

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/68 vom 11. August 2014**

Sg Versicherungsgericht, 2014-08-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2012\\_68](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2012_68)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/68 du 11 août 2014

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2012/68 del 11 agosto 2014

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2014, IV 2012/68).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen). 1.2 Gegenstand dieses Verfahrens ist, ob die Beschwerdegegnerin das Erhöhungsgesuch zu Recht abgewiesen hat. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist letztmals anlässlich der Revisionsverfügung vom 4. Juli 2007 materiell geprüft worden. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen dem 4. Juli 2007 und dem 11. Januar 2012 (Zeitpunkt des Verfügungserlasses) derart verändert hat, dass daraus eine Änderung des Invaliditätsgrades resultiert, welche zu einer Änderung des Rentenanspruchs führt.

### **E. 2**

2.1 In medizinischer Hinsicht liegen insbesondere die MEDAS-Gutachten aus den Jahren 2003, 2007 und 2011, der Bericht des behandelnden Arztes Dr. H.\_\_\_\_, drei Berichte der Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_, ein Bericht der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spital I.\_\_\_\_ sowie zwei Berichte der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen im Recht. 2.2 Der Beschwerdeführer hat nach Abschluss des Schriftenwechsels zudem MRI-Berichte des Schädels und der HWS vom 25. November 2013 und einen dazugehörigen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2013 einreichen lassen. Gemäss dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ habe

bezüglich der HWS eine Progression der Erkrankung stattgefunden. Zudem sei der Beschwerdeführer an Gicht erkrankt, habe eine Hüftarthrose und Schlafstörungen. Dem MRI-Bericht der HWS ist hauptsächlich zu entnehmen, dass die Unkarthrose und Retrospondylose im Segment C4/5 beidseits mit linksseitiger Betonung gegenüber einem MRI vom Januar 2010 zugenommen habe. Im Rahmen der 3. MEDAS-Begutachtung am 19. April 2011 ist eine Röntgenaufnahme der HWS gemacht worden, die eine z.T. fortgeschrittene Spondylarthrosis der mittleren und unteren HWS sowie eine Osteochondrosis mit leichter RetroosteoPHYTENbildung gezeigt hat. Im 3. MEDAS-Gutachten ist somit bereits eine Progression der Arthrose der HWS berücksichtigt worden. Die geltend gemachten Schlafstörungen bestehen anamnestisch mindestens seit der 2. MEDAS-Untersuchung im Jahr 2007. Den Akten sind keine Hinweise zu entnehmen, dass sich die Schlafstörungen seit der 2. MEDAS-Untersuchung verschlimmert hätten. Bezüglich der Uratarthropatie ist festzuhalten, dass bei der 3. MEDAS-Untersuchung noch keine Anzeichen des Vorliegens einer solchen Erkrankung haben festgestellt werden können. Der Bericht von Dr. G. \_\_\_ ist zwei Jahre nach Erlass der strittigen Revisionsverfügung erstellt worden. Es besteht daher keine überwiegende Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich die Uratarthropathie zum Verfügungszeitpunkt auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hat. Der Beschwerdeführer hat bereits anlässlich der 3. MEDAS-Untersuchung über Schmerzen in der rechten Hüfte geklagt (IV-act. 187 S. 3). Dem 3. MEDAS-Gutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Beweglichkeitsprüfung der Hüften heftigste lumbale Rückenschmerzen geäußert habe, weshalb das Bewegungsausmass der Hüftgelenke nicht habe bestimmt werden können (IV-act. 187 S. 12). Der Beschwerdeführer leidet unter einem chronifizierten generalisierten Schmerzsyndrom und kann deshalb nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ausüben. Es ist davon auszugehen, dass er ■ insofern eine solche zum Verfügungszeitpunkt überhaupt vorgelegen hat ■ durch die Hüftarthrose nicht noch stärker in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt wird, als er dies ohnehin schon durch die Nacken-, Rücken- und Schulterschmerzen ist. Den nachträglich eingereichten Berichten fehlt es somit an der notwendigen Beweiskraft, eine weitere Reduktion der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen der 3. MEDAS-Begutachtung und dem Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Revisionsverfügung als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen.

### **E. 3**

3.1 Als Nächstes ist zu prüfen, ob zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Revisionsverfügung auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann. 3.2 Der Beschwerdeführer hat einwenden lassen, dass aus verschiedenen Gründen nicht auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt werden könne: Als Erstes hat der Rechtsvertreter vorgebracht, dass der Beschwerdeführer zusätzlich von einem Orthopäden hätte untersucht werden müssen. Einerseits habe Dr. C. \_\_\_ im 1. MEDAS-Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus orthopädischer Sicht festgestellt. Andererseits müsse das Taubheitsgefühl im Daumen und Unterarm bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt werden. Orthopäden wie auch Rheumatologen sind auf Erkrankungen des Bewegungsapparates spezialisiert und somit beide kompetent, die vom Beschwerdeführer geltend gemachten somatischen Beschwerden (Rücken-, Nacken-, Schulter-, Hüft- und Knieschmerzen) fachmännisch zu beurteilen. Weiter stimmen die vom Orthopäden und vom Rheumatologen festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Wesentlichen

überein: Beide diagnostizierten ein Schmerzsyndrom, welches die Arbeitsfähigkeit einschränke. Während der Orthopäde die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht auf 20 % festgelegt hat, hat es der Rheumatologe unterlassen, die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht zu beziffern. In beiden Gutachten kamen die Sachverständigen allerdings zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht von der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht konsumiert werde. Weiter wurde das geltend gemachte Taubheitsgefühl bei der 3. MEDAS-Begutachtung eingehend untersucht und eine leichte bis mässiggradige Polyneuropathie diagnostiziert. Die Gutachter kamen jedoch zum Schluss, dass diese keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe, da weder sensomotorische Defizite noch ein peripheres Nervenentrapment oder eine Affektion des Brachial- oder Lumbosacralplexus hätten festgestellt werden können. Diese Beurteilung erscheint schlüssig und es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb bezüglich der Taubheitsgefühle weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen.

3.3 Als zweites Argument brachte der Rechtsvertreter vor, dass eine EFL hätte durchgeführt werden müssen. Die Überprüfung der Leistungsfähigkeit durch eine EFL bedingt eine aktive Mitwirkung der versicherten Person. Ob eine versicherte Person bei einer EFL mitwirkt, hängt von ihrem Willen und damit davon ab, ob sie sich selbst noch (zu einem gewissen Grad) als leistungsfähig betrachtet. Der Beschwerdeführer hat angegeben, dass er sich zu 100 % arbeitsunfähig fühle. Während der Prüfung des Neurostatus anlässlich der 3. MEDAS-Untersuchung hat der Beschwerdeführer sich geweigert, den Zehen- und Fersengang und die Hocke auszuführen. Zudem konnten aufgrund seines Verhaltens mehrere Tests nicht lege artis durchgeführt werden (Motorik, Resistivtests, Lasèguezeichen und Upper-Limb-Test; IV-act. 187 S. 11 f.). Unter den gegebenen Umständen ist eine EFL offensichtlich nicht geeignet, einen Beitrag zur Schätzung der Arbeitsfähigkeit zu leisten. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf die Durchführung einer EFL verzichtet.

3.4 Der Rechtsvertreter hat sich drittens auf den Standpunkt gestellt, dass alle Foerster-Kriterien erfüllt seien: Es liege eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Dauer und Ausprägung vor und es müsse von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug ausgegangen werden. Die psychiatrischen Behandlungsoptionen seien bereits voll ausgeschöpft. Zudem beweise die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung eine Verschlechterung des psychischen Zustandes. Nach der Rechtsprechung kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3 S. 283) nur ausnahmsweise ein invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG; grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz den subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 S. 355; 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a S. 299 unten). Umstände, die bei Vorliegen eines solchen Krankheitsbildes die Verwertung der verbliebenen Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt als unzumutbar erscheinen lassen können, sind: Eine Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer

Krankheitsgewinn), unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 132 V 65 E. 4.2.2 S. 71; 130 V 352 E 2.2.3 S. 353 ff.; Urteil 9C\_1061/2009 vom 11. März 2010 E. 5.4.3.1.1). Umgekehrt sprechen u.a. eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 131 V 49 E. 2.1 S. 51; Urteil 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 1.1). Die Diagnosen der 2. und der 3. MEDAS-Untersuchung unterscheiden sich insoweit, als in der 2. Begutachtung eine Anpassungsstörung und in der 3. Begutachtung eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden ist. Dr. M.\_\_\_\_ hat im 3. MEDAS-Gutachten darauf hingewiesen, dass sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit der 1. MEDAS-Begutachtung nicht wesentlich verändert habe. Aufgrund des schon länger bestehenden Zustandsbildes mit schwankendem Verlauf müsse inzwischen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden. Eine Anpassungsstörung könne nach einem Verlauf von über zwei Jahren nicht mehr gestellt werden. Während Dr. B.\_\_\_\_ im 2. MEDAS-Gutachten das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, eines ausgeprägten sozialen Rückzugs in allen Lebensbelangen, eines primären Krankheitsgewinns sowie von gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bejaht hat, hat Dr. M.\_\_\_\_ das Vorhandensein dieser Kriterien im 3. MEDAS-Gutachten verneint und die mittelgradige depressive Episode als chronische psychiatrische Begleiterkrankung qualifiziert. Trotz dieser unterschiedlichen psychiatrischen Einschätzungen haben beide Gutachter die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50 % geschätzt. Dies kann nur damit erklärt werden, dass die psychiatrischen Gutachter einen im Wesentlichen unveränderten medizinischen Zustand in Bezug auf die Diagnose, nicht aber in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, anders beurteilt haben.

3.5 Als Nächstes hat der Rechtsvertreter geltend gemacht, dass der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Ärzte ein höheres Gewicht zukommen müsse, da die MEDAS-Gutachter für die Exploration nur etwas mehr als zwei Stunden Zeit gehabt hätten. Es liegt in der Natur der Sache, dass behandelnde Ärzte mehr Zeit mit einer versicherten Person verbringen als ein Sachverständiger, der eine versicherte Person lediglich gutachterlich untersucht. Daraus kann jedoch nicht geschlossen werden, dass der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Ärzte ein höheres Gewicht zukommt bzw. dass deren Einschätzung realitätsnaher ist. Denn aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung und im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenskonflikt (Behandlung versus Begutachtung) ist davon auszugehen, dass behandelnde Ärzte im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Namentlich in umstrittenen Fällen kann deshalb nicht ohne weiteres auf die Angaben eines behandelnden Haus- oder Spezialarztes abgestellt werden (EVGE I 814/03 vom 5. April 2004, E 2.4.2). Des Weiteren verfügen Gutachter in der Regel über mehr Erfahrung hinsichtlich der versicherungsmedizinisch relevanten Arbeitsfähigkeitsschätzung als Haus- und Spezialärzte. So tragen behandelnde Ärzte dem arbeitsfähigkeitsspezifischen Element der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erfahrungsgemäss zu wenig Rechnung. Und schliesslich verfügen in der Regel nur die Gutachter über die vollständigen Vorakten, weshalb ihre Beurteilungen des Gesundheitszustandes regelmässig umfassender ausfallen als jene der Haus- und Spezialärzte. Daraus ergibt sich, dass den

Arbeitsfähigkeitseinschätzungen von unabhängigen Sachverständigen regelmässig ein höherer Beweiswert beigemessen werden muss als jenen der behandelnden Ärzte. Im vorliegenden Fall haben Dr. H.\_\_\_\_ sowie die Psychiatrie-Dienste J.\_\_\_\_ die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf 100 % geschätzt. Die psychiatrischen Gutachter der 2. und 3. MEDAS-Begutachtung kommen demgegenüber zum Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lediglich 50 % betrage. Im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten hat Dr. M.\_\_\_\_ im 3. MEDAS-Gutachten eingehend und schlüssig dargelegt, aus welchen Gründen die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt ist (depressive Symptomatik, Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit, verminderte emotionale Belastbarkeit, verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, Defizite in den sozialen Kompetenzen etc.). Zudem hat er zu den abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte Stellung genommen und die unterschiedlichen Einschätzungen damit begründet, dass behandelnde Ärzte in der Regel psychosoziale Belastungsfaktoren in die Arbeitsfähigkeitseinschätzung einbeziehen würden. Diese Erklärung scheint gerade im vorliegenden Fall als plausibel, da für die depressive Symptomatik auch verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren mitverantwortlich gemacht werden (u.a. Probleme mit Partnerinnen, schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt, Verschuldung; vgl. IV-act. 136 S. 19).

3.6 Aus dem Gesagten lässt sich schliessen, dass keine Gründe ersichtlich sind, die geeignet wären, Zweifel an der aktuellsten Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die MEDAS zu wecken. Für die Diagnosen und die daraus resultierende Arbeitsfähigkeitsschätzung kann daher vollumfänglich auf das 3. MEDAS-Gutachten abgestellt werden. Es ist daher überwiegend wahrscheinlich, dass sich weder der physische noch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenüberprüfung wesentlich verändert hat und damit zwischenzeitlich auch keine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist.

3.7 Der Rechtsvertreter hat schliesslich geltend gemacht, dass ■ falls überhaupt eine Restarbeitsfähigkeit bestehe ■ diese wirtschaftlich nicht mehr verwertbar sei. Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenrevision nicht wesentlich verändert hat, kann sich auch die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verändert haben. Es erübrigt sich deshalb, diese Frage neu zu prüfen.

#### **E. 4**

4.1 Somit muss lediglich noch die Bemessung des Invaliditätsgrads überprüft werden. Die Beschwerdegegnerin hat für die Berechnung des Valideneinkommens auf das Einkommen des Beschwerdeführers als Industrielackierer im Jahr 1998 abgestellt. Das ist problematisch, denn der Beschwerdeführer war im Jahr 1991/1992 zum technischen Kaufmann umgeschult worden (IV-act. 16 und 24). Dabei geht es allerdings nicht um die revisionsrechtlich einzig relevante Frage, ob sich der erhebliche Sachverhalt wesentlich verändert hat, sondern darum, ob bei der ursprünglichen Rentenberechnung von der richtigen Validenkarriere ausgegangen worden ist, d.h. ob das Valideneinkommen richtig beziffert worden ist. Würde sich das Gericht vorliegend mit dieser Frage beschäftigen, würde es unzulässigerweise ein Wiedererwägungselement in ein Rentenrevisionsverfahren einbringen. Aus diesem Grund muss offen gelassen werden, ob die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Valideneinkommens zu Recht auf das Einkommen als Industrielackierer abgestellt hat. Für die Bemessung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin richtigerweise auf den Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebung des Jahres 2009, Lohnniveau 4, Tabelle TA 1, abgestellt; bei der Berechnung hat sie jedoch

versehentlich den Tabellenlohn des Jahres 2008 und nicht jenen des Jahres 2009 beigezogen. Ein Tabellenlohn- und Teilzeitabzug von je 10 % erscheint unter den gegebenen Umständen zwar als grosszügig, liegt jedoch im Rahmen des Ermessens der Beschwerdegegnerin. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 24'494.-- ( $0.5 \times 12 \times 5'103.-- \times 0.8$ ). Daraus resultiert ein IV-Grad von 66 %. Da eine ganze Rente erst ab einem IV-Grad von 70 % zuzusprechen ist, ist die Abweisung des Erhöhungsgesuchs durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

#### **E. 5**

Da der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat (Art. 61 lit. g ATSG e contrario), ist auch dieses Begehren des Beschwerdeführers abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr richtet sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Dieser erweist sich im vorliegenden Fall als durchschnittlich. Die Gerichtsgebühr ist deshalb praxisgemäss auf Fr. 600.-- festzusetzen. Die Gerichtsgebühr ist dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Sie ist durch den vom Beschwerdeführer geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.

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