

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/23 vom 17. Januar 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_23

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/23 du 17 janvier 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/23 del 17 gennaio 2013

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung MZR-Gutachten. Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint. Gutachterliche Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten beweiskräftig (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2013, IV 2011/23).

Erwägungen

E. 1

1.1 Zwischen den Parteien ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umstritten.

1.2 Am 1. Januar 2008 sind 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) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 130 V 445; BGE 127 V 466 E. 1; BGE 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Daher ist der vorliegend zu beurteilende Rentenanspruch für die Zeit bis zum 31. Dezember 2007 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen. Sofern nicht ausdrücklich anders erwähnt, werden nachfolgend die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben.

1.3 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.

1.4 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. Hinsichtlich des Beweiswerts 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 der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). 1.5 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden kann und auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1).

E. 2

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2010 auf die gutachterliche Beurteilung des MZR vom 12. März 2010 (act. G 5.1.208), worin mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Symptomatik rechts und eine initiale Coxarthrose links mehr als rechts diagnostiziert und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigt wurden (act. G 5.1.189). Der Beschwerdeführer hält die gutachterliche Einschätzung aus verschiedenen Gründen für nicht beweiskräftig (act. G 1). 2.1 Der Beschwerdeführer bemängelt, dass die Gutachter zu Unrecht das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint hätten (act. G 1, S. 5 f., und G 8, S. 2). 2.1.1 Rechtsprechungsgemäss wird eine posttraumatische Belastungsstörung nur dann als invalidisierend anerkannt, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere (etwa Verwicklung in kriegerische Ereignisse mit dem Erleben unmittelbarer drohender Todesgefahr sowie existenzbedrohende Lager- und Foltererlebnisse) auftritt. Nach der Umschreibung (ICD-10: F43.1) entsteht die posttraumatische Belastungsstörung als eine Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen

würde (Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2012, 8C_223/2012, E. 4.1 mit Hinweisen). 2.1.2 Nach den Angaben des Beschwerdeführers gestaltete sich das Unfallereignis vom 6. November 2003 wie folgt: Man sei auf einer Baustelle mit dem Abrollen eines Kabels von einer schweren Rolle beschäftigt gewesen. Unter Zug habe sich diese plötzlich auf ihn zubewegt, weil sie nicht sachgemäss befestigt und fixiert gewesen sei. Er habe die grosse und schwere Kabelrolle auf sich zukommen sehen. Mit einer geistesgegenwärtigen Reaktion habe er sich derart wegzubewegen versucht, dass er nicht mit dem ganzen Körper zwischen Kabelrolle und Seitenladen der Ladebrücke eingeklemmt worden sei. Dennoch habe ihn die Rolle getroffen. Er sei mit dem Becken kurzzeitig eingeklemmt worden, dann aber zur Seite gestürzt (psychosomatisches Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 15. November 2004, act. G 5.1.12-10). Auch aus der Unfallschilderung des Suva-Berichts vom 1. April 2004 sowie den übrigen Suva-Akten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer eine längere Zeit eingeklemmt gewesen war (act. G 5.2). Zwar gab der Beschwerdeführer später gegenüber den behandelnden medizinischen Fachpersonen teilweise an, er sei über einen längeren Zeitraum hinweg (act. G 5.1.12-7; im Bericht vom 27. Januar 2012 unbesehen übernommen, act. G 12.1) bzw. "mehrere Stunden" (act. G 5.1.164-3) eingeklemmt gewesen. Mit Blick auf die ausführlich wiedergegebene Unfallschilderung im psychosomatischen Konsilium (act. G 5.1.12-10), die übrigen Suva-Akten (act. G 5.2) und nicht zuletzt aufgrund der von den MZR-Gutachtern detailliert dargestellten Unfallschilderung ("ein paar Minuten eingeklemmt gewesen", act. G 5.1.189-88) ist nicht davon auszugehen, der Beschwerdeführer sei während längerer Zeit eingeklemmt gewesen. Der Beschwerdeführer erlitt dabei eine nicht dislozierte Beckenfraktur links (Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 25. November 2003, act. G 5.2). 2.1.3 In einem vergleichbaren Fall (ein gefüllter Betonkübel fiel auf die Beine des Versicherten, der sich dabei Oberschenkelfrakturen beidseits und multiple Weichteilquetschverletzungen zuzog) kam das Bundesgericht zum Schluss, dem Unfallereignis sei zwar eine gewisse Eindrücklichkeit nicht abzuspüren; von einem Ereignis aussergewöhnlicher Schwere sei es jedoch weit entfernt (Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2012, 8C_223/2012, E. 4.1 am Schluss). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint fraglich, ob das - sicherlich eindrückliche - Unfallereignis ein Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere im Sinn der genannten Rechtsprechung darstellt (vgl. vorstehende E. 2.1.1). Der psychiatrische MZR-Gutachter hielt fest, diesbezüglich bestehe Diskussionspielraum (act. G 5.1.189-91). Letztlich kann indessen offen bleiben, ob der erlittene Unfall ein aussergewöhnliches Ereignis darstellt, da die weiteren erforderlichen Diagnosekriterien plausibel ausgeschlossen wurden (act. G 5.1.189-92 und -98). Es gereicht daher der gutachterlichen Einschätzung nicht zum Nachteil, wenn darin das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint wird (vgl. hierzu act. G 5.1.189-98), zumal auch im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 15. November 2004 eine solche ausgeschlossen wurde (act. G 5.1.12-11). Daran ändern auch die davon abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte (vgl. etwa Bericht vom 27. Januar 2012, act. G 12.1) nichts. Ergänzend ist auf das psychosomatische Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 15. November 2004 hinzuweisen, worin festgehalten wurde, der Beschwerdeführer könne sich von den damals erlebten Symptomen abgrenzen, weise deutlich darauf hin, dass dies jetzt kein Problem mehr sei. Ängste seien nicht fassbar gewesen (act. G 5.1.12-10; pathologische Ängste und Zwänge waren auch anlässlich der psychiatrischen Erstbegutachtung vom 15. Oktober 2007 nicht eruierbar, act.

G 5.1.100-41). Gegenüber der Suva gab der Beschwerdeführer am 19. Januar 2005 an, zum Glück keine Albträume mehr zu haben (Bericht vom 19. Januar 2005, act. G 5.2). 2.2 Der Beschwerdeführer bringt ferner vor, die Gutachter hätten die depressive Problematik nicht sorgfältig abgeklärt (act. G 1, S. 7 und S. 9). 2.2.1 Anlässlich der psychiatrischen Erstbegutachtung im MZR vom 15. Oktober 2007 gab der Beschwerdeführer an, er sei zwar seit dem Unfall durch die Schmerzen nervöser geworden, fühle sich auch manchmal deprimiert, eigentlich psychisch krank fühle er sich aber nicht (act. G 5.1.100-39). Gestützt auf eine ausführliche, nachvollziehbare Befunderhebung (act. G 5.1.100-40 f.) kam der psychiatrische Erstbegutachter zum Schluss, dass lediglich Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0) bestünden, die zu keiner Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen würden (act. G 5.1.100-42). Es bestehe eine leichte depressive Restsymptomatik im Sinn einer depressiven Verstimmung. Die Diagnosekriterien für eine depressive Episode seien nicht erfüllt (act. G 5.1.100-42). Auch Dr. G.____ benannte bei der psychischen Problematik keine Depression sondern eine dysfunktionale Anpassung an die Schmerzen und Symptomausweitung (Bericht vom 22. November 2005, act. G 5.1.59-1). Die gutachterliche Sichtweise wird auch durch das psychosomatische Konsilium der Rehaklinik Bellikon bekräftigt, wonach eine depressive Reaktion nicht fassbar gewesen sei (act. G 5.1.12-11; "Grundstimmung verhalten", "nicht eigentlich depressiv", act. G 5.1.12-10). Im Bericht der Klinik Valens vom 27. Oktober 2006 finden sich ebenfalls keine Hinweise für eine Depression ("Grundstimmung unauffällig", "schmerzbedingt vermindertes Allgemeinbefinden", act. G 5.1.76-9). Die Verneinung eines depressiven Leidens im MZR-Erstgutachten ist nach dem Gesagten schlüssig, zumal sie im Einklang mit der genannten Aktenlage steht. Da der psychiatrische Experte im MZR-Verlaufsgutachten einen grundsätzlich unveränderten Befund beschrieb ("Antrieb war leicht herabgesetzt", act. G 5.1.189-34; zum grundsätzlich unveränderten Gesundheitszustand vgl. auch act. G 5.1.189-43; Sonstige Hinweise auf Abweichungen gegenüber den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung vom 15. Oktober 2007 fänden sich nicht.) und der Beschwerdeführer den Krankheitsverlauf seit der Erstbegutachtung als praktisch unverändert bezeichnete (act. G 5.1.189-15), besteht keine Veranlassung von der psychiatrisch weiterhin bescheinigten 100%igen Arbeitsfähigkeit abzuweichen. 2.2.2 Die gutachterliche Einschätzung wird durch den Bericht der ehemals behandelnden Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2006 nicht in Frage gestellt. Denn darin diagnostizierte sie keine selbstständige Depression sondern eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (act. G 5.1.52). Es ergeben sich daraus auch keine Gesichtspunkte, die von den MZR-Experten übersehen worden wären. Der Bericht von Dr. H.____ wurde ferner von den Gutachtern gewürdigt (act. G 5.1.100-41 f.). Der Beweiswert der psychiatrischen MZR-Teilgutachten wird auch durch den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik B.____ vom 7. März 2008 nicht erschüttert, worin eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) auf dem Hintergrund einer Traumafolgestörung (posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10: F43.1) diagnostiziert wurde (act. G 5.1.112-6). Denn die dort behandelnden psychiatrischen Fachpersonen qualifizierten die depressive Episode als lediglich leicht, was keine entscheidende Abweichung von der vom MZR-Erstgutachter beschriebenen leichten depressiven Restsymptomatik und der Verneinung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (act. G 5.1.100-48) darstellt, zumal bei der Diagnosestellung depressiver Leiden ein - vom Gericht zu respektierender - weiter medizinischer Ermessensspielraum besteht (vgl.

vorstehende E. 1.5). Die im Bericht der Psychiatrischen Klinik B.____ bescheinigte 10%ige Arbeitsfähigkeit ist im Übrigen mit Blick auf die leichte Ausprägung der depressiven Episode sowie des knapp wiedergegebenen Befunds im Rahmen des "Einweisungsgrunds" nicht nachvollziehbar. 2.2.3 Daran vermag die Übernahme dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung durch den ebenfalls behandelnden Dr. D.____ im Bericht vom 28. August 2008 nichts zu ändern, der ebenfalls nicht schlüssig die praktisch vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers darzulegen vermag. Sie ist auch aufgrund des von ihm beschriebenen Befundes ("deprimierte Stimmungslage", act. G 5.1.141) - der sich im Wesentlichen mit demjenigen in der MZR-Erstbegutachtung deckt - nicht naheliegend. Zweifel an der Einschätzung von Dr. D.____ - der den Beschwerdeführer erstmals im Juli 2008 gesehen hat - bestehen auch deshalb, weil er den Beginn des diagnostizierten psychischen Leidens sowie der 80 bis 90%igen Arbeitsunfähigkeit in Abweichung zur einschlägigen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in den Vorakten (vorstehende E. 2.2.1) auf das Jahr 2003 festlegte (vgl. hierzu auch den Verlaufsbericht vom 20. März 2009, act. G 5.1.164-2 und -4, wo Dr. D.____ die Beurteilung allerdings explizit auf die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter bezog). Hinzu kommt, dass die gestellten Diagnosen (namentlich die posttraumatische Belastungsstörung oder die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) nicht näher begründet sind, was den Eindruck der unbesehenen Übernahme der Einschätzung der Psychiatrischen Klinik B.____ verstärkt. Ferner scheint Dr. D.____ bei seiner Beurteilung primär auf die Angaben des Beschwerdeführers - die offenbar nicht näher überprüft wurden - und ein übertrieben dargestelltes Unfallereignis ("mehrere Stunden lang" eingeklemmt; zum Unfallereignis vgl. vorstehende E. 2.1.2) abgestellt zu haben (act. G 5.1.164). Schliesslich sieht Dr. D.____ - wie auch die medizinischen Fachpersonen der Psychiatrischen Klinik B.____ (act. G 5.1.112-6) - eine posttraumatische Belastungsstörung als relevanten Hintergrund (act. G 5.1.141 und G 5.1.164). Das Vorliegen dieser Diagnose bzw. einer entsprechenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist aber - wie bereits erwähnt (vgl. vorstehende E. 2.1.3) - mit den MZR-Experten zu verneinen. 2.2.4 Das zu den Berichten von Dr. D.____ Gesagte gilt im Zusammenhang mit dem Vorliegen einer invalidisierenden Depression gleichermassen für die Stellungnahmen des Medizinischen Zentrums F.____ vom 27. August 2009 (act. G 5.1.179), vom 12. Juli 2010 (act. G 5.1.201) und vom 27. Januar 2012 (act. G 12.1). Auch darin wird primär auf die Aussagen des Beschwerdeführers bzw. von dessen Ehefrau abgestellt (so wurde die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, ohne sie aus medizinischer Sicht zu reflektieren oder einzuordnen, bei der "objektiveren" Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich übernommen, act. G 12.1, S. 6 unten) und die diagnostizierten Leiden sowie die bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit - ohne Auseinandersetzung mit der gegenteiligen Voraktenlage - auf das Jahr 2003 zurückdatiert. Für die in den Berichten des Medizinischen Zentrums F.____ genannten "anamnestisch deutlichere Suizidgedanken/-wünsche" (act. G 12.1; vgl. auch act. G 5.1.179-3) finden sich in den Vorakten - namentlich auch in den Berichten von Dr. D.____ (act. G 5.1.141, "Suizidalität verneint", act. G 5.1.164-3) oder im Bericht der Psychiatrischen Klinik B.____ (act. G 5.1.112-6 ff.) - keine Hinweise, was den Eindruck einer unkritischen Übernahme der subjektiven Einschätzung bestätigt, zumal die behandelnden medizinischen Fachpersonen auch von einem dramatisierten - unkritisch übernommenen - Unfallverlauf ("über einen längeren Zeitraum hinweg" eingeklemmt, act. G 12.1, S. 2; vgl. zum Unfallereignis vorstehende E. 2.1.2) ausgegangen sind. Gegen die Aussagekraft der diagnostizierten "schweren" depressiven Episode (act. G 12.1, S. 2) spricht auch, dass diese nicht näher

begründet wird und mit der eigenen Beurteilung, wo einerseits von einer leichten, an anderer Stelle von einer mittelschweren depressiven Episode die Rede ist (act. G 12.1, S. 3 oben), widersprüchlich erscheint. Die genannten Mängel weisen ferner darauf hin, dass sich die Experten des Medizinischen Zentrums F.____ bei der objektiven Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit nicht von ihrem Behandlungsauftrag lösen konnten.

2.3 Was die gutachterliche Verneinung einer somatoformen Schmerzstörung anbelangt (act. G 5.1.100-50), ist zu berücksichtigen, dass diese Sichtweise bereits zuvor im psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik Bellikon vom 15. November 2004 geteilt wurde (act. G 5.1.12-11; auch im Bericht des KSSG vom 29. August 2006, act. G 5.1.75-16, von Dr. H.____ vom 20. Juni 2006, act. G 5.1.52, sowie der Klinik Valens vom 27. Oktober 2006, act. G 5.1.75-6 f., wurde keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert). Ferner erscheint das Schmerzleiden im diagnostizierten chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Symptomatik (act. G 5.1.189-93) hinreichend berücksichtigt worden zu sein. Selbst wenn eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren wäre, sind die einschlägigen Kriterien (BGE 136 V 281 ff. E. 3.2) für eine ausnahmsweise invalidisierende Wirkung mangels Vorliegens einer psychischen Komorbidität (gestützt auf die gutachterliche Einschätzung ist eine relevante, eigenständige Depression zu verneinen, vgl. vorstehende E. 2.2.1 f.), eines ausgewiesenen sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens (zu den Spaziergängen, den Schwimmbad- und Familienbesuchen und den Reisen in die Heimat des Beschwerdeführers siehe act. G 5.1.171) und mangels Erfüllung des Kriteriums "trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person" (vgl. Bericht der Klinik Valens vom 27. Oktober 2006, wonach der stationäre Aufenthalt bereits nach wenigen Tagen aufgrund fehlenden Rehabilitationspotenzials abgebrochen werden musste: "Patient nicht motiviert", "Leistungsbereitschaft minimal", "nicht auszuschliessende Rentenbegehrlichkeit", act. G 5.1.75-7; zum auffallend inkonsistenten Verhalten vgl. auch act. G 5.1.75-11; vgl. zum fehlenden Rehabilitationspotenzial ["keine der gesetzten Ziele konnte erreicht werden"] und zu den Inkonsistenzen auch den Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Dezember 2004, act. G 5.1.12-5) nicht erfüllt.

2.4 Gegen den somatischen Teil der MZR-Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit führt der Beschwerdeführer ebenfalls die Einschätzung der behandelnden medizinischen Fachpersonen des Medizinischen Zentrums F.____ ins Feld (act. G 1, S. 4 und S. 6, G 8, S. 4, sowie G 12). 2.4.1 Bei den somatisch bezogenen Stellungnahmen des Medizinischen Zentrums F.____ vom 27. August 2009 (act. G 5.1.179), vom 12. Juli 2010 (act. G 5.1.201) und vom 27. Januar 2012 (act. G 12.1) fällt zunächst auf, dass diese im Wesentlichen eine unkritisch übernommene Wiedergabe der Schmerzschilderung des Beschwerdeführers darstellen (zum entsprechenden Eindruck vgl. auch vorstehende E. 2.2.4). Die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde mit der "objektiveren" Beurteilung gleichgesetzt (act. G 12.1, S. 6; "Was vom Pat. geschildert wird, wird auch erlebt und gelebt", act. G 5.1.179-5, wiederholt in act. G 12.1, S. 7). Eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten wurde einzig unter Hinweis auf die Angaben der Ehefrau des Beschwerdeführers verneint. Es fehlt denn auch jegliche kritische Würdigung der Schmerzangaben. Allein aufgrund der in den Vorakten klar und mehrfach ausgewiesenen Verhaltensinkonsistenzen ("sehr schmerzdemonstratives Verhalten", "... im Liegen die Grosszehen ohne Widerstand nach oben zu ziehen, kann nur mit schmerzverzerrtem

Gesicht und Stöhnen durchgeführt werden", "Präsentation völlig inadäquat zu den radiologischen Befunden", act. G 5.1.75-17; vgl. zum sehr demonstrativen inkonsistenten Schmerzverhalten act. G 5.1.75-7 und -11, G 5.1.12-5, G 5.1.100-35 f. und -47, act. G 5.1.189-26 f.; zur "nicht zu übersehenden funktionellen Überlagerung mit Somatisierungstendenz" vgl. act. G 5.1.53-2) wäre eine kritische Haltung gegenüber den Schmerzschilderungen des Beschwerdeführers angezeigt gewesen. Dies umso mehr, als sich auch aus dem Bericht des Medizinischen Zentrums F.____ vom 27. Januar 2012 erhebliche Widersprüche ergeben (unterschiedliche Ergebnisse bei der Lasègue/Pseudolasègue-Prüfung aus anästhesistischer und wirbelsäulenchirurgischer Sicht; Unterschiede bezüglich paravertebraler Hartspann aus wirbelsäulenchirurgischer und rheumatologischer Sicht, act. G 12.1, S. 5). Indem die Experten des Medizinischen Zentrums F.____ ihre Beurteilung primär auf die (fraglichen) Angaben des Beschwerdeführers sowie seiner Ehefrau stützen, sind sie nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung in Frage zu stellen. Zudem scheinen sie bei ihrer Einschätzung zu einem wesentlichen Teil auch krankheitsfremde sowie therapeutische Gesichtspunkte berücksichtigt zu haben, was sich aus der rheumatologischen Einschätzung ergibt, wonach eigentlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, indessen "unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit" des Beschwerdeführers aus "schmerztherapeutischer Sicht" von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (act. G 12.1, S. 7).

2.4.2 Nach Auffassung des Beschwerdeführers haben sich die Gutachter nicht mit der Einschätzung der medizinischen Fachpersonen des Medizinischen Zentrums F.____ vom 27. August 2009 auseinandergesetzt (act. G 1, S. 5 und S. 6). Diese Rüge ist unbegründet. Die MZR-Gutachter haben die Einschätzung der behandelnden medizinischen Fachpersonen nicht nur zur Kenntnis genommen (act. G 5.1.189-7 f. und -40), sondern auch ihre davon abweichende Beurteilung (zur Verneinung einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer somatoformen Schmerzstörung vgl. act. G 5.1.189-42 f. mit Hinweis auf die Feststellungen im Erstgutachten sowie act. G 5.1.189-45 unten, wo auch das Vorliegen einer mittelschweren depressiven Episode verneint wird) - wenn auch teilweise etwas knapp - begründet, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

2.5 Da eine schwergradige foraminale Stenose und eine Nervenwurzelkompression beschrieben worden seien, kritisiert der Beschwerdeführer ferner die gutachterliche Aussage, dass sich die geklagten Beschwerden nur teilweise erklären liessen und dass eine "unlimitierte Arbeitsfähigkeit" von 100% für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe (act. G 1, S. 5, und G 8, S. 3). Diesem Vorbringen ist entgegenzuhalten, dass - nebst den MZR-Gutachtern - auch Dr. G.____ nicht-organische Komponenten beschrieb (Bericht vom 24. September 2004, act. G 5.2) und die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG im Bericht vom 9. Juni 2004 festhielt, die Schmerzen liessen sich aufgrund des klinischen und radiologischen Befunds nicht objektivieren (act. G 5.2). Hinzu kommen die zahlreichen ärztlich festgehaltenen Verhaltensinkonsistenzen (vgl. vorstehende E. 2.4.1). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG bereits im Bericht vom 6. Juli 2004 eine relevante Nervenwurzelkompression ausschloss (act. G 5.2) und die MZR-Gutachter umfassende klinische und bildgebende Abklärungen vornahmen (act. G 5.1.189-79 ff.).

Schliesslich wurde dem Beschwerdeführer auch im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Dezember 2004 für eine leidensangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt (act. G 5.1.12-5), die im Bericht des Medizinischen Zentrums F.____ vom 27. Januar 2012 aus rheumatologischer Sicht - unter Ausblendung "aller Facetten der Persönlichkeit" und schmerztherapeutischer Überlegungen - bestätigt wurde (act. G 12.1,

S. 7). 2.6 Auch aus den übrigen Berichten der behandelnden medizinischen Fachpersonen ergeben sich keine objektiven Gesichtspunkte, die von den MZR-Gutachtern ausser Acht gelassen worden wären. 2.7 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die psychiatrische Begutachtung sei zu kurz gewesen (act. G 1, S. 10). Da der Beschwerdeführer keine entscheidungswesentlichen Gesichtspunkte benennt, die der jeweilige psychiatrische Begutachter übersehen hätte, und weil in den psychiatrischen Teilgutachten die gesamte relevante Voraktenlage verarbeitet wurde sowie der Beschwerdeführer umfassend zu seinem Leiden Stellung nehmen konnte, besteht keine Veranlassung, an der Beweiskraft der beiden psychiatrischen Teilgutachten zu zweifeln. 2.8 Schliesslich bringt der Beschwerdeführer vor, die Gutachter hätten die Frage nach der Verweistätigkeit nicht schlüssig beantwortet (act. G 1, S. 11). Die MZR-Gutachter formulierten eine Verweistätigkeit wie folgt: Dem Leiden optimal angepasste, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne das Tragen und Heben von Lasten körperfern und über 5 kg, ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, über die Armhorizontale hinaus und ohne repetitive stereotype Bewegungsabläufe seien dem Beschwerdeführer zu 100% zumutbar (act. G 5.1.189-99). Diese Umschreibung ist konkret genug und weist im Vergleich zu der im Bericht der Rehaklinik Bellikon vom 1. Dezember 2004 vorgenommenen Definition (vgl. hierzu act. G 5.1.12-5) einen höheren Detaillierungsgrad aus, weshalb darauf ohne weiteres abgestellt werden kann. 2.9 Bei der Würdigung der gutachterlichen Beurteilungen fällt weiter ins Gewicht, dass sie auf eigenständigen Abklärungen beruhen und für die streitigen Belange umfassend sind. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Die Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären. Die Beschwerdegegnerin hat damit der Bestimmung des Invaliditätsgrades in der angefochtenen Verfügung zu Recht die gutachterliche Leistungsfähigkeitsbeurteilung (100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten) zugrunde gelegt.

E. 3

Ausgehend von einer für leidensangepasste Tätigkeiten bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit und mit Blick auf die vom Beschwerdeführer in der Vergangenheit erzielten, im Vergleich zu den LSE-Löhnen tieferen Jahreseinkommen (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, act. G 5.1.4) kann die konkrete Vornahme eines Einkommensvergleichs offen gelassen werden, da selbst im Rahmen eines Prozentvergleichs und bei Gewährung des höchstzulässigen Tabellenlohnabzugs von 25% offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 4.2 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege am 11. März 2011 bewilligt (act. G 7). Wenn seine wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung verpflichtet werden (Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1] i.V.m. Art. 123 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO/CH; SR 272]). 4.3 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

4.4 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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