

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/378 vom 3. August 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2008_378

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/378 du 3 août 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2008/378 del 3 agosto 2009

Regeste

Art. 8 und 28 IVG: Würdigung eines Gutachtens. Rentenanspruch und Anspruch auf berufliche Massnahmen (Arbeitsvermittlung) verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. August 2009, IV 2008/378).

Erwägungen

E. 1

Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Bezüglich der Rechtsanwendung bei einer Prüfung eines allfälligen schon vor dem 1. Januar 2003 entstandenen Anspruchs auf eine Rente der Invalidenversicherung kann auf das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. April 2006 (IV 2005/95) verwiesen werden. Am 1. Januar 2004 sind die neuen Normen der 4. IV-Revision und am 1. Januar 2008 die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des ATSG in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtenen Verfügungen sind am 14. Juli 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 4. und 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht haben. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben.

E. 2

Streitig und zu prüfen ist vorliegend der Anspruch auf eine Rente und allenfalls derjenige auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin hat die beiden Entscheide in separaten Verfahren erlassen. Indem der Vertreter des Beschwerdeführers mit einer

Beschwerdeschrift gegen beide Verfügungen Beschwerde erhebt, beantragt er implizit die Vereinigung der beiden Verfahren. Vorliegend hängen die Streitgegenstände der beiden Verfahren eng zusammen und es stehen sich dieselben Parteien gegenüber. Somit rechtfertigt es sich auch im Sinn der Verfahrensökonomie, die beiden Verfahren zu vereinigen und in einem einzigen Urteil über beide Ansprüche zu befinden.

E. 3

Als ordentlichem Rechtsmittel kommt der Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht Devolutiveffekt zu; die Behandlung der Sache geht also mit Einreichung der Beschwerde auf die Beschwerdeinstanz über. Insoweit ist es dem Versicherungsträger grundsätzlich verwehrt, nach Einreichung der Beschwerde weitere oder zusätzliche Abklärungen vorzunehmen; nach der Rechtsprechung sind lediglich punktuelle Abklärungen (wie z.B. Einholen von Bestätigungen oder Rückfragen) zugelassen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, 2009, Art. 61 Rz 73; mit Hinweis auf BGE 127 V 232 f.). Bei den durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Rückfragen an die Gutachter des ZMB handelt es sich um zulässige punktuelle Abklärungen, weshalb die Stellungnahmen vom 22. Januar 2009 und vom 4. Februar 2009 als Bestandteil des Gutachtens betrachtet werden können.

E. 4.1

Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Nach Art. 41 IVG in der bis 31. Dezember 2002 gültig gewesenen Fassung (seither Art. 17 ATSG) ist die Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert.

E. 4.2

Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die

vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 400 E. 4.1) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen) und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und des Anspruchs auf rechtliches Gehör (SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28 E. 4b mit Hinweisen).

E. 4.3

Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Was Berichte von behandelnden Ärzten und Ärztinnen angeht, so darf diesen nicht zum Vorneherein jede Glaubwürdigkeit abgesprochen werden. Indes muss die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005, E. 4.2). Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte und Ärztinnen nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von behandelnden medizinischen Personen stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte und Ärztinnen bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes bzw. der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärztin einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte bzw. Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützt die ablehnende Rentenverfügung hauptsächlich auf das ZMB-Gutachten vom 20. September 2007. Der Beschwerdeführer wendet hingegen ein,

dass das Gutachten aufgrund formeller und materieller Mängel nicht beweistauglich sei. Zu prüfen ist daher, ob das Gutachten den Anforderungen, wie sie die bundesrechtliche Rechtsprechung aufstellt (vorne E. 4.3), zu genügen vermag.

E. 5.2

Formell bemängelt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass die Gutachter samt ihrer Qualifikation nicht vorgängig bekanntgegeben worden seien und dass die einzige psychiatrische Untersuchung lediglich knapp 30 Minuten gedauert habe.

E. 5.2.1

Bezüglich der Zusammensetzung des Gutachterteams trifft es zu, dass dieses der versicherten Person gestützt auf Art. 44 ATSG bekannt zu geben ist. Diese Bestimmung regelt den Zeitpunkt der Bekanntgabe der Namen der sachverständigen Personen nicht ausdrücklich. Vom Normzweck her ist jedoch von einer vorgängigen Mitteilung auszugehen. Denn nur so wird gewährleistet, dass die Mitwirkungsrechte ihre Funktion erfüllen. Die Bestimmung fordert indessen nicht, dass die Namensnennung gleichzeitig mit der Anordnung der IV-Stelle über die durchzuführen Begutachtung zu erfolgen hat. Ein Zusammenlegen der beiden Mitteilungen ist zwar zweckmässig und rationell, jedoch im Rahmen der Begutachtung durch eine MEDAS aus sachlichen Gründen oftmals nicht praktikabel. Es muss daher genügen, wenn die Namen der Gutachter der versicherten Person erst zu einem späteren Zeitpunkt eröffnet werden. In jedem Fall muss dies aber frühzeitig genug erfolgen, damit sie in der Lage ist, noch vor der eigentlichen Begutachtung ihre Mitwirkungsrechte wahrzunehmen (BGE 132 V 385 f. E. 8.4). Zwar hat der Beschwerdeführer vorliegend erst anlässlich der Begutachtung Kenntnis der einzelnen Begutachtungspersonen erlangt, doch hat er diesbezüglich keine Ausstandsgründe geltend gemacht. Auch im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden keinerlei Einwände gegen die jeweiligen Gutachter geltend gemacht. Unter diesen Umständen ist der Mangel der unterbliebenen Mitteilung jedenfalls als geheilt zu betrachten, ergeben sich doch auch aus den Akten keinerlei Gründe, welche die ZMB-Gutachter als befangen erscheinen lassen.

E. 5.2.2

Was den Einwand einer zeitlich ungenügenden psychiatrischen Untersuchung anbelangt, hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung, wonach es für den Aussagegehalt eines Arztberichts nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen könne, präzisiert. Es führte aus, der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand sei von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig. So sei eine eigentliche Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein könne, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nachfolgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lasse sich also nicht allgemeingültig definieren. Das Bundesgericht habe mit Bezug auf ein forensisches Gutachten zur Frage der Zurechnungsfähigkeit in einem Strafprozess festgehalten, eine sorgfältige Beurteilung könne kaum im Rahmen einer ein- oder zweistündigen Untersuchung eines zuvor unbekanntem Menschen gelingen. Diese Einschätzung sei auf den versicherungsmedizinischen Zusammenhang sinngemäss übertragbar. Wichtigste Grundlage gutachtlicher Schlussfolgerungen sei hier - gegebenenfalls neben

standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Ein Explorationsgespräch von 20 Minuten reiche offensichtlich nicht aus, wenn diese unerlässlichen Kernkomponenten einer umfassenden psychiatrischen Begutachtung zu erheben seien. Die direkte ärztliche Auseinandersetzung mit dem Exploranden rücke erst dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe und sich neue Untersuchungen erübrigten; in einem solchen Fall könne auch ein reines Aktengutachten voll beweiswertig sein (Urteil I 1094/06 des Bundesgerichtes vom 14. November 2007 E. 3.1.1, m.w.H.). Die Angabe über die Dauer des Explorationsgesprächs stammt vom Beschwerdeführer selber, dem Gutachten sind diesbezüglich keine Angaben zu entnehmen. Die kurze Dauer der psychiatrischen Untersuchung von rund 30 Minuten ist durchaus geeignet, Zweifel an der Schlüssigkeit der psychiatrischen Begutachtung zu wecken. Allerdings ist die Untersuchung unter Berücksichtigung der gesamten Umstände zu würdigen. Die Dauer der Exploration relativiert sich dadurch, dass Dr. A.____ nur die fachspezifische Anamnese durchgeführt hat. Die weitere Anamnese wurde von Dr. E.____ durchgeführt. Dr. A.____ war somit bei seiner Einschätzung zweifellos im Besitz der ausführlichen Anamneseerhebung. Im Übrigen war er auch im Besitz sämtlicher Vorakten, insbesondere lagen ihm das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.____, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. August 2003 (IV-act. 48), der Bericht von Dr. B.____ vom 1. September 2005 (IV-act. 125) und der Austrittsbericht der Klinik Valens vom 5. Januar 2006 (IV-act. 176) vor. Bei der Untersuchung von Dr. F.____ und in der Klinik Valens wurden zusätzlich zur Befragung verschiedene Tests durchgeführt. Die Resultate hat Dr. A.____ in seinem Gutachten ebenfalls in die Beurteilung miteinbezogen. Aufgrund der Kenntnis der Vorakten und der eigenen Untersuchung kann gesamthaft betrachtet nicht von einer ungenügenden Begutachtung ausgegangen werden. Die Darlegung der objektiven Befundlage, der fachspezifischen Anamnese und der Einbezug der geklagten subjektiven Beschwerden zeugen von einer hinreichenden Untersuchung. Insbesondere ist aufgrund der medizinischen Aktenlage nicht ersichtlich, dass die Begutachtung einen speziell hohen Zeitaufwand beansprucht hätte. Das Gutachten weist formell keine Mängel auf, die erhebliche Zweifel am Beweiswert zu begründen vermögen. Auf die inhaltliche Würdigung des Gutachtens wird in den folgenden Erwägungen noch eingegangen.

E. 5.3

Inhaltlich rügt der Rechtsvertreter das Gutachten dahingehend, dass sich Dr. A.____ nicht mit abweichenden Auffassungen auseinandergesetzt und bei der Untersuchung Suggestivfragen gestellt habe, beim behandelnden Arzt Dr. B.____ kein Verlaufsbericht eingeholt worden sei und der Beschwerdeführer bei der Untersuchung unter dem Einfluss von Medikamenten gestanden habe. Ausserdem seien bei der orthopädischen Begutachtung nicht alle Röntgen- bzw. MR-Bilder beigezogen und beurteilt worden.

E. 5.3.1

Wie bereits erwähnt war der psychiatrische Gutachter im Zeitpunkt der Beurteilung im Besitz sämtlicher Vorakten. Er führt in seiner Beurteilung aus, dass er im Gegensatz zu Dr. B.____ weder ein depressives noch ein erhebliches Angstsyndrom hätte feststellen können. Vielmehr zeige sich ein eher etwas überheblich wirkender, affektiv ausgeglichener Beschwerdeführer, welcher ohne wesentlich sichtbare affektive Beteiligung seine verschiedenen Schmerzzustände und Behinderungen schildere. Dr. A.____ bezieht in seine Beurteilung auch das Gutachten von Dr. F.____ und die in der Klinik Valens durchgeführten

Testuntersuchungen mit ein. Aufgrund der eigenen Untersuchung und unter Berücksichtigung der erwähnten Aktenlage kommt er dann zum Schluss, dass er die von Dr. B.____ attestierte 80%ige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigen könne. Es bestehe kein psychisches Leiden, welches die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers über das Schmerzerleben hinaus wesentlich beeinträchtigen würde. Abgesehen von subjektiven Angaben des Beschwerdeführers seien keine Hinweise ersichtlich, dass die im Bericht von Dr. B.____ bestehenden Beschwerden heute noch in wesentlichem Ausmass bestehen würden. Er sei vielmehr der Ansicht, dass beim Beschwerdeführer eine gewisse Aggravationstendenz bestehe, dass er sthenisch seine Interessen vertrete und auch finanzielle Überlegungen eine wesentliche Rolle spielen würden. In der Stellungnahme vom 22. Januar 2009 ergänzt Dr. A.____, dass er, entgegen der Arbeitsunfähigkeitsschätzung der Klinik Valens, keine über das Schmerzerleben hinaus gehende Verminderung der Arbeitsfähigkeit attestieren müsse. Bezüglich des affektiven Leidens sei der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung beschwerdefrei gewesen. Damit kann davon ausgegangen werden, dass sich Dr. A.____ mit den wesentlichen ärztlichen Berichten auseinandergesetzt und auch begründet hat, weshalb er keine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestieren könne.

E. 5.3.2

In der Stellungnahme vom 22. Januar 2009 begründet Dr. A.____ nachvollziehbar den Einsatz von Suggestivfragen als durch das Verhalten des Beschwerdeführers veranlasste Untersuchungsmethode.

E. 5.3.3

Den medizinischen Akten ist der Bericht von Dr. B.____ vom 1. September 2005 beigelegt. Von weiteren Auskünften von Dr. B.____ wären keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten gewesen, weshalb vorliegend nicht angezeigt war, weitere Berichte einzuholen, zumal sich die Einschätzungen von Dr. B.____ im Verlauf der Zeit kaum änderten, wie bereits im Urteil vom 26. April 2006 gezeigt wurde (E. 4 b).

E. 5.3.4

Die aktuelle Medikation wurde durch Dr. E.____ erhoben und im Gutachten festgehalten. Dr. A.____ war somit bei seiner Einschätzung bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Besitz der entsprechenden Informationen. Zwar waren die angegebenen Referenzwerte im Gutachten falsch, wie Dr. A.____ am 4. Februar 2009 einräumen musste (IV-act. 184), indessen habe sich dieser Fehler bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewirkt.

E. 5.3.5

In der Stellungnahme vom 22. Januar 2009 halten die Gutachter fest, dass die orthopädischen Befunde im ZMB-Gutachten gleichzustellen seien mit den Befunderhebungen von Prof. Dr. med. G.____, Neurochirurgie KSSG, aus dem Jahr 2004 und Dr. C.____ aus dem Jahr 2005. Im Gegensatz zu Dr. G.____ und Dr. C.____ sei den Gutachtern eine kernspintomographische Untersuchung der LWS vom 17. November 2006 vorgelegen. Der neuere Befund und die Berücksichtigung der Schulterproblematik rechts erkläre den Unterschied zu den früheren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit.

E. 5.3.6

Sodann führen die Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme aus, dass der Beschwerdeführer bei der Anamneseerhebung keine Angaben über eigentliche Folgen der Steissbein-Kontusion aus dem Unfall vom 10. Juli 2006 geltend gemacht habe. Entsprechende Röntgenuntersuchungen des Steissbeins hätten lediglich eine anatomische Variante dieser Region gezeigt, eine Knochenverletzung sei nicht vorgelegen. Auch der klinische Befund bezüglich des Steissbeins sei unauffällig gewesen, es hätte sich lediglich eine Klopfempfindlichkeit am lumbosakralen Übergang gezeigt. Unter diesen Gegebenheiten könne bezüglich des Steissbeins kein anhaltender Gesundheitsschaden aufgeführt werden.

E. 5.4

Insgesamt vermag der Beschwerdeführer keine Mängel vorzubringen, die erhebliche Zweifel an der Beurteilung durch die ZMB-Gutachter auslösen könnten. Das Gutachten ergibt ein stimmiges und vollständiges Bild des Gesundheitszustands, das nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit hinreichende Klarheit über den rechtserheblichen Sachverhalt vermittelt. Die Festlegung des Invaliditätsgrads gestützt auf die im ZMB-Gutachten enthaltene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ist nicht zu beanstanden.

E. 5.5

Dem Antrag des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, es sei ein unabhängiges, gerichtliches, polydisziplinäres Gutachten einzuholen, ist nicht stattzugeben. Der Sachverhalt erscheint als ausreichend abgeklärt. Eine verlässlichere, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit begründende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre auch von weiteren medizinischen Abklärungen nicht zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, E. 1d).

E. 6.1

Zu prüfen bleibt die Ermittlung des Invaliditätsgrads. Das ZMB-Gutachten attestiert dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Die Beschwerdegegnerin hat sich bei der Festlegung des Validen- und Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne der LSE, Anforderungsniveau 4, gestützt. Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bemängelt, es kann auf die diesbezüglichen Ausführungen in der Beschwerdeantwort verwiesen werden. Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte einen Abzug auf dem Invalideneinkommen von 10%. Ein solcher Leidensabzug vom statistischen Durchschnittslohn ist nach der Rechtsprechung gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte bestehen, dass die versicherte Person aufgrund einkommensbeeinflussender Merkmale (wie etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) eine Restarbeitsfähigkeit nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Ein Abzug von 10% erscheint im vorliegenden Fall als angemessen; jedenfalls führt der Beschwerdeführer keinen konkreten Grund an, weshalb ein höherer Leidensabzug bei den gegebenen Verhältnissen anzunehmen wäre. Der Einkommensvergleich ergibt demnach - wie von der Beschwerdegegnerin korrekt ermittelt - einen Invaliditätsgrad im rentenausschliessenden Bereich, weshalb die angefochtene Verfügung vom 14. Juli 2008 nicht zu beanstanden ist.

E. 6.2

Was die beruflichen Massnahmen anbelangt, so sind diese von Gesetzes wegen nicht an einen bestimmten Invaliditätsgrad gebunden. Der Anspruch auf eine bestimmte

Eingliederungsmassnahme der IV setzt voraus, dass sie sich zur Erreichung des von ihr bezweckten Eingliederungsziels eignet; dies nicht nur objektiv mit Bezug auf die Massnahme, sondern auch subjektiv mit Bezug auf die Person des Versicherten. Denn eingliederungswirksam kann eine Massnahme nur sein, wenn der Ansprecher selber wenigstens teilweise eingliederungsfähig ist (AHI 2002 S. 109, m.w.H.). Aus den vorliegenden Akten ist ersichtlich, dass sich der Beschwerdeführer selber als nicht arbeitsfähig betrachtet. Die Beschwerdegegnerin hat die Arbeitsvermittlung mangels subjektiver Vermittlungsfähigkeit somit zu Recht abgeschlossen, auch diese Verfügung vom 14. Juli 2008 ist nicht zu beanstanden.

E. 7.1

Im Sinn der obigen Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 7.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschusses.

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