



Fall-Nr.: IV 2015/259
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.05.2020
Entscheiddatum: 29.11.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 29.11.2017

Art. 28 IVG. Art.16 ATSG. Invaliditätsbemessung. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung ist nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. November 2017, IV 2015/259).

Entscheid vom 29. November 2017

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett

Geschäftsnr.

IV 2015/259

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Karl Gehler, LL.M.,

Hofmann Gehler Schmidlin, Lattenhofweg 4, 8645 Jona,

gegen



IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im August 2002 unter Hinweis auf ein Rückleiden erstmals bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (vgl. IV-act. 1). Im Auftrag der IV-Stelle wurde im August 2003 ein interdisziplinäres Gutachten erstattet (IV-act. 27). Die Gutachter hielten im Wesentlichen fest, der Versicherte leide an einem chronischen thorakolumbospondylogenen Syndrom rechts (ICD-10 M54.4) sowie an einer chronischen Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica rechts (M75.0). Sie attestierten in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 27-17 ff.). Gestützt auf diese Beurteilung verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. Januar 2004 einen Rentenanspruch des Versicherten (IV-act. 36). Die dagegen erhobene Einsprache wurde am 15. Juli 2004 zurückgezogen (IV-act. 47).

A.b Im April 2006 ersuchte der Versicherte unter Hinweis auf ein psychisches Leiden erneut um IV-Leistungen (IV-act. 54). Im daraufhin von der IV-Stelle veranlassten psychiatrischen Verlaufsgutachten vom September 2006 wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Dem Versicherten sei die bisherige Tätigkeit zu 100% zumutbar (IV-act. 69). Mit Verfügung vom 8. Januar 2007 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren erneut ab (IV-act. 78). Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 17. Juli 2008 ab (IV-act. 94). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.



A.c Im Juni 2011 meldete sich der Versicherte ein weiteres Mal zum Bezug von IV-Leistungen an. Er gab an, unter Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sowie Bewegungseinschränkungen und Missempfindungen zu leiden (IV-act. 98). Mit Verfügung vom 16. Dezember 2011 trat die IV-Stelle auf das erneute Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein (IV-act. 124). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 24. Januar 2012 Beschwerde (IV-act. 127). Mit Entscheid vom 22. November 2012 hiess das Gericht die Beschwerde gut. Es hob die Verfügung vom 16. Dezember 2011 auf und wies die Sache zur materiellen Prüfung der Neuanschuldung vom 27. Juni 2011 an die Beschwerdegegnerin zurück (IV-act. 139). Zur Begründung führte es im Wesentlichen an, dass sich aufgrund der neu gestellten Diagnosen eines Zervikoradikulärsyndroms C5/6 rechts sowie einer Wurzelreizsymptomatik L5 rechts Anhaltspunkte für eine relevante Veränderung des Sachverhalts ergeben hätten (IV 2012/37 E. 3.4 ff.).

B.

B.a In Umsetzung des Entscheids vom 22. November 2012 veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Interlaken Unterseen GmbH (vgl. IV-act. 176). Im Gutachten vom 27. Oktober 2013 (IV-act. 185) nannten die Experten im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisch subjektiv erlebtes Halbkörpersyndrom rechts, aus rheumatologischer Sicht nicht in allen Aspekten spezifisch zuordenbar (ICD-10 M79), bestehend seit mehr als zehn Jahren. Daneben hätten sich beim Versicherten in den letzten zehn Jahren psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, im Erscheinungsbild einer Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von gemischten Gefühlen (reaktive Depression, Sorge, Anspannung, Ärger) entsprechend, entwickelt. Differentialdiagnostisch handle es sich um eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen bzw. aus Gründen einer Rentenbegehrlichkeit (F54; erscheinungsmässig F43.23, differentialdiagnostisch F68; IV-act. 185-59 f.). Die Sachverständigen hielten fest, aus internistischer Sicht bestünden aktuell keine Einschränkungen und Krankheiten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hätten. Rheumatologisch liessen sich die geschilderten Beschwerden und



die erhobenen Untersuchungsbefunde keinem systemisch-entzündlichen und keinem systemisch-metabolischen rheumatologischen Grundleiden des Bewegungsapparates zuordnen. Die im Verlauf wiederholt veranlassten, umfassenden radiologischen Bildgebungen lieferten keine Veränderungen, die das Beschwerdebild umfassend erklären könnten. Die Anteile des zervikalen und zervikozephalen Syndroms seien aus rheumatologischer Sicht bei vier von fünf positiven Waddell-Zeichen sowie bei Auffälligkeiten und Diskrepanzen überwiegend funktionell und unspezifisch. Etwas differenzierter könne man eine AC-Gelenksreizung rechts mit einer leichten subakromialen Impingement-Reizung rechts eingrenzen. Diese könne im Sinne einer Periarthropathia humeroscapularis mit AC-Gelenksarthrose rechts bestätigt werden. Ein vor Jahren dominantes Lumbovertebralsyndrom könne aufgrund der aktuellen subjektiven Angaben und der Untersuchung als nicht mehr relevant aktiv festgehalten werden. Die vor zehn Jahren erkannten, frakturäquivalenten Veränderungen des BWK12 und LWK1 seien damals bereits umfassend abgeklärt worden, wobei keine Osteoporose-Situation habe bestätigt werden können. In der aktuellen Expertise hätten sich keine Hinweise für ein solches aktives Geschehen mehr gefunden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht erlange der Zustand des thorakolumbalen Übergangs keine weitere Bedeutung mehr. Bei etwas diffusen Angaben von Taubheits- und Einschlafgefühlen in der Hohlhand rechts habe man ein angedeutet positives Tinel-Zeichen feststellen können, welches allerdings ebenfalls vorerst keine weitere Bedeutung erlange. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer in einer Papierfabrik sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. In einer geeigneten Verweistätigkeit sei er aus rheumatologischer Sicht zu mindestens 80% arbeitsfähig. Dabei sei ein zeitlich volles Pensum möglich. Aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs, des verlangsamten Arbeitstempos oder auch aufgrund der Einhaltung ergonomischer Empfehlungen könne aber eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit resultieren, die allerdings maximal 20% betrage. Die aktuelle psychiatrische Untersuchung habe keine Hinweise auf das Vorliegen einer ernsthaften psychiatrischen Erkrankung oder einer psychischen Störung mit Krankheitswert und Relevanz für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit ergeben. Insbesondere könne das Vorliegen einer depressiven Störung im Sinne von ICD-10 F32/F33 oder einer chronischen depressiven Störung im Sinne einer Dysthymie sicher ausgeschlossen werden. Es lägen ein chronischer Schmerzzustand, für dessen Entstehung, Ausmass und Dauer keine hinreichenden



somatischen Befunde bestünden, sowie eine schon früh festgestellte Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Aggravation der Beschwerden vor. Mit Blick auf den Psychostatus könnten keine den Schmerzen ursächlich zugrunde liegenden, tiefen Konflikt- oder schweren psychosozialen Belastungsbereiche aufgezeigt werden. Damit könne diagnostisch keine somatoforme Schmerzstörung bestätigt werden. Vielmehr bestehe beim Versicherten auf verschiedenen Ebenen ein gewisser manipulativer Eindruck, der an eine Rentenbegehrlichkeit erinnere (IV-act. 185-64 f.). Die aktuell gestellte psychiatrische Diagnose gemäss F54 führe nicht per se zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit der davon betroffenen Menschen. Ein jahrelanger Beschwerdeverlauf mit Progredienz der Beschwerden könne aber geeignet sein, die willentliche Überwindbarkeit im genannten Kontext abzuschwächen. Beim Versicherten sei davon auszugehen, dass durch das depressive Erscheinungsbild das Schmerzerleben verstärkt und so vor allem im qualitativen Leistungsbereich eine Leistungseinbusse resultiere. Diese werde aber nur als leicht eingestuft und liege bei maximal 20% der noch erhaltenen Restleistungsfähigkeit aus anderen Ursachen. Aus interdisziplinärer Sicht sei somit davon auszugehen, dass für die früher ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Papierfabrik aufgrund der Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates seit dem Jahr 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Eine angepasste leichte und wechselbelastende Tätigkeit sei dem Versicherten ganztags zumutbar, wobei eine Leistungseinschränkung von maximal 20% bestehe. Da es sich bei beiden Fachgebieten nicht um eine Einschränkung der Arbeitszeit, sondern um eine verminderte Leistungsfähigkeit handle, kumulierten sich die Leistungseinschränkungen aus dem psychiatrischen und rheumatologischen Gebiet nicht, sondern es resultiere insgesamt eine Leistungseinschränkung von 20% (IV-act. 185-67 ff.). Diese könne mit einer ambulanten psychiatrischen Therapie und einer Physiotherapie relevant beeinflusst und allenfalls auf 0% reduziert werden (IV-act. 185-71).

B.b Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) notierte am 27. November 2013, dass das MEDAS-Gutachten umfassend, in sich widerspruchsfrei, kohärent und schlüssig sei, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden könne (IV-act. 192).

B.c Mit Vorbescheid vom 17. Januar 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht



St.Galler Gerichte

(IV-act. 196). Dagegen wandte der Versicherte am 24. Februar bzw. 26. März 2014 ein, dass das MEDAS-Gutachten vollumfänglich zurückgewiesen werden müsse, da es eindeutig „vom Ziel her erstellt“ worden sei und willkürlich auf eine Rentenbegehrlichkeit geschlossen werde. Ausserdem sei objektiv falsch, dass die 20%ige Leistungseinschränkung aus psychiatrischer Sicht mit derjenigen aus rheumatologischer Sicht vermischt werde. Der psychiatrische Gutachter beziehe seine Einschätzung ausdrücklich auf die noch bestehende Restarbeitsfähigkeit aus anderen Ursachen. Damit sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40% auszugehen. Ausserdem sei ein „Leidensabzug“ von mindestens 10% gerechtfertigt (IV-act. 198, 200).

B.d Am 29. April 2014 wurden im Spital B.____ eine Arthroskopie, eine trompetenförmige Bizepssehnen-Tenotomie und Weichteiltenodese, ein Débridement der artikulareseitigen Supraspinatussehne, eine subacromiale Dekompression mit knöcherner Acromionplastik sowie eine Bursektomie mit knöcherner AC-Resektion der rechten Schulter durchgeführt (IV-act. 203-3). Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 1. Mai und 16. Juni 2014 über einen guten postoperativen Verlauf (IV-act. 203-4 f.). Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt am 26. Juni 2014 fest, beim Versicherten bestünden ein Status nach Schulteroperation rechts im April 2014, ein Status nach ventraler Stabilisation C6/7 im Jahr 2009 sowie ein Status nach Schulteroperation links im Jahr 1996. Die neuste Bildgebung habe eine mittelgradige Foraminal-Stenose C4/5 links betont ergeben. Es bestehe grundsätzlich grösste Zurückhaltung bezüglich invasiver Massnahmen jeglicher Natur. Die Symptomatik gehe weit über eine Foraminal-Stenose, welche ohnehin linksbetont sei, hinaus (IV-act. 213-8 f.). Ein am 27. Oktober 2014 durchgeführtes CT der HWS ergab eine harmonische HWS-Lordose, multisegmentale Osteochondrosen HWK3-6 mit höhengeminderten Bandscheiben, einer begleitenden Spondylosis deformans und Unkovertebralarthrosen sowie Spondylarthrosen HWK3-6 beidseits (IV-act. 213-7). Dr. med. E.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, notierte im Bericht vom 13. November 2014, der Versicherte weise seit Dezember 2001 chronische Schmerzen im Bereich des rechten Schulterblatts und des ganzen rechten Arms sowie über die rechte Flanke zum rechten Bein bis zur Fussspitze auf. Aktuell stehe der Nackenschmerz verbunden mit einer Bewegungseinschränkung im Vordergrund. Dazu kämen Parästhesien und eine Muskelschwäche im rechten Arm.



St.Galler Gerichte

Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig und durch die schmerzbedingte Schlafstörung psychisch nicht belastbar. Eine angepasste Tätigkeit im Sitzen und ohne Armeinsatz rechts sei maximal zwei Stunden am Tag möglich (IV-act. 213-2 ff.)

B.e Am 12. Januar 2015 hielt der RAD fest, dass in den seit dem Erlass des Vorbescheids vom 17. Januar 2014 ergangenen Berichten lediglich die Zunahme der degenerativen Veränderungen sowie der Reizsymptomatiken und damit keine neuen relevanten Befunde beschrieben würden. Es könne am MEDAS-Gutachten festgehalten werden (IV-act. 222).

B.f Ein am 6. Mai 2015 durchgeführtes Arthro-CT des rechten Schultergelenks ergab den dringenden Verdacht auf eine Capsulitis. Die Rotatorenmanschette war durchgängig und es konnte eine gute Muskelqualität festgestellt werden. Hinweise auf eine Labrumläsion ergaben sich nicht. Es bestand eine Ossifikationsstruktur inferior des resezierten AC-Gelenks mit aktuell eventuell möglicher Impingement-Konstellation (IV-act. 226-10). Am 11. Mai 2015 berichtete Dr. E.____, die Beschwerden der Schulter hätten durch die Operation im April 2014 nur vorübergehend reduziert werden können. Trotz multimodaler Schmerztherapie mittels Medikation, Physiotherapie und Infiltrationen sei keine Verbesserung erreicht worden. Durch die schmerzhafte Bewegungseinschränkung bestehe weiterhin eine Nichteinsetzbarkeit der rechten Schulter im Alltag. Diese sei durch die erhobenen Befunde klar nachvollziehbar. Zusätzlich liege eine lumbale Schmerzproblematik vor, welche die Gehstrecke und Sitzdauer reduziere. Aufgrund dieser Multimorbidität bestehe eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Es sei von einer maximal 30%igen Arbeitsfähigkeit im Rahmen von maximal zwei bis drei Stunden täglich auszugehen (IV-act. 226-8 f.). Am 22. Juni 2015 hielt der RAD fest, die gute Muskelqualität des Versicherten spreche eigentlich gegen einen Nicht- oder Kaum-Gebrauch der rechten Schulter. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.____ handle es sich um eine andere Einschätzung der nicht bzw. allenfalls noch nicht relevant und anhaltend veränderten Befunde gemäss dem letzten Gutachten (IV-act. 227).

B.g Mit Verfügung vom 26. Juni 2015 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab. Zu den Einwänden erwiderte sie, bereits die früheren Gutachten



hätten ergeben, dass die beklagten Beschwerden und Symptome mit den erhobenen Befunden schwer vereinbar seien. Das Ergebnis des Gutachtens vom 27. Oktober 2013 erstaune daher in keiner Weise. Die einzelnen erhobenen Befunde äusserten sich an spezifischen Stellen mit spezifischen Symptomen, seien aber in der Gesamtschau nicht im subjektiv geäusserten Ausmass plausibel. Die Befunde seien im Gutachten ausreichend bewertet worden. Sie würden sich unter Berücksichtigung des subjektiven Schmerzempfindens in der leidensadaptierten Tätigkeit niederschlagen. Die in der rheumatologischen und psychiatrischen Fachdisziplin attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dürfe nicht addiert werden. Sie resultiere aus je maximal 20%, wobei durch eine ambulante psychiatrische Therapie und Physiotherapie eine Verbesserung bis auf 0% erwartet werde. Da den Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeitsschätzung entsprechend Rechnung getragen worden sei, sei kein zusätzlicher Abzug zu gewähren. Bezüglich der Schulteroperation vom April 2014 seien keine neuen Berichte eingereicht worden, womit die Beurteilung einer vollen Arbeitsunfähigkeit ohne Eingliederungspotential unbegründet geblieben sei. Insgesamt sei seit dem Vorbescheid vom Januar 2014 keine erhebliche und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten. Sollte sich der Gesundheitszustand nach einer allfällig erneuten Schulteroperation wesentlich verschlechtern, sei ein neues Gesuch einzureichen.

C.

C.a Dagegen erhob der Versicherte am 31. August 2015 Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung vom 26. Juni 2015 sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 28. Juni 2012 eine halbe Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei ihm ab diesem Datum eine Viertelsrente auszurichten (act. G 1). Zur Begründung machte er ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren im Wesentlichen geltend, dass objektivierbare Beschwerden vorlägen. Das werde insbesondere auch durch die nach dem MEDAS-Gutachten erstellten medizinischen Berichte bewiesen. Die Schulterprobleme würden im Gutachten zwar genannt, seien aber nicht richtig abgeklärt worden. Dr. E.____ zeige in ihren Berichten auf, dass eine deutliche Verschlechterung seit der polydisziplinären Begutachtung eingetreten sei. Diese zusätzliche Verschlechterung sei im Rahmen eines „Leidensabzugs“ zu berücksichtigen (act. G 1 S. 8 ff.).



St.Galler Gerichte

C.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Der Beschwerdeführer sei umfassend polydisziplinär untersucht worden. Aufgrund der harmlosen Befundlage habe der psychiatrische Gutachter zu Recht keine schwerwiegende psychiatrische Diagnose gestellt. Weil der Beschwerdeführer seine Einschränkungen seit etlichen Jahren übertrieben darstelle, sei von einer Rentenbegehrllichkeit auszugehen. Die vom psychiatrischen Gutachter attestierte quantitative Einschränkung von 20% erscheine als grosszügig. Der Gutachter habe denn auch zu Recht festgehalten, dass maximal von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen sei. Ein zusätzlicher Abzug sei nicht gerechtfertigt (act. G 4 S. 3 ff.).

C.c In der Replik vom 16. November 2015 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 6).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 8).

Erwägungen

1.

1.1 Strittig und vorliegend zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Einen Rentenanspruch haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).



1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 des IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

2.1 Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt feststehen.

2.2

2.2.1 Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin bei der MEDAS Interlaken ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt (IV-act. 185). Dieses beruht auf fachärztlichen internistischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchungen und ist in Kenntnis der umfangreichen medizinischen Aktenlage (vgl. S. 1-48 des Gutachtens) erstellt worden. Die Experten haben sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und detaillierte objektive Befunde erhoben. Sie haben ihre Diagnosen schlüssig begründet und eine überzeugende und nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Die vom Beschwerdeführer nicht weiter substantiierte Rüge, das Gutachten sei „vom Ziel her erstellt worden“, ist nicht haltbar. Wenn die Gutachter zum Schluss kommen, dass das Verhalten des Beschwerdeführers auf eine gewisse Rentenbegehrlichkeit schliessen lasse, ist dies mit Blick auf die medizinische Aktenlage plausibel. Die Diskrepanzen zwischen den klinisch erhobenen Befunden und den subjektiven Klagen des Beschwerdeführers sind aktenkundig; auch die behandelnden Ärzte und hinzugezogenen Sachverständigen haben im Verlauf der jahrelangen Abklärungen wiederholt auf das ausgeprägte Schmerz- und Schonverhalten, die deutliche Selbstlimitierung, die fehlende Eigeninitiative bzw.



Motivation, die ablehnende Haltung gegenüber der IV sowie das demonstrative Verhalten des Beschwerdeführers hingewiesen (vgl. u.a. IV-act. 25-2 f., 27-18, 62-6 f., 69-4 ff., 73, 107).

2.2.2 In psychiatrischer Hinsicht haben die Gutachter keine Hinweise für das Vorliegen einer ernsthaften psychischen Erkrankung oder einer psychischen Störung mit Krankheitswert gefunden. Sie haben die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzzustände als im Vordergrund stehend erachtet, wobei sie das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung in nachvollziehbarer Weise verneint haben. Aufgrund des vorliegenden Beschwerdebildes sind sie insgesamt von einer maximal 20%igen Einschränkung im qualitativen Leistungsbereich ausgegangen (IV-act. 185-65 ff., 185-107, 185-112 ff.). Eine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ergibt sich angesichts des weitestgehend unauffälligen Psychostatus im Begutachtungszeitpunkt nicht und ist dem Beschwerdeführer denn auch in den Vorbegutachtungen nie attestiert worden. Vor diesem Hintergrund ist die vorliegende Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS-Gutachter plausibel, auch wenn sie doch eher grosszügig erscheint. In somatischer Hinsicht haben die MEDAS-Gutachter ebenfalls die bereits erwähnten aktenkundigen Diskrepanzen und Auffälligkeiten festgehalten (IV-act. 185-64, vgl. E. 2.2). Sie haben insbesondere notiert, dass die rheumatologische Untersuchung von willkürlich ausgeführten Bewegungs- und Ausweichmanövern und Gegeninnervationen geprägt gewesen sei (IV-act. 185-77). Vor diesem Hintergrund und bei überwiegend unauffälligen klinischen Befunden überzeugt die Einschätzung der Gutachter, dass aus rheumatologischer Sicht (ebenfalls) eine maximal 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit besteht (vgl. IV-act. 185-65).

2.2.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass die rheumatologische und die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung zu kumulieren seien (act. G 1 S. 8 f.). In dieser Hinsicht kann ihm nicht gefolgt werden. Zwar lässt die Aussage des psychiatrischen Gutachters, dass sich die von ihm attestierte 20%ige Arbeitsunfähigkeit auf die Restarbeitsfähigkeit aus „anderen“ Ursachen beziehe (vgl. IV-act. 185-116), einen gewissen Interpretationsspielraum zu. Man könnte sich durchaus fragen, ob der psychiatrische Gutachter bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung von der 80%igen Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer



Sicht ausgegangen ist und diese seinerseits um 20% reduziert hat, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (act. G 1 S. 6, G 6 S. 4). Die Gutachter haben jedoch in der Gesamtbeurteilung klargestellt, dass sie ausdrücklich eine insgesamt 20%ige Leistungseinschränkung annehmen und davon ausgehen, dass sich die Arbeitsunfähigkeit mit entsprechenden Therapien auf 0% reduzieren liesse (IV-act. 185-67, 185-71). Die beschriebene Ungenauigkeit im psychiatrischen Teilgutachten genügt damit offensichtlich nicht, um den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens und damit die Zuverlässigkeit der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung in Frage zu stellen. Anzumerken bleibt, dass der RAD das Gutachten ebenfalls als schlüssig qualifiziert hat (vgl. IV-act.192). Schliesslich enthalten auch die übrigen medizinischen Akten keine Hinweise, die Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen wecken würden.

2.2.4 Zusammenfassend ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit 2002 in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich angepassten Tätigkeit ist der Beschwerdeführer im Gutachtenszeitpunkt bei ganztägigem Pensum zu 80% leistungs- bzw. arbeitsfähig gewesen.

2.3

2.3.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, seine körperlichen Beschwerden hätten seit der Begutachtung durch die MEDAS deutlich zugenommen. Dies zeige sich insbesondere darin, dass er im April 2014 an der Schulter habe operiert werden müssen (vgl. act. G 1 S. 8 f., act. G 6 S. 5). Zur Untermauerung der geltend gemachten Verschlechterung verweist er insbesondere auf die Berichte von Dr. E.____ vom 13. November 2014 und 11. Mai 2015 (IV-act. 213-2 ff., 226-8 f.).

2.3.2 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt eine subjektive Schmerzzunahme nicht ohne Weiteres auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder gar auf eine Invalidität schliessen. Vielmehr muss eine solche Verschlechterung objektiv und durch lege artis vorgenommene Untersuchungen ausgewiesen sein. Dr. E.____ ist in ihren Beurteilungen von einer maximal 30%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten sitzenden Tätigkeit ohne Einsatz des rechten



Arms und damit von einer im Vergleich zum im Begutachtungszeitpunkt deutlich eingeschränkteren Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Dr. E.____ hat als Befund im Wesentlichen eine Einschränkung der HWS-Beweglichkeit in alle Richtungen, eine massive muskuläre Dysbalance mit multiplen Triggerpunkten sowie lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein festgehalten (IV-act. 213-2 ff., 226-8 f.). Damit hat sich Dr. E.____ bei der Befunderhebung im Wesentlichen auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers gestützt. Die behandelnde Ärztin hat dabei nicht kritisch hinterfragt, ob die Angaben des Beschwerdeführers der objektiven Situation entsprechen. Dies ist vor dem Hintergrund ihres Behandlungsauftrages zwar nachvollziehbar, aufgrund der fehlenden Objektivität ist den Beurteilungen von Dr. E.____ aber jeglicher Beweiswert hinsichtlich der Diagnostik sowie der Arbeitsfähigkeitsschätzung abzusprechen. Zusammenfassend ist eine solche, weitgehend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basierende, Einschätzung des Gesundheitszustandes respektive der Arbeitsfähigkeit nicht geeignet, eine eingetretene Verschlechterung zu begründen bzw. nachzuweisen.

2.3.3 Betreffend die Schulterbeschwerden des Beschwerdeführers hat Dr. E.____ zudem selbst festgehalten, dass diese bereits seit Dezember 2001 bestünden. Folglich hat der Beschwerdeführer schon im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im Juli 2013 an diesen Beschwerden gelitten. Dennoch haben die Gutachter im damaligen Zeitpunkt trotz der Angabe von heftigen Schulterschmerzen keinen massgebenden objektiven Befund erheben können (vgl. auch IV-act. 185-77 ff., E. 2.3). Zwar ist der Beschwerdeführer im April 2014 und damit nach der Begutachtung an der rechten Schulter operiert worden. Der Umstand, dass eine Operation durchgeführt worden ist, rechtfertigt es aber für sich alleine nicht, von einer wesentlichen Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers auszugehen. Einerseits ist die durchgeführte Schultergelenksarthroskopie komplikationslos verlaufen, andererseits hat der Operateur Dr. C.____ während der Operation blande Knorpelverhältnisse, eine unauffällige Infraspinatussehne sowie keinen tiefergehenden Substanzdefekt festgestellt (IV-act. 216-5). Darüber hinaus hat er im Juni 2014 einen guten postoperativen Verlauf notiert. Selbst der Beschwerdeführer hat eine rückläufige Schmerzproblematik angegeben und ist letztmals Ende September 2014 bei Dr. C.____ in Behandlung gewesen (vgl. IV-act. 203-4 f., 216-2). Schliesslich hat auch Dr. E.____ im Oktober 2014 über eine deutliche Reduktion der Schulterbeschwerden berichtet (IV-



act. 211-2). Dass sie rund sechs Monate später gleichwohl eine Nichteinsetzbarkeit der rechten Schulter aufgrund einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung festgehalten hat (IV-act. 226-9), erscheint als mit dem geschilderten aktenmässigen Verlauf kaum vereinbar. Wie der RAD zu Recht festgehalten hat, spricht insbesondere auch die im Arthro-CT vom Mai 2015 dargestellte gute Muskelqualität dagegen, dass der Beschwerdeführer die rechte Schulter im Alltag wenig bzw. nicht einsetzt. Insgesamt ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich, dass sich die Schulterproblematik seit der Begutachtung verschlechtert hätte. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass der Zustand der rechten Schulter im Verfügungszeitpunkt mindestens dem Zustand im Begutachtungszeitpunkt entsprochen bzw., dass sich die rechte Schulter infolge der durchgeführten Operation (zwischenzeitlich) sogar als verbessert dargestellt hat.

2.3.4 Hinsichtlich der von Dr. E.____ angegebenen lumbalen Rückenschmerzen ist schliesslich darauf hinzuweisen, dass das Lumbovertebralsyndrom im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung inaktiv gewesen ist. Die lumbovertebralen Rückenbeschwerden sind von den Gutachtern als nicht mehr relevant erachtet worden (IV-act. 185-64). Dass sich diese Rückenproblematik in den knapp zwei Jahren zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung im vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerdeausmass verschlechtert hätte, ist vorliegend durch den bildgebenden Befund vom Oktober 2014 (IV-act. 213-7) nicht belegt. Vielmehr hat das CT der HWS, wie vom RAD zutreffend dargelegt, lediglich eine Zunahme der degenerativen Veränderungen und Reizsymptomatiken ergeben (vgl. IV-act. 222). Der den Beschwerdeführer im damaligen Zeitpunkt behandelnde Orthopäde Dr. D.____ hat sich denn auch für eine grösstmögliche Zurückhaltung bezüglich invasiver Massnahmen jeglicher Natur ausgesprochen (IV-act. 213-8 f.). Den Akten ist ausserdem zu entnehmen, dass Dr. D.____ trotz der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen keine OP-Indikation gesehen und seine Behandlung entsprechend abgeschlossen hat. Danach hat ein Ärzteswechsel stattgefunden und der Beschwerdeführer ist von Dr. E.____ betreut worden (vgl. IV-act. 210). Vor diesem Hintergrund ist auch eine objektive Verschlechterung der Rückenproblematik nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben.

2.3.5 Zusammenfassend ist eine über die gutachterlich attestierte Leistungseinschränkung hinausgehende relevante Verschlechterung nicht überwiegend



wahrscheinlich erstellt. Selbst wenn sich die beklagten Schulter- und Rückenbeschwerden im Übrigen objektivieren liessen, gingen damit lediglich qualitative Einschränkungen und keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit einher.

3.

Ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten bleiben die erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit zu prüfen. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt und als Küchenhilfe, im Strassenbau, als Hilfsmetzger, als Maschinenführer und als Fabrikmitarbeiter gearbeitet (vgl. IV-act. 185-49). Er hat somit seit jeher Hilfsarbeitertätigkeiten ausgeführt. Daher ist davon auszugehen, dass er ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen weiterhin solche Tätigkeiten ausführen würde. Da somit sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich (Hilfsarbeitertätigkeiten) zugrunde zu legen ist, kann ein so genannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Bei einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit erreicht der Beschwerdeführer nach wie vor keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad. Ein Tabellenlohnabzug ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers vorliegend nicht zu berücksichtigen. Anhaltspunkte dafür, dass er in einer angepassten Hilfsarbeitertätigkeit betriebswirtschaftlich-ökonomisch gesehen nur noch eine unterdurchschnittliche Arbeitsleistung erbringen könnte, sind vorliegend nicht ersichtlich. Im Übrigen würde selbst bei Gewährung des beantragten – nicht gerechtfertigten – 20%igen Abzugs kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 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 Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.