten Untersuchungen ist allerdings auf zwei Punkte hinzuweisen, auf welche der Beschwerdeführer bereits aufmerksam gemacht hat (vgl. act. G 6.1/48 S. 4; G 1.2/5). Erstens stellt sich die Frage, weshalb keine chirurgische Untersuchung stattgefunden hat, nachdem die Beschwerden durch einen chirurgischen Eingriff ausgelöst worden sind.

Der zweite Punkt betrifft die Tatsache, dass Lendenwirbelsäule und Hüftgelenk aufgrund der neurologischen Beurteilung uneingeschränkt beweglich sind, was aber nicht mit den geklagten Schmerzen übereinstimmt (Ziff. 4.1.4 des Gutachtens). Aufgrund der Aktenlage ist der Beschwerdeführer gezwungen, ab und zu körperliche Arbeit auf sich zu nehmen (vgl. z.B. act. G 6.1/25). Es ist somit davon auszugehen, dass dies zumindest für eine kurze Zeit möglich ist, bevor er körperliche Arbeiten schmerzbedingt aufgeben muss. Die neurologische Untersuchung fand ausserdem an einem Montag statt. Der Beschwerdeführer hat hierzu ausgeführt, er habe am Tag vor der Untersuchung relativ wenig Schmerzen gehabt, da er sich über das Wochenende geschont, warme Bäder genommen und die Sauna besucht habe. Er habe dies dem Arzt bereits anlässlich der Untersuchung erklärt. Ob die Berücksichtigung dieser beiden Einwendungen zu einer anderen Beurteilung durch die Gutachter geführt hätte, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden und muss deshalb offen bleiben. b) Die Würdigung der medizinischen Aktenlage umfasst nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts auch die Auseinandersetzung mit abweichenden Beurteilungen anderer Ärzte (vgl. Urteil I 645/2005 vom 13. April 2006, E. 2.3), was in Ziffer 6.4 des Gutachtens grundsätzlich auch getan wird. Nicht nachvollziehbar ist nun allerdings die Aussage der Gutachter, bezüglich Befunderhebung würden sie mit sämtlichen früheren Untersuchern übereinstimmen, indem nämlich die Schmerzen und Beschwerden des Exploranden keiner somatisch zu definierenden Ursache zugeordnet werden könnten. Die Ursachen der Schmerzen konnten von den involvierten Ärzten zwar tatsächlich nicht zugeordnet werden, die Mehrheit der früheren Untersucher stellte in somatischer Hinsicht jedoch wie gesehen (vgl. oben, E. II/2/a) eine eindeutige Diagnose, nämlich das Vorliegen eines Ilioinguinalsyndroms bzw. eines chronischen Schmerzsyndroms. Abgesehen davon ist der Hinweis der Gutachter, sie würden insbesondere mit dem langjährigen Hausarzt übereinstimmen, welcher die Beschwerden insgesamt als atypisch und fragwürdig einstufte, nicht stichhaltig, hatte dieser den Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt doch seit zwei Jahren nicht mehr gesehen (vgl. act. G 1.2/5). Insgesamt kann festgehalten werden, dass hinsichtlich der Diagnosestellung und damit auch der Schlussfolgerungen eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 und den übrigen im Recht liegenden Berichten der behandelnden Ärzte besteht.

E. 4

a) Nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts) können Schmerzangaben der versicherten Person allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil I 382/2000 vom 9. Oktober 2001, E. 2b; vgl. auch Urteil I 683/2003 vom 12. März 2004, E. 2.2.2). b) Mit Schreiben vom 30. September 2005 erklärte Dr. E.____ von der MEDAS-Stelle, nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einspracheweise auf die bestehende Diskrepanz in den ärztlichen Beurteilungen hingewiesen hatte, die erwähnten Probleme nach Leistenbruchoperationen seien auch ihnen bekannt. Die neurologischen Untersuchungen könnten dann aber in dieser Situation Befunde erheben, die im Rahmen einer erhöhten Nervenempfindlichkeit (neuropathisches Schmerzsyndrom), die genau dermatomal zuordenbar sei, nachvollziehbar seien. Begleitet würden diese Schmerzauslösungen von vegetativen Symptomen, was bei ihrer Untersuchung nicht der Fall gewesen sei (act. G 6.1/56). Gestützt darauf und mit Bezug auf die eben zitierte

Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts macht die Beschwerdegegnerin nun geltend, die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten sei aufgrund von objektiven Faktoren, namentlich gestützt auf sorgfältig erhobene Befunde, zu bestimmen. Es genüge nicht, wenn für eine Arbeitsunfähigkeit auf die Schmerzsymptomatik abgestützt werde (act. G 6). Aufgrund der durchgeführten Untersuchungen sei lediglich der Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung ohne invalidisierende Wirkung festgestellt worden, nicht aber somatische Beschwerden. Da eine somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit nach der Rechtsprechung im Regelfall nicht beeinträchtigt, sei die Verfügung vom 29. Juli 2005 nicht zu beanstanden (act. G 1.2/1). Dem widersprechen Dr. A. ___ und Dr. B. ___ gerade mit Bezug auf den vorliegenden Fall und kommen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden in seiner beruflichen Tätigkeit als Gemüsebauer stark beeinträchtigt sei, obwohl die Schmerzen objektiv nicht nachweisbar seien (vgl. oben, E. II/2/a). c) Zwar stützen sich die Berichte von Dr. A. ___ und Dr. B. ___ in ihren Beurteilungen tatsächlich in erster Linie auf subjektive Schmerzangaben des Beschwerdeführers. Andererseits ist die Diagnose Ilioinguinalsyndrom bzw. chronisches Schmerzsyndrom nach Angabe von Dr. A. ___ in der medizinischen Literatur beschrieben und kommt nach Leistenbruchoperationen mit einer Häufigkeit von 5-15 % vor (vgl. act. G 1.1/4). Bei einem Ilioinguinalsyndrom bestehen teilweise Kreuz- und Leistenschmerzen, eine schmerzhafte Einschränkung der Hüftinnenrotation und Streckung im Hüftgelenk sowie Schmerzen beim nach vorne Beugen und Gehen. Ausserdem kann es zu Gefühlsstörungen kommen (vgl. etwa <http://www.neuro24.de/glossar/htm> oder <http://www.ilioinguinalis-syndrom.de>, beide besucht am 5. Februar 2007). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Dr. B. ___ mit dem Schmerzsyndrom einhergehende Deafferenzierungsschmerzen vor, bei welchen es sich um Schmerzen handelt, die nach bzw. trotz der Ausschaltung der sensiblen Impulse im ehemaligen Versorgungsgebiet des betroffenen Nervs oder Nervenstammes auftreten. Zu einem solchen Deafferenzierungsschmerz kann es nach jeder Nervendurchtrennung kommen (vgl. <http://www.deafferenzierungsschmerz.de>, besucht am 2. Februar 2007). Aufgrund der medizinischen Akten sind die genannten schmerzhaften Einschränkungen sowie Gefühlsstörungen (vgl. act. G 6.1/35 Ziff. 4.1.1.1) beim Beschwerdeführer wie beschrieben aufgetreten. Ob es sich bei den Leiden des Beschwerdeführers nun jedoch um eine bloss somatoforme Schmerzstörung (Verdacht) handelt oder ob beim von den behandelnden Ärzten diagnostizierten Ilioinguinalsyndrom tatsächlich ein somatisches Leiden und damit ein mit den Schmerzangaben korrelierender, schlüssig feststellbarer Befund im Sinne der zitierten Rechtsprechung vorliegt, kann an dieser Stelle nicht entschieden werden, da diese Beurteilung rein medizinischer Natur ist. Die gegensätzlichen Meinungsäusserungen der behandelnden Ärzte erscheinen dem Gericht jedenfalls als triftig genug, die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vom 30. Mai 2005 in Frage zu stellen. Es bestehen mit anderen Worten ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der von den MEDAS-Gutachtern gezogenen Schlussfolgerungen, insbesondere ob beim Beschwerdeführer wirklich "nur" der Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung vorliegt und tatsächlich keine somatischen Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit existieren. Dies gilt umso mehr, als sich die betreffenden Ärzte im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS-Stelle seit Jahren mit dem Beschwerdeführer beschäftigen und es sich hierbei ebenfalls um Fachspezialisten (Chirurgie bzw. Schmerztherapie) handelt. Auffällig ist ausserdem die Vielzahl der gegensätzlichen Meinungsäusserungen: Anhand der zahlreich vorhandenen Arztberichte wird ersichtlich, dass sich mehrere Ärzte (Dr. A. ___, Dr. C. ___, Dr. B. ___, Dr. D. ___, Dr.

J.____, Dr. I.____) hinsichtlich der somatischen Beschwerden im Wesentlichen einig sind und ihre Beurteilungen der körperlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers (soweit sie sich dazu äussern) kaum voneinander abweichen. Ein Indiz, welches auf eine schwere Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch die gegebenen Schmerzen hindeutet, ist ferner die Tatsache, dass ihm im Januar 2006 operativ eine Schmerzpumpe eingebracht worden ist (vgl. act. G 6.1/63). Mit der Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wird sich deshalb aus den genannten Gründen und weil sich die aktuellsten Berichte der behandelnden Ärzte nicht zum Grad der Arbeitsunfähigkeit äussern, ein Obergutachten zu beschäftigen haben. d) Dieses Gutachten wird sich insbesondere auch zur Frage äussern müssen, ob Schmerzbewältigungsstrategien denkbar sind und gegebenenfalls ob und in welchen Aktivitäten eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist oder nicht. Es erscheint zweckmässig, den Beschwerdeführer erneut polydisziplinär zu begutachten, wobei zumindest chirurgische, neurologische und psychiatrische Untersuchungen vorzunehmen sein werden. Für die chirurgische Begutachtung ist ausserdem auf einen Chirurgen zurückzugreifen, welcher grosse Erfahrung auf dem Gebiet der Leistenbruchoperation sowie ihrer Risiken und unerwünschten Folgen mit sich bringt. Schliesslich ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer in einem früheren Zeitpunkt über Rückenschmerzen beklagt und Dr. C.____ mit Arztbericht vom 12. Mai 2004 auch eine kleinvolumige breitflächige mediane Discushernie L4/5 diagnostiziert hat (act. G 6.1/16 S. 5). In der gesamten gutachterlichen Diskussion der MEDAS wie auch in den Berichten der behandelnden Ärzte ist von diesen Rückenbeschwerden allerdings nie mehr die Rede. Das Obergutachten wird sich deshalb zweckmässigerweise auch darüber zu äussern haben, ob die Leiden des Beschwerdeführers allenfalls mit der Discushernie im Zusammenhang stehen könnten.

E. 5

a) Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 27. März 2006 aufzuheben und die Sache ist zur Anordnung eines Obergutachtens im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Je nach dem konkreten Abklärungsergebnis wird die Beschwerdegegnerin allenfalls noch Eingliederungsmassnahmen zu prüfen haben. b) Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei jedoch Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen gilt nach ständiger Rechtsprechung auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/bb in fine). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 750.-- bis Fr. 7'500.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. Im vorliegenden Fall erscheint unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zu einem nicht unwesentlichen Teil zur Sachverhaltsermittlung beigetragen hat und ihm dadurch überdurchschnittliche Aufwendungen entstanden sind, eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 27. März 2006 aufgehoben und die Sache wird zur Anordnung eines Obergutachtens im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Es werden

keine Gerichtskosten erhoben. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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