

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/40 vom 14. Februar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_40

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/40 du 14 février 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/40 del 14 febbraio 2020

Regeste

Art. 16 ATSG. Würdigung von medizinischen Akten samt zwei von der IV eingeholten Gutachten bei einem an Multipler Sklerose erkrankten Mann. Einkommensvergleich, Rentenanspruch verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Februar 2020, IV 2018/40).

Volltext

Entscheid vom 14. Februar 2020 Besetzung Versicherungsrichterin Miriam Lendfers (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2018/40 Parteien A.____, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Juli 2014 unter Hinweis auf eine Multiple Sklerose (MS) mit voller Arbeitsunfähigkeit seit 28. März 2014 bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung an (IV-act. 1). Nach einem Gespräch mit der zuständigen IV-Eingliederungsberaterin vom 28. Juli 2014 (IV-act. 2) füllte er gemäss deren Empfehlung das ordentliche Anmeldeformular aus (IV-act. 4). Er hält sich seit 1995 in der Schweiz auf und war seit 1998 erst als Lagerist und dann als angelernter Schweisser im Vollpensum bei B.____. tätig (vgl. IV-act. 8, 12, 87-11 unten). Der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, erwähnte im Bericht vom 14. August 2014 neben der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose eine arterielle Hypertonie und eine Anpassungsstörung. Seit 14. April 2014 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Auf die Frage, welche Tätigkeit der Versicherte für wie viele Stunden noch ausüben könnte, antwortete er «keine Tätigkeit» (IV-act. 10-1 f.). Prof. Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, hielt in einem an den Hausarzt gerichteten Schreiben vom 6. September 2014 beziehend auf eine Untersuchung vom Vortag fest, schubverdächtige Ereignisse berichte der Versicherte nicht. Auf rein neurologischem Gebiet bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Er empfahl eine schnellstmögliche Reintegration in den Arbeitsprozess, um einer weiteren Chronifizierung der somatoformen Überlagerung vorzubeugen (IV-act. 61). Unter Bezugnahme auf eine Untersuchung in der MS-Sprechstunde vom 12. Dezember 2014 hielten die Ärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) am 17. Dezember 2014 fest, es sei anamnestisch nur erschwert möglich, definierte Schubereignisse abzugrenzen, dies einerseits aus sprachlichen Gründen und andererseits, weil eine diffuse Schmerzüberlagerung zu bestehen scheine. Letztlich müsse von bisher einem Schubereignis ausgegangen werden. Aus rein neurologischer Sicht bestünden aktuell keine Funktionseinschränkungen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingten. Man könne nicht beurteilen, inwiefern die von der Klinik E.____ erhobenen neuropsychologischen Befunde (vgl. dazu den Bericht zur

neuropsychologischen Behandlung vom 23. bis 30. Juni 2014 in IV-act. 16 sowie den Austrittsbericht vom 16. Juli 2014, IV-act. 20) alleinig durch die Multiple Sklerose oder durch die psychiatrische Diagnose (Anpassungsstörung) zu erklären seien. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei nebst neuropsychologischer Evaluation auch eine psychiatrische Beurteilung einzuholen (IV-act. 17-3). Gegenüber dem Hausarzt wurde seitens der Klinik E.____ am 19. Dezember 2014 unter Bezugnahme auf die Testung vom Juni 2014 festgehalten, dass diese punktuell erfolgt und nicht vollständig sei. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich (IV-act. 56). Nach einem Telefonat mit dem behandelnden Psychiater Dr. med. F.____ hielt der RAD-Arzt Dr. med. G.____ am 8. Januar 2015 fest, dass der Versicherte nach Angabe von Dr. F.____ die ab März 2014 aufgetretene beträchtliche Anpassungsstörung mit reaktiver Depression aktuell zu einem grossen Teil überwunden habe, sodass dringend berufliche Massnahmen einzuleiten seien (IV-act. 18). Die zuständige Eingliederungsverantwortliche der IV hielt im Assessmentprotokoll vom 29. Januar 2015 bezugnehmend auf ein Gespräch mit dem Versicherten und dessen Ehefrau vom 22. Januar 2015 fest, das Ehepaar sei überzeugt, dass Arbeiten nicht mehr in Frage komme (IV-act. 27-3). Mit Mitteilung vom 11. Februar 2015 verneinte die IV sodann einen Anspruch auf berufliche Massnahmen unter Hinweis darauf, dass sich der Versicherte nicht in der Lage fühle, eine angepasste Tätigkeit auszuüben (IV-act. 29). Gegen diese Mitteilung wandte sich der Versicherte am 16. Februar 2015 mit einem als Einsprache bezeichneten Schreiben, worin er ausdrücklich seine Motivation für eine berufliche Massnahme erklärte (IV-act. 30). Auf schriftliche Rückfrage der IV-Stelle hin (IV-act. 32) wiederholte der Versicherte mit Schreiben vom 6. März 2015 seine Bereitschaft, bei der beruflichen Wiedereingliederung im Rahmen seiner Möglichkeiten motiviert mitzuwirken (IV-act. 35). Bei einem daraufhin durchgeführten weiteren Gespräch vom 6. Mai 2015 teilte die Ehefrau des Versicherten der Eingliederungsverantwortlichen mit, die Briefe an die IV hätten die Kinder ohne ihr Wissen verfasst und ihr Mann habe sie unterschrieben. Er habe damit zum Ausdruck bringen wollen, dass er arbeiten wolle, aber nicht könne. Die Eingliederungsverantwortliche erwähnte im Protokoll die getroffene Vereinbarung, das Dossier für die Eingliederung abzuschliessen und in die Rentenprüfung weiterzuleiten (IV-act. 42). Entsprechend erliess die IV-Stelle am 28. Mai 2015 erneut eine einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneinende Mitteilung (IV-act. 45). Ebenfalls am 28. Mai 2015 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten mittels Vorbescheids, dass sie die Verneinung eines Rentenanspruchs vorsehe (IV-act. 46). Am 3. Juni 2015 wandte der Versicherte ein, infolge seiner Krankheit weder einfache noch leichte Tätigkeiten ausführen zu können, auch nicht im Haushalt. Er kündigte eine weitere Kontrolle in der Neurologie des KSSG an (IV-act. 47). Diese fand am 10. Juni 2015 statt. Im Bericht vom Folgetag hielten die Ärzte fest, während der gesamten Anamneseerhebung und Untersuchung habe der Versicherte regelmässig starke Schmerzen geäussert, die erhobenen Befunde seien grossteils inkongruent zueinander, sodass von einer Ausgestaltung ausgegangen werden müsse (IV-act. 53). In Vertretung des Versicherten erhob die procap am 3. Juli 2015 Einwand gegen den Rentenvorbescheid und beantragte die nochmalige Überprüfung von dessen Invalidität und insbesondere weitere Abklärungen. Erwähnt wurden unter anderem zwei Diskushernien (IV-act. 58). Am 20. August 2015 wurde der Versicherte vom Spital H.____ der Notaufnahme des KSSG zugewiesen zur Beurteilung des Vorliegens eines aktiven, therapiebedürftigen MS-Schubereignisses. Die Klinik für Neurologie des KSSG verneinte Hinweise darauf mit Schreiben vom 2. September 2015 (IV-act. 66-15 ff.). Am 3. September 2015 fand an der Klinik für Neurologie des KSSG eine (neuro-)psychologische

Untersuchung des Versicherten statt. Gemäss Bericht dazu vom 21. September 2015 wurden deutliche kognitive Minderleistungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der räumlich-konstruktiven Fähigkeiten sowie leichte kognitive Minderleistungen im non-verbalen Antrieb und im non-verbal logischen Denken erhoben. Es sei davon auszugehen, dass diese Minderleistungen durch eine verminderte Anstrengungsbereitschaft und/oder die psychische Befindlichkeit sowie Schmerzsymptomatik und/oder die Multiple Sklerose bedingt seien. Die MS allein erkläre den Ausprägungsgrad und das Muster der kognitiven Befunde eher nicht. Aufgrund der unklaren Ursache für die Minderleistungen könne keine Aussage über die Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit gemacht werden (IV-act. 68-4 f.). Auf Ende Dezember 2015 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis (vgl. IV-act. 80-2; 87-11). Im Auftrag der IV wurde der Versicherte im Februar und April 2016 in der Medizinischen Abklärungsstelle Bern ZVMB GmbH in den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, allgemeine innere Medizin, Orthopädie und Neuropsychologie abgeklärt (IV-act. 87-1). Im Gutachten vom 27. Juli 2016 wird folgenden Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugebilligt: Multiple Sklerose, schubförmig-teilremittierend, chronisch wiederkehrende Zervikodorsalgien und chronisch wiederkehrende Lumbalgien (detailliert in IV-act. 87-27; zu den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit siehe dasselbe Actorum). Mehr als gelegentlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Das Hebelimit liege bei 15kg. In seiner angestammten Tätigkeit als Schweisser sei der Versicherte nicht mehr einsetzbar. In einer ideal adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80% (Leistungsfähigkeit 80% bei voller zeitlicher Präsenz). Die Minderung sei durch eine – besserbare – leichtere psychophysische Erschöpfung und leichtere neurokognitive Einschränkungen bedingt, retrospektiv seit September 2013 (IV-act. 87-28). Der RAD beurteilte das Gutachten am 25. August 2016 als umfassend und widerspruchsfrei (IV-act. 88). Nachdem ihm wiederum die Rentenverweigerung angekündigt worden war (IV-act. 89), erwähnte der Versicherte am 8. September 2016 im Rahmen einer zweiten Anhörung, die procap habe ihm empfohlen, den Entscheid zu akzeptieren und aktiv bei der Eingliederung der IV mitzuwirken. Leider sei es ihm aber aufgrund seiner multiplen Beschwerden nicht möglich, einer Tätigkeit nachzugehen. Insbesondere hätten sich seit der Begutachtung seine psychischen Beschwerden und seine Gehfähigkeit verschlechtert. Sein Hausarzt werde ihn nochmals für eine Reha anmelden müssen. Dieser und sein Psychiater gingen von einer höheren Arbeitsunfähigkeit aus als die Gutachter. Er bitte darum, von einem ablehnenden Entscheid abzusehen (IV-act. 91). Die Klinik E.____ berichtete am 18. Oktober 2016 bezugnehmend auf einen Aufenthalt des Versicherten vom 28. September bis 18. Oktober 2016, die Rehabilitationsziele (vgl. dazu IV-act. 92-2, 3. Absatz) seien erreicht worden. Als Hilfsmittel wurde auf zwei Unterarmgehstöcke hingewiesen (IV-act. 92). Dr. F.____ erwähnte im Verlaufsbericht vom 11. November 2016 einen verschlechterten Gesundheitszustand und eine mittelgradige bis schwere Symptomatik im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung oder doch einer organisch affektiven Störung. Dem Versicherten seien weder die bisherige Tätigkeit noch andere Tätigkeiten zumutbar (IV-act. 96). Die ZVMB GmbH erstattete der IV-Stelle am 11. September 2017 ein bidisziplinäres Verlaufsgutachten. Der Versicherte war im Mai 2017 neurologisch und psychiatrisch begutachtet worden (IV-act. 106-1). Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde nur noch der Multiplen Sklerose zugebilligt (zu den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vgl. IV-act. 106-30). Für Verweistätigkeiten wurde eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert (IV-act. 106-31). Nachdem der RAD empfohlen hatte, auf das

Gutachten abzustellen (IV-act. 107), kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2017 abermals die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 110). Der Versicherte bemängelte im Einwand vom 17. Oktober 2017 insbesondere, dass die IV sowohl die durch die MS bedingten rein neurologischen als auch die neurokognitiven Defizite überhaupt nicht in Betracht ziehe, sondern nur die Beschwerden, die durch die Bandscheibenhernien und Protrusionen verursacht seien (IV-act. 112). Dr. F.____ sprach sich gegenüber der IV-Stelle am 13. November 2017 für eine neuropsychologische Abklärung aus (IV-act. 113, siehe auch die Stellungnahme des RAD dazu in IV-act. 114). Die IV-Stelle verfügte am 9. Januar 2018, der Versicherte habe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (act. G 1.1). Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde des Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführer) vom 26. Januar 2018. Er beantragt sinngemäss die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente. Auch bei leichten Tätigkeiten habe er Schmerzen, sodass es ihm höchstens möglich wäre, einer teilzeitlichen Arbeit nachzugehen. Aufgrund seiner kognitiven und neurologischen Einschränkungen ermüde er rasch und könne sich nicht richtig konzentrieren. Zudem gehe es ihm psychisch sehr schlecht, sodass er zweimal wöchentlich in psychiatrischer Behandlung bei Dr. F.____ stehe. Auf dem Arbeitsmarkt sei er als 51-jähriger Arbeitnehmer, der nur noch leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten im Hilfsarbeitersektor machen könne, gegenüber gesunden Mitbewerbern massiv benachteiligt. Aus seiner Sicht sei es ihm nicht möglich, auf dem aktuellen Arbeitsmarkt ein Einkommen von Fr. 61'800.-- zu verdienen (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 2. März 2018 die Abweisung der Beschwerde. Die eingeholten Gutachten erfüllten die Anforderungen des Bundesgerichts an medizinische Gutachten. Beim Beschwerdeführer sei eine Aggravation anzunehmen. Eine solche werde nicht nur von den externen Gutachtern bzw. dem RAD angenommen, sondern teilweise auch von den behandelnden Ärzten. Auch seien die Therapieoptionen nicht ausgeschöpft. Betreffend den sozialen Kontext sei hervorzuheben, dass der Beschwerdeführer über ein intaktes Umfeld verfüge und auf das gesamte Potential und die Unterstützung seiner Familie zurückgreifen könne. Die Beschwerdegegnerin erwähnt ferner in den Akten ersichtliche Inkonsistenzen (act. G 5). Dem Gesuch des Beschwerdeführers um Befreiung von den Gerichtskosten (act. G 1, 4) wurde am 6. März 2018 entsprochen (act. G 6). Die Frist zur Replik liess der Beschwerdeführer verstreichen (vgl. act. G 7, 8). Am 22. Juni 2018 reichte er hingegen einen Bericht des Spitals H.____ vom 11. Juni 2018 ein (act. G 9). Darin wurde eine Hospitalisation vom 9. bis 11. Juni 2018 und insbesondere eine akute immobilisierende Lumbalgie erwähnt (act. G 9.1). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust

der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird 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 (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 E. 4). 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von voller Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Dieser kritisiert diese Beurteilung. Im Verwaltungsverfahren hatte er mehrfach seine Überzeugung geäussert, in keiner Tätigkeit mehr arbeitsfähig zu sein (vgl. etwa IV-act. 42, 47, 87-35 unten). Beschwerdeweise bringt er vor, dass ihm höchstens eine teilzeitliche Tätigkeit möglich wäre (act. G 1). Zu prüfen ist folglich vorab, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht hinreichend abgeklärt wurde. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, seine mit der Multiplen Sklerose einhergehenden Beschwerden, die er vor allem auf kognitivem und neurologischem sowie psychiatrischem Gebiet sieht, seien nicht genügend berücksichtigt worden. Die Krankenschreibung war bei Erst-Diagnostizierung der Multiplen Sklerose im März 2014 erfolgt (letzter Arbeitstag: 26. März 2014, IV-act. 12-1). Der Hausarzt Dr. C. ___ hatte ab 14. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestiert. Der Beschwerdeführer hatte ihm folgende Beeinträchtigungen geschildert: eine kognitive Verlangsamung und reduzierte Konzentration, Kopfschmerzen, eine Kraftminderung der oberen und unteren Extremitäten, eine Dysästhesie und Doppelbilder (IV-act. 10-1 f.). Der Neurologe Prof. D. ___ hatte bereits im Oktober 2013 geklagte Sensibilitätsstörungen an Händen und Füßen sowie Kopfschmerzen erwähnt (IV-act. 10-5) und diese auch im März 2014 wiederum notiert (IV-act. 10-3). Die erste stationäre Neurorehabilitation in der Klinik E. ___ war vom 10. Juni bis 4. Juli 2014 auf Veranlassung von Prof. D. ___ erfolgt, um das Potential konservativer Massnahmen zu beurteilen und auch gegebenenfalls eine IV-Berentung, die vom Versicherten bereits thematisiert worden sei, abzuwenden (IV-act. 10-7). Bei dieser Reha waren als Hauptprobleme Rückenschmerzen und vor allem nächtlich störende Fühlstörungen erwähnt worden. Eine umfassende neuropsychologische Testung mit

aussagekräftigen Ergebnissen war im Rahmen des Aufenthalts nicht erfolgt, eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit war daher nicht möglich gewesen (vgl. zu den Gründen IV-act. 16-2, 20-2, 56). Bei der MS-Sprechstunde vom 12. Dezember 2014 bekundeten die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG Mühe, definierte Schubereignisse abzugrenzen, dies einerseits aus sprachlichen Gründen, andererseits, weil eine diffuse Schmerzüberlagerung zu bestehen scheine. Letztlich gingen sie von bis dahin lediglich einem Schubereignis aus. Die berichteten Beschwerden (vgl. dazu IV-act. 17-1 unten, 17-2 oben) seien nicht allesamt der MS zuzuschreiben und auch die in der neurologischen Untersuchung erhobenen Befunde seien, ausser den Sensibilitätsstörungen, nicht sicher einem organischen Korrelat zuzuordnen im Sinn einer funktionellen Überlagerung. Aus rein neurologischer Sicht wurde insgesamt das Bestehen von Funktionseinschränkungen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingten, verneint (IV-act. 17-3). Weitere zielgerichtete Behandlungsbemühungen oder Abklärungen sind erst wieder im Rahmen der nächsten ordentlichen Verlaufskontrolle 6 Monate später, am 10. Juni 2015, aktenkundig. Der Beschwerdeführer schilderte sämtliche geäusserten Symptome als verschlechtert. Auffallend ist, dass eigentliche neuropsychologische Beeinträchtigungen jedoch offenbar nicht mehr geklagt wurden. Der Beschwerdeführer berichtete vielmehr über Schmerzen am Rücken und an den Extremitäten, wiederum Taubheitsgefühl, Kältegefühl, Kraftlosigkeit, dann auch unsicheres Gehen, Nackenschmerzen, Verschwommensehen und Durchfall. Die untersuchenden Neurologen hielten fest, dass die erhobenen Untersuchungsbefunde grossteils inkongruent zueinander seien, sodass von einer Ausgestaltung ausgegangen werden müsse. Offenbar in Anbetracht dieser Tatsache wurde weiterer Abklärungsbedarf in neurologischer, aber auch in neuropsychologischer oder psychiatrischer Hinsicht – bis auf ein wohl übliches Verlaufs-MRI über ein halbes Jahr später – nicht erkannt (IV-act. 53-2). Bei der Untersuchung vom 20. August 2015 auf der Neurologie des KSSG – nach Überweisung durch das Spital H.____ zur Beurteilung eines neuen MS-Schubereignisses – traten wiederum dieselben Probleme auf: Die Untersuchungsbefunde zeigten sich bei repetitiver Testung inkonsistent und teils inkongruent zueinander. Auch die den Beschwerdeführer nun untersuchenden Neurologen, bei denen es sich nicht um dieselben handelte wie bei den früheren Abklärungen, gingen von einer Ausgestaltung der Symptomatik aus. Nun wurde eine regelmässige psychiatrische Begleitung als sehr sinnvoll erachtet (IV-act. 66-16 f.). Die vom Hausarzt angestrebte Objektivierung der kognitiven Leistungsfähigkeit (IV-act. 68-2) gelang auch nicht im Rahmen einer (neuro-)psychologischen Testung und Untersuchung vom 3. September 2015 an der Klinik für Neurologie des KSSG. Zwar ergaben die Tests in einigen Bereichen kognitive Minderleistungen (ausführlich dazu IV-act. 68-3 f.). Die abklärende Chefärztin und die Neuropsychologin hielten aber fest, dass die Befunde nicht valide seien. Es war ihnen nicht möglich festzustellen, ob die Minderleistungen durch eine verminderte Anstrengungsbereitschaft, die psychische Befindlichkeit sowie Schmerzsymptomatik und/oder die MS bedingt waren. Die MS allein erkläre den Ausprägungsgrad und das Muster der objektivierten kognitiven Befunde eher nicht, aus rein kognitiver Sicht ständen die Anstrengungsbereitschaft und die psychische Befindlichkeit sowie Schmerzsymptomatik im Vordergrund. Wiederum gelang es nicht, eine Aussage über die Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit zu machen (IV-act. 68-5). Bei diesen Vorakten, die mehrere gescheiterte Versuche dokumentieren, die Beschwerdeschilderungen und subjektiven Vorbringen des Beschwerdeführers zu objektivieren und deren Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit einzuordnen, ist nachvollziehbar, dass auch die Gutachter der

ZVMB GmbH bei der Begutachtung mehrere Hinweise für Befundinkonsistenzen fanden. Sowohl bei der psychiatrischen Untersuchung als auch bei der neuropsychologischen Testung ergaben sich Hinweise auf eine Aggravation. Die Medikamentenspiegelbestimmung zeigte durchwegs tiefere als die zu erwartenden Werte (vgl. IV-act. 87-15, 87-20 oben, 87-26; 87-37 unten). Differentialdiagnostische Überlegungen zum Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung, die die Befunddiskrepanzen erklären könnten, wurden zwar angestellt. Dass eine solche Diagnose aber nicht gestellt werden konnte, wurde als klarer Hinweis auf Aggravation gewertet (IV-act. 87-26; 87-41). Die durchgeführte neuropsychologische Testung lieferte wiederum nicht ausreichend valide Ergebnisse, weshalb sie vorzeitig beendet wurde und die Gutachter von klaren Hinweisen auf eine Verfälschung der Befunde sprachen (IV-act. 87-39, 87-65). Die von lic. phil. I.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, schliesslich erwähnte Diagnose der in ihrer Ausprägung nicht-authentischen kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen (IV-act. 87-67) ermöglicht keine verlässlichen Rückschlüsse auf Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit. Die bidisziplinäre Verlaufsbeurteilung der ZVMB GmbH wurde von Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, und von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vorgenommen. Beide waren bis zur Begutachtung im Mai 2017 noch nicht mit dem Beschwerdeführer befasst gewesen. Auch sie beschrieben das gesamte Bild als weiterhin sehr stark überlagert von Inkonsistenzen in der Präsentation und Ausprägung der Beschwerden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung wurde von einer massiv ausgeweiteten Beschwerdesymptomatik ausgegangen (zu als inkonsistent erlebtem Verhalten in einzelnen Tests siehe IV-act. 106-20). Im klinischen Eindruck seien keinerlei kognitive Störungen erkennbar, weder Zeichen einer Müdigkeit oder Ermüdbarkeit, noch Mnesticstörungen oder andere neuropsychologische Störungen (IV-act. 106-21). Der Neurologe bewertete auch als unglaubwürdig, dass sich "nach dem ablehnenden IV-Bescheid" eine Verschlechterung dargestellt haben sollte mit der Notwendigkeit von beidseitigen Unterarmgehilfen (vgl. dazu IV-act. 106-20 Mitte), obwohl sich im bildgebenden Befund offensichtlich keine Zunahme und Progredienz aus neurologischer Sicht bestätigen lasse. Pointierter als in den Vorakten beschrieben wertete Dr. J.____ das beobachtbare Verhalten als hochgradig inkonsistent und die Befunde als widersprüchlich. Er sprach daher von "mindestens" schwerer Aggravation und von teilweise auch nicht authentischer Präsentation nicht vorhandener Symptome (IV-act. 106-21). Bei dieser Aktenlage gelingt trotz mehrfacher Bemühungen von verschiedener Seite der Nachweis, dass aus neurologischer oder neuropsychologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit mindernde Beeinträchtigungen bestehen, offenkundig nicht. Ferner ist nicht davon auszugehen, dass diesbezüglich weitere Abklärungen eine Objektivierung ermöglichen könnten. Auch in psychiatrischer Hinsicht liefern die Akten keine Erklärung für die offenkundig sehr tiefe Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in Bezug auf seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Dass die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. L.____ in der ersten ZVMB-Begutachtung lediglich eine Dysthymie diagnostizierte, lässt sich in der Begründung gut nachvollziehen. Sie konnte keine relevanten Stimmungsschwankungen erfragen und eine schwerwiegende depressive Symptomatik ausschliessen. Auch wenn die affektive Schwingungsfähigkeit als zum negativen Pol hin eingengt beschrieben wurde, erkannte die Gutachterin, dass positive Emotionen durchaus themenbezogen erhalten seien (IV-act. 87-39). Wie bereits in den Vorakten beschrieben, empfand die Gutachterin die Angaben zum Krankheitsverlauf und Krankheitsbeginn als unspezifisch, dies insbesondere

die psychische Beeinträchtigung betreffend (IV-act. 87-39). Dass der behandelnde Psychiater Dr. F. ___ nach der ersten ZVMB-Begutachtung eine organisch affektive Störung erwog und von einer depressiven Störung mit mittelgradiger bis schwerer Ausprägung ausging (Bericht vom 11. November 2016, IV-act. 96-2), war für den RAD (mit Grund zur Empfehlung des Verlaufsgutachtens. Der Verlaufsgutachter Dr. K. ___ erhob kaum psychiatrisch relevante Befunde, weshalb er sogar gewisse Zweifel an der im ersten ZVMB-Gutachten noch gestellten Diagnose der Dysthymie äusserte. Funktionsstörungen oder dergleichen, die sich psychiatrisch begründen lassen würden, verneinte er plausibel (vgl. dazu insbesondere IV-act. 106-41). Bezugnehmend auf den Bericht von Dr. F. ___ vom 11. November 2016 hielt er klar fest, dass die Befundkonstellation des Beschwerdeführers die Diagnosestellung von Dr. F. ___ nicht zulasse (IV-act. 106-42). Zweifel an dieser Einschätzung ergeben sich auch aus den übrigen Akten nicht. Insgesamt erscheint der Sachverhalt, der in zeitlicher Hinsicht bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung massgebend ist (vgl. BGE 121 V 366 E. 1b m.H.), hinreichend abgeklärt. Ob sich später, konkret im Juni 2018, eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands eingestellt hat (vgl. dazu den Austrittsbericht des Spitals H. ___ vom 11. Juni 2018, in dem exazerbierte LWS-Beschwerden erwähnt sind, act. G 9.1), ist in diesem Verfahren nicht relevant. Unstreitig ist die Invaliditätsbemessung nach der Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG vorzunehmen. Der Beschwerdeführer verdiente im Jahr 2013, dem Jahr vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, gemäss IK-Auszug Fr. 61'230.-- (IV-act. 8-1), was mit dem Kumulativjournal der Arbeitgeberin (Bruttolohn abzüglich Kinderzulagen, IV-act. 12-8) übereinstimmt. Beim frühestmöglichen Rentenbeginn am 1. Januar 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG; Anmeldung zur Früherfassung und IV-Anmeldung im Juli 2014) ist angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2015 (Index Männer 2013: 2204, 2015: 2226) von einem Valideneinkommen von Fr. 61'841.-- auszugehen. Dieses lag folglich unter dem statistischen Durchschnittseinkommen von männlichen Hilfsarbeitern von Fr. 66'453.-- im Jahr 2015 (vgl. Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe zum IVG, Ausgabe 2019). Ob beim Invalideneinkommen – wie im ersten ZVMB-Gutachten attestiert – eine Arbeitsfähigkeit von 80% in geeigneten Tätigkeiten zu berücksichtigen ist, oder ob mit dem Verlaufsgutachten anzunehmen ist, dass keinerlei Einschränkung für adaptierte Tätigkeiten besteht, kann offenbleiben. Gründe für die Gewährung des praxisgemäss höchstzulässigen Abzugs vom Tabellenlohn von 25% (vgl. etwa BGE 126 V 25) liegen nicht vor; die genaue Bemessung kann jedoch ebenfalls offenbleiben. Der Invaliditätsgrad erreicht selbst bei Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 80% und Vornahme eines Abzugs vom Tabellenlohn von hier maximal angemessenen 10% die in der IV rentenbegründende Schwelle von 40% nicht. Folglich hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Gemäss den vorstehenden Erwägungen 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. 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 sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99

Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

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