

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/101 vom 9. März 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_101

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/101 du 9 mars 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/101 del 9 marzo 2011

Regeste

Art. 17 ATSG, Art. 28 IVG: Rentenrevision. Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auch nach zweimaliger Diskushernienoperation nicht nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2011, IV 2009/101).

Erwägungen

E. 1

Angefochten ist die Verfügung vom 23. Februar 2009, die das im April 2008 eingeleitete Revisionsverfahren abgeschlossen hat. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der auch unter dem ATSG massgeblichen Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt dagegen praxismässig keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Ob eine revisionsbegründende Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, die auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108), mit dem Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 E. 2). Seit der hier massgebenden ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 7. Februar 1997 hat keine umfassende Prüfung mehr stattgefunden. Die von den behandelnden Ärzten eingeholten Verlaufsberichte sind knapp und wiesen nicht auf relevante Veränderungen hin. Sie führten daher nicht zu umfassenden weiteren Abklärungen (vgl. IV-act. 114, 122, 127, 132 und 135). Vielmehr ist die halbe Rente jeweils lediglich gestützt auf diese Berichte bestätigt worden. Entsprechend der zitierten Bundesgerichtspraxis ist daher der Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 23. Februar 2009 zu vergleichen mit dem Sachverhalt, wie er sich bis zur ursprünglichen Rentenzusprache 1997 zugetragen hat.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

2.2 Die Beschwerdegegnerin stellt auf das Verlaufsgutachten von Dr. C.____ vom Oktober 2008 ab. Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, sein Gesundheitszustand habe sich sehr verschlechtert. Er habe in den letzten Jahren mehrere Schmerztherapien und Rückenoperationen gehabt und sei ständig in medikamentöser Behandlung. Zusätzlich habe er beidseitige Schulterschmerzen und Schlafstörungen. In seinem Nebenjob von 10% sei er teilweise auf die Hilfe seiner Frau angewiesen. Daher sei für ihn unverständlich, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verändert haben sollte. Das Gutachten von Dr. C.____ sei nicht datiert.

2.3 Vorab ist festzuhalten, dass für den Beweiswert eines Gutachtens das Datum im Gegensatz beispielsweise zur Unterzeichnung des Gutachtens eine untergeordnete Rolle spielt. Die zeitliche Zuordnung ist vorliegend ohne Weiteres möglich, ist doch das Gutachten am 8. Oktober 2008 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen und trägt den entsprechenden Eingangsstempel. Da der Beschwerdeführer am 23. September 2008 von Dr. C.____ untersucht worden ist, ist es in jedem Fall innerhalb von zwei Wochen nach diesem Untersuch entstanden. Unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. C.____ ist nachfolgend die gesundheitliche Entwicklung seit dem MEDAS-Gutachten vom 26. April 1996 zu betrachten.

2.4 Dem Beschwerdeführer war mit Verfügung vom 7. Februar 1997 gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 26. April 1996 eine halbe Rente zugesprochen worden. Wie aus dem MEDAS-Gutachten hervorgeht, litt der Beschwerdeführer bereits damals hauptsächlich an Rückenbeschwerden. Der begutachtende Orthopäde hatte in seinem Konsiliargutachten vom 9. April 1996 angegeben, bei einem Arbeitsunfall mit plötzlicher Belastung der Wirbelsäule am 6. Februar 1987 sei eine Diskushernie L5/S1 akut geworden. Es sei zur operativen Behandlung mit Diskushernien-Resektion und dorsaler Distractionsspondylodese L5/S1 gekommen. In der Folge hätten sich die Beschwerden deutlich gebessert, jedoch belastungsabhängig hätten sie angedauert. Der Beschwerdeführer habe aufgrund wiederholter Arbeitsausfälle mehrere Stellen verloren. Ein Arbeitsversuch als selbständiger Umbau-Unternehmer sei an den Rückenschmerzen gescheitert. Klinisch liessen sich eine endgradig schmerzhafte, kaum eingeschränkte Beweglichkeit des Rumpfes sowie ein fehlender ASR rechts bei ansonsten normalem neurologischem Befund erheben. Als Diagnose hatte der Orthopäde eine chronische Lumboischialgie bei Osteochondrose und leichter Spondylarthrose L5/S1 genannt. Die lumbovertbrale Computertomographie vom 28. Dezember 1995 hatte eine leichte mediane Diskusprotrusion auf Höhe L3/4 ohne Beeinträchtigung des Duralschlauchs und auf Höhe L4/5 eine diskrete Bandscheibenprotrusion mit Verdrängung des Duralschlauchs nach dorsal, aber ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzel gezeigt. Für einen körperlich schwer belastenden Beruf

sei der Beschwerdeführer nicht mehr einsetzbar. In einem rückengerechten Beruf, bei dem die Möglichkeit zum Positionswechsel zwischen stehender, gehender und sitzender Tätigkeit bestehe und bei dem keine grösseren Lasten gehoben werden müssten und Arbeiten in vorgeneigten Stellung vermieden werden könne, sei ein 50%iger Einsatz möglich (IV-act. 92-34/37 f.).

2.5 Bereits am 12. Mai 2006 hatte der Beschwerdeführer im Fragebogen zur Revision der Invalidenrente angegeben, nach seiner zweiten Operation (2004) wäre eine IV-Abklärung angebracht, da sich der Zustand fortgehend verschlimmere. Er leide vermehrt an stärkeren Rückenschmerzen, Schlaf- und Gefühlsstörungen (IV-act. 129). Der Hausarzt Dr. B. ___ hatte in seinem Bericht vom 23. Mai 2006 ein Rezidiv einer Diskushernie L4/5 mit Zehenheberschwäche links durch Sequester bestätigt. Im August 2004 sei eine Nukleotomie durchgeführt worden. Der Gesundheitszustand sei stationär (IV-act. 132). In seinem Bericht vom 1. Mai 2007 hatte der Hausarzt vom Auftreten eines erneuten Rezidivs L4/5 im März 2007 berichtet. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Beschwerdeführer gehe keiner geregelten Arbeit nach. Gelegentlich würden Haushaltsarbeiten, Gärtnern und Rasenmähen ausgeübt. Eine sitzende Tätigkeit ohne Rückenbelastung in wechselnden Haltungen sei etwa zu 50% zumutbar (IV-act. 135). Der Invaliditätsgrad ist deshalb von der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2007 als unverändert beurteilt worden (IV-act. 136). Der Beschwerdeführer hat sich gegen diese Beurteilung nicht gewehrt.

2.6 Erst mit Bericht vom 19. März 2008 hat der Hausarzt retrospektiv eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2007 attestiert (IV-act. 137). Am 30. Januar 2008 war der Beschwerdeführer erneut am Rücken wegen eines Bandscheiben-Rezidivs L4/5 operiert worden. Die konservative Behandlung der am 20. Juni 2006 und 25. Mai 2007 mit einer vertebro-spinalen Kernspintomographie festgestellten grossvolumigen Diskushernie L4/5 (IV-act. 138-10/17 und 11/17) mittels Nerveninfiltration (IV-act. 138- 9/17, 10/17, 12/17, 13/17) und Medikation (IV-act. 138-6/17) hatte zu keiner Verbesserung der Schmerzen geführt. Der Beschwerdeführer hatte vor der Operation leichte Schmerzen im Lumbalbereich links und ausstrahlende Schmerzen im dorsalen und medialen Oberschenkel, im lateralen Oberschenkel und im lateralen Fussrist angegeben (IV-act. 138-3/17). Gemäss Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. Februar 2008 ist die Operation komplikationslos verlaufen. Die Schmerzen seien postoperativ regredient und bei Austritt sei der Beschwerdeführer mit oralen Analgetika nahezu schmerzfrei gewesen. Neurologische Defizite waren nach dem Eingriff keine zu verzeichnen (IV-act. 138-4/17). Am 13. März 2008 hat der Beschwerdeführer den Ärzten der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtet, dass es ihm gut gehe. Er habe nur abends gelegentlich ein leichtes Ziehen und noch Muskelverkrampfungen im Bereich des linken Gesässes sowie paravertebral. Neurologisch haben die Ärzte keine Paresen im Bereich der unteren Extremitäten mehr festgestellt. Die Behandlung wurde abgeschlossen (IV-act. 138-17/17). Gemäss Bericht des Hausarztes vom 16. Mai 2008 traten schliesslich aber wieder ziehende Schmerzen in der linken Wade auf. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass trotz Operation der erreichte Zustand bezüglich Schmerzen unbefriedigend sei und dass sich seine Einschränkungen im Alltag verstärkt hätten. Der Hausarzt hat die Frage, ob in einer rückenadaptierten Tätigkeit eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, mit "ja" beantwortet und "über 50%" ergänzt (IV-act. 144).

2.7 Dem Verlaufsgutachten von Dr. C. ___ (Posteingang 8. Oktober 2008) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben hat, dass sich nach der Operation am 30. Januar 2008 im weiteren Verlauf wieder ein Ziehen im linken Unterschenkel und Zuckungen im Fuss und über dem Rist bemerkbar gemacht hätten und er wiederum an lumbalen Rückenschmerzen

leide. Zwischendurch komme auch ein Kribbeln im Oberschenkel vor. Daneben habe er Krämpfe im rechten Bein. Gelegentlich bestehe ein Taubheitsgefühl. Die Nachtruhe sei gestört (IV-act. 149-4/10). Sodann hat der Beschwerdeführer seit vier bis fünf Monaten stärkere Schulterschmerzen auf der rechten dominanten Seite vor allem beim Rückführen des Armes und Anheben über der Horizontale erwähnt (IV-act. 149-2/10). Gemäss der Berufsanamnese hat der Beschwerdeführer nach der ersten Rückenoperation 1988 als Hauswart und Chauffeur gearbeitet. Seit gut 15 Jahren arbeite er zu 10% als Hauswart in zwei Häusern mit je vier Wohnungen, wo er die wöchentlichen Treppenhausreinigen, Umgebungsreinigungen und gelegentlich kleinere Reparaturen ausführen müsse (IV-act. 149/2/10 f.). Dr. C.____ hat von einer Spondylodese L5/S1, einer zweimaligen Diskushernienoperation L4/5 2004 und 1/08, einer Osteochondrose der LWS, nicht komprimittierenden Diskushernien L2 bis L4, einer verheilten OSG-Fraktur links sowie einem angeborenen Herzfehler (Pulmonalstenose) berichtet. In seiner Beurteilung hat er ausgeführt, seit der letzten Begutachtung habe im Segment L4/5 zweimal eine Diskushernie operiert werden müssen. Dies müsse allerdings keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeuten. Wichtig für das Beschwerdebild seien auch die übrigen Bandscheiben, wo im Januar 2008 eine Osteochondrose festgestellt worden sei. Die therapeutischen Möglichkeiten seien begrenzt. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine früher diskutierte Instabilität vor. Die Beschwerdeursache seien die degenerativen Veränderungen der ganzen Wirbelsäule, wie sie schon anlässlich der ersten Operation in Form von Höhenminderungen der Bandscheiben vermutet worden seien. Für den Beschwerdeführer sei belastend, dass trotz geringster Arbeitstätigkeit zweimal Beschwerdezunahmen mit nachfolgender Operation erfolgt seien. Dies schein ihn davon abzuhalten, eine höhere Leistung zu erbringen. Eine grössere Belastung der Wirbelsäule bedeute kein rascheres Fortschreiten der Abnützungen (IV-act. 149-8/10 f.). Die Nachtruhe sei möglicherweise durch die Schulterbeschwerden gestört (IV-act. 149-2/10). Bezüglich Arbeitsfähigkeit seien die gleichen Forderungen an den Rücken zu stellen wie früher: Keine Arbeiten in Zwangshaltungen in Inklinatation oder Reklination, kein wiederholtes Lastenheben über 10 kg und keine Immobilisierung im Stehen oder Sitzen über eine Stunde. Neu seien jetzt Überkopfarbeiten mit dem rechten dominanten Arm nicht mehr möglich. Dadurch entstehe bei der jetzigen Tätigkeit aber keine zusätzliche Einschränkung. Bei Beschwerdezunahme müsste aber eine Abklärung mit Kernspintomographie oder diagnostischer Infiltration erfolgen. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Isolierer sei nicht möglich. Hingegen könne eine Hauswarttätigkeit zu 50% zugemutet werden, wenn die Arbeiten zeitlich beschwerdeangepasst ausgeführt werden könnten (IV-act. 149-9/10).

2.8 Wie aus den Akten hervorgeht, waren bereits im MEDAS-Gutachten von 1996 eine chronische Lumboischialgie bei Osteochondrose sowie eine leichte Diskusprotrusionen auf der Höhe L3/4 und L4/5 ohne Nervenwurzelkompressionen festgestellt worden. Die Osteochondrose sowie geringe, nicht kompromittierende Diskushernien L2/3 und L3/4 sind im Januar 2008 bestätigt worden (IV-act. 138-8/17). Die 2004 und 2006 festgestellte Diskushernie L4/5 ist zweimal operativ behandelt worden. Mit den Operationen konnten die mit den Diskushernien zusammen auftretenden Nervenkompressionen offenbar jeweils aufgehoben werden. Für eine kurze Zeit ist der Beschwerdeführer nach der Operation zu 100% arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 138-4/17). Der Gesundheitszustand hat sich nach der Operation vom 30. Januar 2008 insofern gebessert, als durch die Entfernung der Nervenwurzelkompression eine Schmerzfreiheit erreicht werden konnte. Aktuell beklagt der Beschwerdeführer wieder mehr Schmerzen. Nach der gutachterlichen Beurteilung sind

dafür die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule auslösend. Neurologisch konnten keine Defizite mehr festgestellt werden. Der Gesundheitszustand präsentiert sich daher, wie der Gutachter kurz, aber nachvollziehbar darlegt, nur unwesentlich schlechter als zum Zeitpunkt der Referenzbegutachtung im April 1996. 2.9 Im Gegensatz zum subjektiven Schmerzempfinden einer versicherten Person mit daraus allenfalls resultierender Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung bezieht der begutachtende Arzt die Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung ein, das heisst, er beurteilt, ob trotz der vorhandenen Schmerzen unter Berücksichtigung von qualitativen Einschränkungen wie Gewichtsbeschränkung oder Wechselbelastung eine, allenfalls auch nur teilweise, Arbeitstätigkeit zugemutet werden kann. Vorliegend ist auch bei fortschreitender Degeneration der Lendenwirbelsäule die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf 50% geschätzt worden. Auch der Hausarzt hatte in seinen Berichten vom 1. Mai 2007 (IV-act. 135) und 16. Mai 2008 die Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit auf 50% festgesetzt (IV-act. 144). Einzig im Bericht vom 19. März 2008 hat der Hausarzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2007 angegeben (IV-act. 137), ohne jedoch zu bezeichnen, ob er damit die Arbeitsfähigkeit in der angestammten körperlich schweren Tätigkeit oder in einer rückenadaptierten Tätigkeit gemeint hat. Da der Hausarzt bereits im Verlaufsbericht vom 16. Mai 2008 wiederum eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit als zumutbar erachtet hat, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich die im März 2008 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf eine körperlich schwere Tätigkeit beziehen muss. Die zusätzlichen Schulterbeschwerden hat Dr. C. ___ in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen. Neu sind auch Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar. Dies schränkt den Beschwerdeführer jedoch nur qualitativ in der Arbeitsfähigkeit ein, indem sich der Fächer an geeigneten Tätigkeiten etwas mehr einengt. Eine zusätzliche quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf über 50% kann damit aber nicht begründet werden. Auch die ständige Medikamenteneinnahme, die gemäss Bericht des Hausarztes vom 4. März 2009 hat verdoppelt werden müssen (act. G 1.2), bedingt keine 50% übersteigende Arbeitsunfähigkeit. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, der Dr. B. ___ in seinen Feststellungen vom 4. März 2009 übrigens nicht widersprach, erweist sich als schlüssig.

E. 2.10

Zusammenfassend kann auf das Gutachten von Dr. C. ___ abgestellt werden. Es ist sorgfältig abgefasst und in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist nachvollziehbar und leuchtet in seinen Schlussfolgerungen ein. Somit erfüllt es die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Demgemäss ist der Beschwerdeführer in der bisherigen und in anderen schweren Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Tätigkeit nach wie vor zu 50% arbeitsfähig. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat bis auf die Schulterbeschwerden, welche aber die Arbeitsfähigkeit quantitativ nicht zusätzlich einschränken, nicht objektiviert werden können. Somit liegt kein Revisionsgrund vor. Der Invaliditätsgrad beträgt daher unverändert 53%. Ein neuer Einkommensvergleich ist nicht durchzuführen. Die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches ist daher zu Recht erfolgt.

E. 3

Demzufolge ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im

Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Diese sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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