

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/4 vom 9. Juni 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_4

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/4 du 9 juin 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/4 del 9 giugno 2009

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung. Anforderungen an medizinische Gutachten. Nach zweimaliger Begutachtung durch das ABI zeigen MRI-Bilder sowie die Diagnostizierung eines Morbus Menière eine zumindest teilweise Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden. Rückweisung zur Neubegutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juni 2009, IV 2009/4).

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) die im Folgenden zitierten, bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden. 1.2 Mit der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2008 hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. Juni 2007 eine Viertelsrente zugesprochen. Der Beschwerdeführer lässt die Zuspreehung einer höheren Rente (ab einem früheren Zeitpunkt) beantragen. Strittig ist demnach zunächst der Rentenanspruch. Zum Streitgegenstand gehört aber notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet hat.

E. 2

2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er 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. 2.2 Um 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 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

E. 3

Nachfolgend ist auf die medizinische Aktenlage einzugehen.

E. 3.1.1

Im ersten ABI-Gutachten vom 14. April 2005 erwähnte der orthopädische Teilgutachter unter Verweis auf einen nicht näher bezeichneten Bericht über eine MR-Tomographie am KSSG Diskusdegenerationen auf mehreren Ebenen ohne sichere Zeichen einer Kompression neuraler Strukturen. Knöcherne Strukturanomalien oder Zeichen einer Instabilität lägen nicht vor, was sich gut mit dem klinischen Befund in Übereinstimmung bringen lasse. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden würden sich durch die objektivierbaren Befunde aus somatischer Sicht nur sehr unzureichend erklären lassen. Insbesondere müsse der Verdacht auf eine erhebliche Selbstlimitierung gestellt werden. Festgehalten wurden darüber hinaus Hinweise des Beschwerdeführers auf Schwindel, Übelkeit und zeitweiliges Schwarzsehen (IV-act. 82-12). Auffällig ist, dass dem Gutachter offenbar kein einziges Röntgen- oder sonstiges Bild vorlag. Er hielt fest, dass ein für den 9. März 2004 (gemeint wohl: 2005) geplantes MRT nicht stattgefunden habe. Aufgrund der schon seit langem bestehenden, weitgehend unveränderten Beschwerden und der fehlenden klinischen Hinweise auf das Vorliegen einer neurologischen Ausfallsymptomatik sei allerdings fraglich, ob durch eine weitere MRT neue Erkenntnisse gewonnen werden könnten (IV-act. 82-11).

E. 3.1.2

Im zweiten ABI-Gutachten vom 9. Mai 2006 wurde offenbar Einblick in MRI-Bilder der LWS vom 13. Mai 2004 genommen und eine diskrete Dehydratation der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 beschrieben. Weiter wurde auf eine Diskusprotrusion L4/5 rechtsbetont sowie L5/S1 verwiesen ohne relevante Myelon- oder Neurokompression insbesondere nicht linksseitig (IV-act. 145-14). Erneut wurde das Schmerzverhalten als überwiegend inadäquat und ungewöhnlich beschrieben. Der orthopädische Teilgutachter erkannte ein deutliches Aggravationsverhalten mit wechselnden Befunden bei bewusster und unbewusster Untersuchung mit Ablenkungsmanöver. Die vorgesehene, schliesslich aber nicht durchgeführte MRI-Bildgebung vom April 2005 sei irrelevant, da auch bei einer möglichen Foraminalstenose mit Konsequenzen eine entsprechende Neurologie sowie auch typische Schmerzausbreitung vorliegen müsste (IV-act. 145- 15 f.).

E. 3.1.3

Aufgrund der Klaustrophobie des Beschwerdeführers wurde die Kernspintomographie der Wirbelsäule schliesslich am 17. August 2006 unter Narkose durchgeführt. Es zeigten sich dehydrierte Disci in den Lumbalsegmenten L4/5 und L5/S1 mit geringgradig nicht komprimierender breitbasiger Diskushernie. Eine Kompression neuraler Strukturen wurde nicht nachgewiesen (IV-act. 163-7). Ein funktionelles MRI vom 30. August 2007 zeigte eine bei kurzen Pedikeln anlagebedingte Enge des Spinalkanals und der Neuroforamina, eine dehydrierte, nur leicht höhengeminderte Bandscheibe L4/5 mit diskreter Spondylose und einer breitbasigen Protrusion, die zusammen mit den ausgeprägten Hypertrophien der Ligg. flava im Rahmen der Spondylarthrosen zu einer ausgeprägten birezessalen Stenose und einer Einengung des Duralschlauches auf etwa 8mm in den Medianen führe. Zudem finde sich in Höhe L4/5 eine breitbasige foraminale Diskushernie rechts, die an die L4-Wurzel heranreiche, die allerdings noch partiell von einer Fettlamelle umgeben sei (IV-act. 196-5). Dr. D.____ bezeichnete die linksseitigen Beinschmerzen durch diese Befunde am 28. September 2007 als "wohl erklärt" (IV-act. 196-2). Seitens des KSSG wurde am 8. Juli 2008 festgehalten, bei einer Kernspintomographie vom 18. Mai 2007 habe sich eine subligamentäre breitbasige Hernierung der Bandscheibe L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 beidseits und vermuteter intermittierender Nervenwurzelirritation sowie mässige Spondylarthrosen der unteren LWS gezeigt, in der lumbalen Myelographie und im Myelo-CT vom 22. Mai 2007 sei eine bilateral leichte Verkürzung der Nervenwurzel rechtsseitig bei ansonsten sich unauffällig darstellenden Nervenwurzeln und allseits normal weitem Spinalkanal aufgefallen. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom könne einer lumbalen Strukturstörung nicht klar zugeordnet werden (IV-act. 226-2 f.).

E. 3.1.4

Im zweiten ABI-Gutachten vom 9. Mai 2006 war Bildgebung als unnötig betrachtet worden. Die Bilder vom 30. August 2007 zeigten schliesslich jedoch neben einer Diskushernie und anderen Befunden eine ausgeprägte birezessale Stenose. Demgegenüber wird im Bericht des KSSG vom 8. Juli 2008 auf einen normal weiten Spinalkanal verwiesen (IV-act. 226-2). Das funktionelle FMRI vom 30. August 2007, das im FMRI Zentrum in Zürich angefertigt worden war (IV-act. 196-5), lag dem KSSG offenbar nicht vor. Insgesamt ist das Bestehen einer Stenose und damit verbundenen Nervenwurzelkompressionen jedenfalls möglich, wodurch die vom ABI als nicht objektivierbar bezeichneten Schmerzangaben des Beschwerdeführers allenfalls objektiviert werden könnten. Seitens des KSSG wurde nicht zuletzt aus diagnostischen Gründen eine Facettengelenksinfiltration vorgeschlagen. Das erhöht gefundene, hoch sensible Capsel-reaktive Protein (CRP) in Verbindung mit einer anhaltenden Bandscheibendegeneration könne auch Ausdruck einer vermehrten lokalen entzündlichen Reizung sein, wozu seitens des KSSG als therapeutische Option eine Spondylodese, also eine Wirbelkörperversteifung, vorgeschlagen wurde, zumal eine intermittierende Reizung tief lumbaler Nervenwurzeln nicht sicher auszuschliessen sei (IV-act. 226-3). Bei der aktuellen Aktenlage lässt sich nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit beurteilen, ob die Rückensituation des Beschwerdeführers sich einschränkend auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirkt und wenn ja, in welchem Ausmass. Diesbezüglich sind weitere Abklärungen angezeigt, wobei es notwendig scheint, dass im Rahmen der Begutachtung sämtliche MRI-/CT-Aufnahmen verfügbar sind und gegebenenfalls aktuelle Bilder erstellt werden. Dabei ist sinnvollerweise abzuklären, ob die von Prof. Dr. med. F.____ gemäss seinem

Schreiben vom 4. Mai 2009 geplanten MRT- und Röntgenbilder erstellt wurden (vgl. act. G 14.1).

E. 3.2.1

Im Juni 2006, also nur kurze Zeit nach der zweiten ABI-Begutachtung vom April 2006, fand in der HNO-Klinik des KSSG eine Vestibularisabklärung statt, die einen Verdacht auf Morbus Menière links, möglicherweise auch beidseitig, ergab. Die bereits seit einem Unfall 2002 bestehenden Schwindelbeschwerden hätten zugenommen. Wegen massiven Drehschwindels musste der Beschwerdeführer sich wiederholt in der Notfallambulanz des KSSG vorstellen. Gemäss Bericht der HNO-Klinik des KSSG vom 28. Juni 2006 wurde aufgrund der Kraftminderung und Sensibilitätsstörung im Bereich der linken Körperhälfte eine neurologische Untersuchung als angezeigt erachtet (IV-act. 157).

E. 3.2.2

Der ABI-Teilgutachter Dr. C.____ diagnostizierte am 5. Juli 2007 eine vestibulo-cochleäre Funktionsstörung links im Sinn eines Morbus Menière links. Eine Vorhersage über den weiteren Verlauf sei schwierig. Normalerweise seien die Beschwerden progredient mit Zunahme der Anfallhäufigkeit und des Hörverlustes, andererseits kämen sogenannte ausgebrannte Formen vor mit Sistieren der anfallsartigen Drehschwindelbeschwerden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei qualitativ und quantitativ vermindert im Sinn, dass sturzgefährdende Arbeiten und das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeugs für den Beschwerdeführer nicht geeignet seien. Des Weiteren sei eine auditiv qualifizierende Tätigkeit mit höheren auditiven Anforderungen sowie Anforderungen an das Richtungshören nicht geeignet. Ein erhöhter Umgebungsgeräuschpegel mit zusätzlicher Verschlechterung der auditiven Funktion und eine chronische Exposition gegenüber gehörgefährdendem Lärm sollte zudem vermieden werden. In einer derart angepassten Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70% zumutbar (IV-act. 188-5).

E. 3.2.3

Das Gutachten von Dr. C.____ enthält keine Angaben zum Beginn der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter wies darauf hin, bis zu Begutachtung sei es zu drei bis fünf Drehschwindelattacken von drei bis vier Stunden Dauer gekommen, wobei diese auch kürzer oder länger andauern könnten (IV-act. 188-4). Die Ärzte der HNO-Klinik des KSSG berichteten im Schreiben vom 12. Januar 2007 hingegen von bis dato drei Schwindelanfällen von jeweils zwei bis drei Wochen Dauer (IV-act. 176). Dr. C.____ hat sich in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2007 dazu zwar geäussert (IV-act. 202). Ob in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung tatsächlich längerdauernde Schwindelattacken Eingang fanden, ist aber zumindest fraglich. Auch diesbezüglich sind weitere Abklärungen angezeigt.

E. 3.2.4

Bereits bei der ersten ABI-Begutachtungen vom 8. März 2005 hatte der Beschwerdeführer von Schwindel, Übelkeit und Brechreiz sowie Schwarzsehen berichtet (IV-act. 82-9). Diese Angaben hatten jedoch nicht zu einer Abklärung in Richtung Morbus Menière geführt. Auch hier lag also eine organische Ursache vor, die zumindest einen Teil der geklagten Beschwerden wohl zu erklären vermag. Somit erscheint die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit gemäss ABI-Gutachten auch vor diesem Hintergrund nicht als verlässlich.

3.3 Der ABI-Psychiater Dr. H.____ wies im ersten Gutachten vom 14. April 2005 darauf

hin, gemäss den somatischen Untersuchungsbefunden lasse sich die subjektive Krankheitsüberzeugung resp. das Ausmass der Beschwerden nicht objektivieren. Es müsse also von einer psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden ausgegangen werden. Diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung, eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Dazu kämen auch leichte depressive Verstimmungen und Angstgefühle (IV-act. 82-16). Im zweiten ABI-Gutachten vom 9. Mai 2006 wurde ein ähnlicher psychischer Zustand wie bei der Erstbegutachtung bescheinigt (IV-act. 145-19). Demgegenüber hielt Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Arztbericht vom 9. Februar 2008 unter anderem fest, der Beschwerdeführer berichte von ihm immer wieder überkommenden Gewaltphantasien und Aggressionen. Seine Tochter, die zwei Konsultationen beigewohnt habe, habe erzählt, dass der Vater häufiger wie innerlich weggetreten sei, nicht auf Zurufe antworte und sogar auf Rütteln hin kaum reagiere. Daran könne er sich jeweils nicht erinnern. In seiner Beurteilung kam Dr. E.____ zum Schluss, das chronifizierte Schmerzgeschehen in Kombination mit einer Verarbeitungsstörung sowie den konfliktinduzierten Verhaltensweisen des Beschwerdeführers liessen für ihn und für das soziale Arbeitsumfeld jegliche Tätigkeiten als nicht adaptierbar und unzumutbar erscheinen (IV-act. 204-8). Bei der aktuellen Aktenlage kann nicht entschieden werden, ob die psychiatrische Beurteilung der ABI-Gutachter zutreffender ist als jene von Dr. E.____. Insgesamt erscheint es aber jedenfalls als angezeigt, die somatische Seite gemäss den obigen Erläuterungen genauer abzuklären, weil erst im Anschluss daran überhaupt ersichtlich wird, ob und inwieweit ein organisches Korrelat für die Beschwerden vorliegt und inwieweit sich eine Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt haben könnte. Alsdann wird auch die Leistungsfähigkeit in psychischer Hinsicht neu zu beurteilen und eine neue Gesamtsicht einzuholen sein.

3.4 Der Beschwerdeführer lässt im Beschwerdeverfahren die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) beantragen (vgl. act. G 10). Dr. D.____ hielt diesbezüglich am 16. Februar 2009 fest, er wolle den Beschwerdeführer nicht für eine EFL beim KSSG anmelden, da nicht geregelt sei, wer die Kosten übernehmen würde und er mit Sicherheit davon ausgehe, dass dies sowieso scheitern werde (act. G 12.1). Ob es zweckmässig ist, eine EFL durchzuführen, werden sinnvollerweise die den Beschwerdeführer im Rahmen der Rückweisung neu begutachtenden Mediziner entscheiden.

E. 4

Im Anschluss an die von der Beschwerdegegnerin vorzunehmenden weiteren medizinischen Abklärungen wäre gegebenenfalls ein Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen bzw. eine Eingliederungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin neu zu überprüfen. Neben Arbeitsvermittlung, die vorliegend zweifellos sinnvoll wäre, käme möglicherweise die Ausrichtung von Einarbeitungszuschüssen (Art. 18a IVG) in Frage.

E. 5

5.1 Die Beschwerde ist unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2008 teilweise gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere Abklärungen vornehme. Diese haben eine sorgfältige polydisziplinäre medizinische Begutachtung zu beinhalten. Da das ABI sich bereits mehrfach zum Fall geäussert hat, ohne dass es zu einer insgesamt überzeugenden, den Anforderungen an den Beweiswert von Gutachten genügenden Beurteilung gekommen wäre, ist zu empfehlen, die

polydisziplinäre Neubegutachtung bei einem anderen, mit der Sache bisher nicht vorbefassten Begutachtungsinstitut in Auftrag zu geben. Im Anschluss an die medizinische Beurteilung hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen erneut zu überprüfen. 5.2 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. 5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). 5.4 Die am 26. Februar 2009 bewilligte unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) wird bei diesem Verfahrensausgang gegenstandslos. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden: 1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. November 2008 teilweise gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinn der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und anschliessend über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. 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.