

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/72 vom 17. Juli 2008**

Sg Versicherungsgericht, 2008-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2007\\_72](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_72)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/72 du 17 juillet 2008

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/72 del 17 luglio 2008

## **Regeste**

Art. 28 IVG, Art. 7 ATSG, Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV. Prüfung eines Rentengesuchs nach vorausgegangenem rechtskräftiger Rentenverweigerung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Juli 2008, IV 2007/72).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Streitig ist vorliegend, ob beim Beschwerdeführer im Nachgang zur Neuanschuldung vom 6. April 2006, auf welche die Beschwerdegegnerin eintrat und das Gesuch materiell prüfte, eine rentenbegründende Invalidität vorliegt. Dr. A. \_\_\_ bestätigte im Bericht vom 23. Dezember 2002, dass der Beschwerdeführer austerapiert sei. Es bestehe ein Dauerschmerz im Bereich der unteren LWS und eine Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 1. November 2002. Die Arbeitsfähigkeit sei von der MEDAS abzuklären (IV-act. 16). Im polydisziplinären Gutachten vom 25. August 2003 diagnostizierten die Ärzte der Klinik Valens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches thorakolumbospondylogenes Syndrom rechts und eine chronische Periarthropathia humerusscapularis tendinopathica rechts. Als nicht invalidisierend diagnostizierte der von der Klinik Valens beigezogene Psychiater Dr. B. \_\_\_ eine neurotische Störung mit ängstlichen sowie hypochonderischen Zügen, einer verstärkten Schmerzwahrnehmung und übermässigem Schonverhalten seit Jahren. In einer körperlich leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis 20kg und selten vorkommenden Überkopfarbeiten und seltenem Stehen vorgeneigt sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 28).

1.2 Im Bericht vom 26. Januar 2005 hielt Dr. med. D. \_\_\_, Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen, unter anderem fest, beim Beschwerdeführer hätten sich keine Paresen im Bereich der unteren Extremitäten nachweisen lassen. Es sei allenfalls eine Protrusion bei LW5/SW1 ohne neural-komprimierende Befunde vorhanden (IV-act. 63-2/7). Im Austrittsbericht vom 6. April 2006 stellten die Ärzte der Klinik St. Pirminsberg die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Entwicklung mit somatischem Syndrom sowie einer somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 63-4/7ff). Im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 16. September 2006 bestätigte Dr. B. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, das Vorliegen einer neurotischen Störung mit ängstlichen sowie hypochondrischen Zügen, einer verstärkten Schmerzwahrnehmung und eines übermässigen Schonverhaltens. Der Beschwerdeführer zeige die gleiche Haltung und Störungen wie bei der Begutachtung 2003. Er sei voll arbeitsfähig (IV-act. 71). Der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_ hielt am 13. November 2006 fest, der somatische und psychische Gesundheitszustand sei im Vergleich zu 2003 unverändert. Weiterhin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit (IV-act. 75).

## E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer lässt zum einen einwenden, Dr. B.\_\_\_\_ sei befangen, weil er bereits an der Begutachtung in der Klinik Valens im Jahr 2003 mitgewirkt habe. Dazu ist festzuhalten, dass allein die Mitwirkung an einer früheren Begutachtung noch keine Befangenheit des Gutachters zur Folge hat, wenn dieser die Person zu einem späteren Zeitpunkt erneut begutachtet (vgl. AHI-Praxis 1997, 135f). Ganz im Gegenteil erscheint es sinnvoll, den bereits mit der versicherten Person befassten Mediziner zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Arbeitsfähigkeit zu befragen (BGE 132 V 110 E. 7.2.2). Konkrete weitere Anhaltspunkte für eine Befangenheit werden weder geltend gemacht noch sind solche aus den Akten ersichtlich. Im Austrittsbericht der Klinik St. Pirminsberg vom 6. April 2006 werden - zusätzlich zu den im Jahr 2003 durch die Klinik Valens gestellten Diagnosen - eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, wobei bei Klinikaustritt eine deutlich verbesserte Stimmungslage geherrscht habe (IV-act. 63-4/7). In diesem Zusammenhang legte Dr. B.\_\_\_\_ im Gutachten vom 16. September 2006 dar, der Patient werde seit Mai 2005 in der Fachstelle für Sozialpsychiatrie betreut. Er habe weniger einen depressiven, sondern eher einen persönlichkeitsauffälligen Eindruck gemacht. Natürlich sei die soziale Drucksituation unangenehm und könne auch depressive Reaktionen zur Folge haben, doch seien diese nicht invalidisierend. Die Diagnose einer Depression sei nur zwischenzeitlich und druckbedingt und keineswegs als schwer zu bezeichnen. Obwohl er (Dr. B.\_\_\_\_) selbst nicht die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt habe, treffe es zu, dass die Schmerzüberwindung zumutbar sei (IV-act. 71-4/7, 71-7/7). Dr. B.\_\_\_\_ setzte sich somit mit den von Seiten der Klinik St. Pirminsberg gestellten Diagnosen und mit deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auseinander, auch wenn er den Bericht der Klinik nicht explizit erwähnte. Selbst wenn eine depressive Episode und eine somatoforme Schmerzstörung bejaht würden, wäre dem Beschwerdeführer eine Willensanstrengung zur Überwindung derselben zumutbar. Eine Komorbidität im Sinn der Rechtsprechung liegt nicht vor (vgl. BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3). Im Austrittsbericht der Klinik St. Pirminsberg wurde im übrigen keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Schlussfolgerung von Dr. B.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer über genügend Fähigkeiten verfüge, um wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen, ist angesichts der dargelegten Umstände ohne weiteres nachvollziehbar. Soweit eine Rentenbegehrlichkeit den Beschwerdeführer an der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit hindert (IV-act. 71-7/7), ist dies für die Invaliditätsbemessung unbeachtlich. Bei diesem Sachverhalt fehlt es auch an einem Anlass für eine erneute psychiatrische Begutachtung.

2.2 Zur Abklärung der gemäss Angaben des Beschwerdeführers vorhandenen Parästhesien schlugen die Ärzte der Klinik St. Pirminsberg im Bericht vom 6. April 2006 die Vorstellung bei einem Neurologen vor (IV-act. 63-7/7). Bereits im Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 26. Januar 2005 waren jedoch im Rahmen des neurologischen Befundes isolierte Parästhesien im Bereich der unteren Extremitäten abgeklärt und explizit verneint worden (IV-act. 63-2/7). Es besteht kein zureichender Anlass - d.h. allein gestützt auf Angaben des Beschwerdeführers gegenüber den nicht im neurologischen Fachgebiet tätigen Ärzten der Klinik St. Pirminsberg - eine erneute diesbezügliche Abklärung vorzunehmen. Soweit ersichtlich stand den Ärzten der Klinik St. Pirminsberg auch der erwähnte Bericht der Klinik für Neurochirurgie nicht zur Verfügung.

2.3 Hinsichtlich der im Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 26. Januar 2005 erwähnten Exazerbation des vertebra-genen Lokalsyndroms mit einer Protrusion lumbo-sakral (IV-act. 63-3/7) legte der RAD-Arzt und

Rheumatologe Dr. med. E. \_\_\_ am 8. März 2007 dar, Diskusprotrusionen seien sehr häufig und hätten keinen Krankheitswert. Der Begriff der "Exazerbation" eines lokalen LWS-Problems sei eigentlich nicht zutreffend, weil der Beschwerdeführer in der Anamnese selbst berichte, seit Jahren Rückenschmerzen zu haben. Jetzt seien zusätzlich Schmerzen in der ganzen rechten Körperseite (also nicht in der LWS) aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei als Schmerzpatient bekannt. Bei Schmerzpatienten seien solche Äusserungen nichts Aussergewöhnliches und Bestandteil eines chronischen, wellenförmig empfundenen Erlebens. Man könne daraus keine wirkliche Verschlimmerung konstruieren. Ein geradliniges Schmerzempfinden sei nicht die Regel. Dabei könne bei "Wellenerhebungen" nicht automatisch von einer Verschlechterung gesprochen werden; genauso wenig seien "Wellentäler" automatisch einer Verbesserung gleichzusetzen. Diese Dynamik im Schmerzerleben könne im Gutachten der Klinik Valens von 2003 nachgelesen werden: "Schmerzexazerbationen treten ca. einmal wöchentlich auf. Dann müsse er ruhen und abliegen. Die Schmerzen halten dann ca. 2-3 Stunden an" (IV-act. 28-7/23). Zusammenfassend handle es sich um die seit jeher bekannte Schmerzsymptomatik und nicht um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (IV-act. 85). Sodann hielt Dr. C. \_\_\_ in seinem Bericht vom 26. Februar 2007 unter anderem fest, radiologisch komme eine beginnende Chondrose C4/5 und C5/6 (HWS-Bereich) mit Protrusion zur Darstellung. Im MRI vom 16. Februar 2007 werde auch eine Irritation der Wurzel C7 rechts im Neuroforamen gesehen. Die Schmerzen dürften soweit chronifiziert sein, dass der Patient sich wohl nicht mehr einer Arbeit zuwenden möge. Für eine Invalidisierung sei hier sicher der psychiatrische Zustand wegweisend. Aus rein rheumatologischer Sicht sei eine leichte körperliche Arbeit zu 50% und danach gesteigert zu 75-100% möglich (act. G 6.1). In seiner Stellungnahme vom 20. April 2007 hielt RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ dazu fest, die aktuell angegebenen HWS-Beschwerden würden bereits im Gutachten der Klinik Valens von 2003 beschrieben (Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, Schmerzen in der HWS-Muskulatur und Gegenspannen bei der Untersuchung; IV-act. 28-10/23f). Zu der von Dr. C. \_\_\_ ebenfalls diagnostizierten Hill-Sachs-Läsion (Impression des Humeruskopfes) legte der RAD-Arzt dar, diese werde in den Vorakten nicht vermerkt. Jedoch sei die Periarthropathie der rechten Schulter bereits im Gutachten der Klinik Valens von 2003 erwähnt (IV-act. 28-6/13: chronische Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica rechts seit ca. einem Jahr). Das beschriebene Beschwerdebild sei grundsätzlich nicht neu. Es handle sich um einen chronischen Schmerzpatienten mit unterschiedlicher Lokalisation und Intensität von myofaszialen Beschwerden. Entscheidend sei, dass auch Dr. C. \_\_\_ die Arbeitsfähigkeit letztlich in einem rentenausschliessenden Bereich definiere (IV-act. 86). Konkret ist der Zeitraum bis 8. Januar 2007 (Datum der angefochtenen Verfügung) zu prüfen; das letztgenannte Datum bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Prüfungsbefugnis (BGE 121 V 362 Erw. 1b mit Hinweisen). Die vorerwähnten Darlegungen von Dr. E. \_\_\_ sind überzeugend und stimmen im Ergebnis, d.h. hinsichtlich der Auswirkungen der erwähnten somatischen Gegebenheiten auf die Arbeitsfähigkeit, mit denjenigen von Dr. C. \_\_\_ überein, wobei Dr. C. \_\_\_ von der Notwendigkeit einer Angewöhnungsphase mit Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgeht. Eine eigentliche gesundheitliche Verschlechterung oder ein Anlass für eine umfassende medizinische Neuabklärung, wie sie der Beschwerdeführer beantragen lässt, ist somit für den streitigen Zeitraum auch aus dem Bericht von Dr. C. \_\_\_ nicht ersichtlich.

### **E. 3**

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung der Verfügung vom 8. Januar 2007 abzuweisen. Der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten zu tragen. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Dementsprechend erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- auferlegt; diese wird mit dem Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

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