

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/191 vom 2. November 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_191

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/191 du 2 novembre 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/191 del 2 novembre 2009

Regeste

Erneute gerichtliche Beurteilung der Rentenfrage nach vorangegangener Rückweisung der Sache zur medizinischen Abklärung im Verfahren IV 2005/133 (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. November 2009, IV 2008/191).

Erwägungen

E. 1

1.1 Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Mangels einer übergangsrechtlichen Norm rechtfertigt es sich allerdings, für die vor diesem Zeitpunkt massgebenden Verhältnisse (Rentenanspruch mit Anspruchsbeginn bei Anmeldung unter altem Recht) wie bereits im Verfahren IV 2005/133 die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden. 1.2 Betreffend die rechtlichen Ausführungen (Rentenberechtigung, Beweiswert von medizinischen Berichten) wird auf den Entscheid IV 2005/133 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. August 2006, Erw. 2, verwiesen.

E. 2

2.1 Die medizinische Aktenlage, wie sie bis zum Einspracheentscheid vom September 2005 vorgelegen hatte, wurde im Entscheid IV 2005/133 ausführlich wiedergegeben. Darauf wird verwiesen. Im Rahmen der Neubegutachtung durch die MEDAS Ostschweiz im Mai 2007 wurden neue Röntgenbilder der LWS und MRT der HWS erstellt. Betreffend LWS wurde eine leichte Streckhaltung am thorakolumbalen Übergang mit vereinzelt Schmorl'scher Impression LWK1 sichtbar. Ansonsten waren die Bandscheibenräume altersnormal hoch, das Alignment intakt, die ossären Strukturen inklusive Sakroiliakalgelenk unauffällig und ohne degenerativ-reaktive Veränderungen. Wahrscheinlich bestehe eine beginnende Spondylarthrose L4/5 und an der ventralen Deckplatte von L5 wurde eine beginnende verstärkte Sklerosierung festgestellt. Das MRT der HWS machte einen konstitutionell relativ engen Spinalkanal vor allem im unteren HWS-Bereich sichtbar mit Diskusprotrusion C5/6 und praktisch unveränderter kleinvolumiger subligamentärer breitbasiger Hernierung der Bandscheibe C6/7 mit zusätzlicher Einengung des Spinalkanals auf dieser Höhe. Auf der Höhe C4/5 betrage der sagittale Durchmesser maximal 1 cm und auf der Höhe C5/6 ca. 8 mm mit fehlendem Liquorsaum vor allem auf Höhe C5/6 um das Myelon herum. Das zervikale Myelon selbst sei kernspintomographisch normal (IV-act. 169-17). Die Bilder hätten erwartungsgemäss keine die bisherigen Beurteilungen und Schlussfolgerungen beeinflussenden neuen Erkenntnisse ergeben. Die geringen Diskusprotrusionen seien die bildliche Darstellung von Veränderungen, wie sie bei knapp 40% aller Rückengesunden auch noch in einem

grösseren Ausmass gefunden werden könnten (IV-act. 169-23). 2.2 Der Beurteilung im Gutachten ist zu entnehmen, dass sich bei der Untersuchung des Bewegungsapparats im Bereich der Wirbelsäule und des linken Schulterblatts eine nicht übersehbare Aggravation gezeigt habe mit aktiver Gegeninnervation und starken Schmerzäusserungen, sodass die diesbezüglichen Befunde am Bewegungsapparat nur bedingt verwertbar seien. Die Beweglichkeit der HWS sei summarisch für Seitrotation etwa 60° mit inkonstanter Schmerzangabe, der Kinn-Sternum-Abstand bei aktiver Flexion/Extension mit 7/13 cm erheblich eingeschränkt; die Provokationstests aus maximaler Extension/Rotation seien nicht durchführbar. Die palpatorische segmentale Untersuchung gebe keine wesentlichen Irritationszonen, die segmentale Funktionsuntersuchung sei nicht adäquat durchführbar gewesen. Thorakolumbal sei die summarische Untersuchung wegen aktiven Dagegensperrens nicht verwertbar, segmental aus Bauchlage zeigten sich Funktionsstörungen am thorakolumbalen Übergang mit Auslösen von Ausstrahlungen gegen gluteal rechts. Lumbal wurden keine Auffälligkeiten erkannt, es wird jedoch auf lokal umschriebene Druckdolenz am lumbosakralen Übergang rechts und mögliche leichte Hypomobilität des rechten Sakroiliakalgelenks hingewiesen. Die neu angefertigten Laborresultate würden keine Hinweise auf eine serologisch fassbare Entzündung ergeben. Der Medikamentennachweis auf Tramadol und Mirtazapin liege unterhalb der Messgrenze, derjenige auf Mefenaminsäure im untersten Normbereich. Im Urin konnten Benzodiazepine nachgewiesen werden, nicht jedoch Drogen (IV-act. 169-22 f.). Die Gutachter verwiesen auf den durchgehenden roten Faden auch bezüglich Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, den die verschiedenen Beurteilungen im Zeitablauf ergeben würden. Neben Prof. Dr. B.____ seien auch das ZMB und das ABI im Wesentlichen zum Schluss gekommen, dass unter adaptierten Voraussetzungen aus somatischen Gründen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 169-23 f.). 2.3 Der Psychiater C.____ bestätigte weiterhin das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig im Ausmass von leicht- bis mittelgradig. Zudem diagnostizierte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, da in der interdisziplinären Besprechung der geschilderte Schmerz weder durch einen physiologischen Prozess noch eine körperliche Störung vollständig habe erklärt werden können. Die depressive Symptomatik scheine ihm zu wenig schwer, um die Schmerzproblematik im Rahmen einer depressiven Erkrankung erklären zu können. An wesentlichen IV-fremden Faktoren führt der Psychiater neben Sprache, soziokulturellen Faktoren und der Situation auf dem Arbeitsmarkt die familiären Verhältnisse sowie die Motivation des Beschwerdeführers auf. Weder bestehe eine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher schwerer Intensität und Ausprägung, noch seien die anderen qualifizierten Kriterien erfüllt. Es bestehe keine chronische körperliche Begleiterkrankung noch ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. Die rezidivierende depressive Erkrankung habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, die aber höchstens bei 30% in einer dem körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit liege (IV-act. 169-25). Aus gesamtgutachterlicher Sicht wurde schliesslich eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30% attestiert für adaptierte Tätigkeiten (IV-act. 169-27). 2.4 Insgesamt bestätigt das MEDAS-Gutachten im Ergebnis die früheren medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen weitgehend. Die mit Gerichtsentscheid IV 2005/133 vom 21. August 2006 auferlegte Bildgebung der HWS und LWS wurde durchgeführt und ergibt keine Abweichung von den früheren Einschätzungen. Noch immer fehlt demnach weitgehend die Objektivierbarkeit der geklagten Schmerzen; zumindest die Schmerzintensität ist im geschilderten Ausmass nicht nachvollziehbar. Die

MEDAS-Gutachter beobachteten wiederholt Aggravationstendenzen; auch von solchen war bereits in den Vorgutachten die Rede gewesen. Das Gutachten befasst sich ausführlich mit den Vorakten, beruht auf den angezeigten Untersuchungen und erscheint in seinen Schlussfolgerungen und Beurteilungen als schlüssig und nachvollziehbar. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich unterdessen auch für den Juristen als medizinischen Laien als stringent und plausibel.

E. 3

3.1 Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, verwies im Arztbericht vom 12. Januar 2008 auf chronische Schulter-/Nackenbeschwerden und eine schwere chronische Depression. Weder anamnestisch noch klinisch habe sich eine signifikante Änderung des Befundes im Vergleich zu jenem bei der letzten Untersuchung im März 2007 ergeben. Dr. D.____ schlug eine Wiederholung des MRT der HWS und eine Beurteilung bezüglich einer Operationsindikation vor. Die Notwendigkeit einer solchen weiteren Abklärung ergibt sich aus den Akten jedoch nicht. Ob Dr. D.____ die durch die MEDAS veranlasste Bildgebung vom Mai 2007 vorlag, ist seinem Bericht vom 12. Januar 2008 nicht zu entnehmen. Die Gutachter der MEDAS verneinten die Frage der Operationsindikation ebenso wie schon die Vorgutachter. Hinweise auf eine relevante Veränderung liegen nicht vor. Betreffend psychisches Zustandsbild schlug Dr. D.____ eine stationäre Behandlung vor (act. G 1.1.2.2); da er jedoch kein Psychiater ist, ist dies allerdings von vornherein nicht zentral. 3.2 Vom 9. Juni bis 4. Juli 2008 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Klinik St. Pirminsberg auf. Im Kurz-Austrittsbericht vom 4. Juli 2008 wird auf eine rezidivierende depressive Störung, bei Eintritt schwere Episode mit psychotischen Symptomen, und auf einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung hingewiesen. Für die Zeit des stationären Aufenthalts sowie prognostisch weiter bis 20. Juli 2008 sei keine Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Der Beurteilung ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer entgegen dem Anraten seitens der Klinik von Anfang des Aufenthalts an Wochenendurlaube gemacht und sich der wenig veränderten Situation zuhause wiederholt ausgesetzt habe. Insofern habe er sich nicht ausreichend distanzieren können und habe nun den Austritt gefordert. Er wünsche eine ambulante Nachbetreuung, die nach Möglichkeit auch ambulante Ergotherapie und Gruppentherapien beinhalten sollte (act. G 8.1). Auch dieser Bericht lässt nicht auf weiteren Abklärungsbedarf schliessen. Wenngleich offenbar im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung zwischenzeitlich Verschlechterungen auftreten mögen, ist doch nicht anzunehmen, dass im vorliegend massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. April 2008 (vgl. BGE 129 V 167 Erw. 1) in für die vorliegende Beurteilung relevanter Weise eine Veränderung eingetreten ist und die Arbeitsunfähigkeit über das von der MEDAS grundsätzlich anerkannte Ausmass von höchstens 30% hinaus angestiegen sein sollte. Im Rahmen der vorzunehmenden antizipierten Beweiswürdigung (m.w.H. Bundesgerichtsentscheid 8C_77/2008 vom 5. Juni 2008, Erw. 3.2.1) kann auf weitere medizinische Abklärungen folglich verzichtet werden.

E. 4

4.1 Während die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 70% noch von einem Invaliditätsgrad von 30% ausgegangen ist, stellt sie sich in der Beschwerdeantwort auf den Standpunkt, der Invaliditätsgrad betrage 0%, weil abweichend vom MEDAS-Gutachten zumutbarerweise von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Wie es sich damit verhält, kann vorliegend offen bleiben. Selbst wenn man wie in der angefochtenen Verfügung von einer Arbeitsfähigkeit von 70%

ausgehen wollte, ergäbe der Einkommensvergleich doch keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40%. Ein Abzug vom Invalideneinkommen (sog. Leidensabzug) erschiene tendenziell zwar entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin als angezeigt; da ein solcher jedoch ermessensweise 10% nicht überschreiten würde, bliebe der Invaliditätsgrad so oder anders unter 40% (Valideneinkommen Fr. 59'028.-; Invalideneinkommen Fr. 37'188.- = Invaliditätsgrad 37%). Die Rentenverweigerung ist folglich jedenfalls rechtmässig.

E. 5

5.1 Gemäss den obenstehenden Erwägungen ist die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 5.2 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 als angemessen. Sie ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.

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