



Fall-Nr.: IV 2006/88
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 12.05.2020
Entscheiddatum: 20.03.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 20.03.2007

Art. 44 ATSG; Widerspruch zwischen diversen Arztberichten und einem medizinischen Gutachten, Anordnung eines Obergutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. März 2007, IV 2006/88). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2007.

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Lisbeth Mattle Frei; a.o. Gerichtsschreiber Marcel Aebischer

Entscheid vom 20. März 2007

In Sachen

E.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Schmucki, Marktgasse 3, Postfach,

9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

IV-Leistungen



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- a) E.____, geboren 1961, erlitt 1996 in einer Feuerwehrrübung beim Anheben einer Motorspritze eine mögliche beginnende Leistenhernie (Inguinalhernie), welche im Januar 1997 von Dr. med. A.____ im Spital X.____ operiert wurde. Der Versicherte beklagte sich in der Folge über persistierende Inguinalbeschwerden, weshalb ihm im Februar 2000 der Nervus ilioinguinalis rechts durchtrennt wurde. Nachdem die Beschwerden im Bereich der rechten Leiste trotzdem weiter bestanden, wurde am 16. Januar 2003 eine nochmalige Revision durchgeführt, wobei nicht resorbierbares Nahtmaterial entfernt und der verbliebene Ramus genitales des Nervus genitofermoralis durchtrennt wurde. Die Beschwerden nahmen jedoch auch nach diesem Eingriff nicht ab, sodass der Versicherte am 25. September 2003 in der Schmerzprechstunde des Spitals Y.____ untersucht und dabei ein neuropathischer Schmerz im Bereich des Nervus ilioinguinalis rechts diagnostiziert wurde (act. G 6.1/14 S. 2; G 6.1/16 S. 5 f.; G 4.1/1; siehe auch G 1.1/7). Seit dem 16. Oktober 2003 ist er im zuletzt ausgeübten Beruf als Gemüsegärtner zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. act. G 6.1/16 S. 5).

b) Am 27. Dezember 2003 meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beanspruchte eine Invalidenrente (act. G 6.1/1, 6). Ab ca. Februar 2004 wurde er im Schmerzzentrum U.____ schmerztherapeutisch behandelt, wobei Dr. med. B.____, Schmerzzentrum U.____, die Erfolgsaussichten schmerztherapeutischer Massnahmen mit Bericht vom 22. März 2004 als gering einstufte (vgl. dazu act. G 6.1/16 S. 8-12). Mit Arztbericht vom 12. Mai 2004 diagnostizierte Dr. med. C.____, Chefarzt der Abteilung für Chirurgie am Spital X.____, chronische Leistenschmerzen links (recte: rechts) nach Hernienoperation, degenerative Veränderungen der LWS mit Spondylophytenbildungen und leicht- bis mässiggradiger Osteochondrose L1/2 bis L2/3 sowie eine kleinvolumige breitflächige mediane Diskushernie L4/5. Zusammenfassend hielt Dr. C.____ sinngemäss fest, sämtliche ergriffenen Therapiemassnahmen hätten längerfristig keine Linderung der Beschwerden im Bereich der rechten Leiste gebracht. Der Versicherte könne seine Tätigkeit als Gemüsegärtner nur noch ca. 30 Minuten pro Tag unter Tramal durchführen. Kontrolltätigkeiten im Betrieb ohne körperliche Beanspruchung seien ihm



zwar zumutbar, würden jedoch nur im Ausmass von ca. einer Stunde pro Tag anfallen. Der Versicherte sei somit praktisch als 100 % arbeitsunfähig einzustufen und eine Umschulung auf eine andere Tätigkeit müsse überlegt werden (act. G 6.1/16 S. 5 f.).

c) Die Sozialversicherungsanstalt St. Gallen (SVA) führte am 9. November 2004 eine Abklärung der Verhältnisse an Ort und Stelle durch. Dabei führte der Versicherte aus, bis 2001 sei er selbständig gewesen und habe zur Hauptsache Tomaten produziert sowie herkömmlichen Ackerbau betrieben. Nach wirtschaftlichen Schwierigkeiten habe er per 1. März 2001 zusammen mit seinem ehemaligen Lehrmeister die Z.____ GmbH, gegründet, mit welcher eine Gemüsegiärtnerei betrieben werde. An dieser Gesellschaft seien er zu 30 % und die V.____ zu 70 % beteiligt. Bei der GmbH habe er bis anfangs 2003 ein Pensum von 70 % verrichtet, die übrigen 30 % habe er weiterhin als Selbständigerwerbender gearbeitet. Seit diesem Zeitpunkt bestehe sein Alltag aus Disponieren, Produktkontrolle, Kontrolle bezüglich Dünger und Pflanzenschutzmitteleinsatz sowie einzelnen Maschineneinsätzen. Dies mache rund 20 % der anfallenden Arbeiten aus. 80 % seiner ursprünglichen Arbeit bestehe aus Tätigkeiten, welche am Boden zu verrichten seien. Diese Arbeiten können er nun nicht mehr verrichten. Selbst das Autofahren mache ihm Mühe. Wenn er keine Medikamente nehme, könne er überhaupt keine körperliche Arbeit bewältigen. Er müsse sich aufgrund der Schmerzen zwar permanent schonen, komme aber trotzdem nicht darum herum, hin und wieder zuzupacken. Mit einem Quantum von 120 Tramaltropfen sei eigentlich jede Arbeit möglich, damit werde jedes Gefühl und jeder Schmerz ausgeschaltet. Er müsse jedoch jeden körperlichen Einsatz während der folgenden Tage mit Extremschmerzen büssen und sei dann kaum mehr fähig, sich auf den Beinen zu halten. Er sei seit dem Unfall 1996 in unterschiedlichem Ausmass bei der Tätigkeit als Gemüsegiärtnereingeschränkt. Seit dem 16. Januar 2003 (recte: 16. Oktober 2003, vgl. oben, E. I/A/a) werde ihm jedoch eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Mit Abklärungsbericht Selbständigerwerbende vom 29. November 2004 wurde die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in allen in Frage kommenden Tätigkeiten gestützt auf diese Angaben mit 70-80 % beziffert, woraus gestützt auf einen Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 75 % resultierte (act. G 6.1/25 insb. S. 1-5 und 11).



B.- a) Der Regionale ärztliche Dienst für die Invalidenversicherung (RAD) kam in der Folge zur Auffassung, die IV-rechtliche Situation des Versicherten sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten noch zu unklar, insbesondere liege noch keine psychiatrische Stellungnahme vor. Es sei deshalb ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen (act. G 6.1/27).

b) Mit Gutachten vom 30. Mai 2005 diagnostizierte die MEDAS-Stelle Schmerzen im Bereich der Inguina rechts (ICD-10 R 52.2) sowie Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), welche Diagnosen allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hätten. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könnten keine gestellt werden. Weiter wurde ausgeführt, die Beschwerden des Versicherten könnten zwar zur Kenntnis genommen werden, es liessen sich in der klinischen Untersuchung aber bei lokaler Schmerzprovokation keine vegetativen Begleiterscheinungen beobachten. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparates habe kein Schmerz inguinal beobachtet werden können, der bei verschiedenen Untersuchungssituationen eigentlich hätte auftreten sollen. Aus neurologischer, aber auch aus internistischer und allgemeinmedizinischer Sicht, bestehe deshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In psychiatrischer Hinsicht bestehe keine affektive Beeinträchtigung im Sinne einer Depression. Nachvollziehbar sei die psychosoziale und finanzielle Situation angespannt. Eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe aber auch psychiatrisch gesehen nicht. In der Konsensbesprechung präsentiere sich ein Explorand mit einer beträchtlichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Ausserdem bestehe eine prekäre wirtschaftliche Situation. Dem Versicherten sei die Willensanstrengung jedoch zumutbar, trotz allfälliger subjektiver Schmerzen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Weshalb die erfolglos operierenden Chirurgen am Spital X. ___ eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hätten, könne nicht nachvollzogen werden, da sie aus somatischer Sicht keine Erklärung für die Beschwerden gehabt hätten. Offensichtlich sei der effektive Status quo, vorgegeben durch die subjektiven Beschwerden und vor allem die effektive Arbeitsniederlegung des Versicherten, akzeptiert worden. Dies äussere sich auch im Abklärungsbericht Selbständigerwerbende, welcher die subjektiven Limitierungen des Versicherten 1:1 übernommen habe. Zusammenfassend sei der Versicherte sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in sämtlichen Verweistätigkeiten voll arbeitsfähig (act. G 6.1/35 insb. Ziff. 5 ff.).



c) Mit Verfügung vom 29. Juli 2005 verneinte die IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Anspruch des Versicherten auf eine IV-Rente. Die interdisziplinären Abklärungen hätten ergeben, dass es dem Versicherten zumutbar sei, weiterhin ein volles Arbeitspensum zu leisten und dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Nachdem der gestützt auf einen Einkommensvergleich errechnete Invaliditätsgrad mit 10 % unterhalb der Grenze von 40 % liege, sei das Leistungsbegehren abzuweisen (act. G 6.1/43).

C.- a) Gegen diese Verfügung erhob der Rechtsvertreter des Versicherten am 8. September 2005 Einsprache. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer werde im MEDAS-Gutachten implizit als Simulant bezeichnet, obwohl die behandelnden Ärzte beim Versicherten chronische Leistenschmerzen festgestellt hätte. Dieses Schmerzsyndrom schein den Gutachtern der MEDAS nicht bekannt zu sein, obwohl es nach der medizinischen Literatur nach Leistenbruchoperationen mit einer Häufigkeit von 5-15 % auftrete. Er beantrage deshalb eine Befragung der vom Versicherten aufgesuchten Ärzte Dr. A.____, Dr. B.____ und Dr. D.____ (act. G 6.1/48).

b) Mit Schreiben vom 30. September 2005 nahm Dr. E.____ von der MEDAS zur Einsprachebegründung Stellung. Er führte aus, die vom Rechtsvertreter erwähnten Probleme nach Leistenbruchoperationen seien ihnen bekannt. Die neurologischen Untersuchungen könnten dann aber in dieser Situation Befunde erheben, die im Rahmen einer erhöhten Nervenempfindlichkeit (neuropathisches Schmerzsyndrom), die genau dermatomal zuordenbar sei, nachvollziehbar seien. Begleitet würden diese Schmerzauslösungen von vegetativen Symptomen, was bei ihrer Untersuchung nicht der Fall gewesen sei. Aufgrund einer statistischen Wahrscheinlichkeit von Folgeproblemen könne nicht automatisch, aus rein somatischer Sicht bei subjektiver Beschwerdeangabe gefolgert werden, die Beschwerden seien dort unterzuordnen. Da die psychiatrische Untersuchung keine affektive Störung und Depression ergeben habe und die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht sicher erfüllt gewesen seien, hätten sie den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erhoben. Mit anderen Worten hätten sie also eine Schmerzstörung festgestellt, die jedoch per se die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Daraus gehe hervor, dass ihrerseits eine subjektive Schmerzproblematik nicht abgestritten werde und sie den Einsprecher in keiner Weise als Simulanten bezeichnet hätten. Aufgrund



St.Galler Gerichte

der objektivierbaren Befunde und auch in zu wahrer Gerechtigkeit gegenüber allen anderen Mitversicherten könnten aber keine Gründe gefunden werden, weshalb die Arbeitsfähigkeit reproduzierbar und nachvollziehbar eingeschränkt sein sollte (act. G 6.1/56 S. 1 f.).

c) Am 20. März 2006 äusserte sich der Rechtsvertreter des Einsprechers zum Schreiben von Dr. E.____. Er erklärte, der Einsprecher befinde sich wegen der somatisch bedingten Beschwerden weiterhin in Behandlung. Gemäss Dr. B.____ handle es sich bei den angegebenen Beschwerden um einen therapieresistenten Deafferenzierungsschmerz (vgl. act. G 6.1/65a). Diese Aussage sowie die Stellungnahmen des Naturarztes F.____ und der Physiotherapeutin G.____ (act. G 6.1/65b-c) würden sich mit der Beurteilung der Chirurgen Dr. A.____ und Dr. C.____ decken. Aufgrund der unterschiedlichen Beurteilung dränge sich die Einholung eines wirklich neutralen und unabhängigen Gutachtens auf, zumal Dr. B.____ unmissverständlich festhalte, dass die körperliche Leistungsfähigkeit des Einsprechers erheblich eingeschränkt bleibe (act. G 6.1/65).

d) Mit Entscheid vom 27. März 2006 wies die IV-Stelle St. Gallen die Einsprache ab (act. G 1.2/1).

D.- a) Gegen diesen Entscheid richtet sich die Beschwerde vom 11. Mai 2006 mit dem Antrag, der Einspracheentscheid vom 27. März 2006 sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung von Massnahmen der Invalidenversicherung zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung bringt der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen vor, das MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 sei nicht zuverlässig, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Er beantrage eine neue Begutachtung, dieses Mal durch einen Spezialisten, welcher sich mit dem doch relativ häufig auftretenden Schmerzsyndrom nach Leistenbruchoperation auskenne (act. G 1).

b) Innert erstreckter Frist reicht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 12. Juni 2006 zwei weitere Arztberichte von Dr. A.____ und Dr. B.____ (act. G 4.1/1-2) sowie eine darauf gestützte Beschwerdeergänzung ein. Dabei hält er an seinem Antrag auf Einholung eines Obergutachtens durch einen Spezialisten fest (act. G 4).



St.Galler Gerichte

c) Mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2006 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 6).

d) Am 7. Juli 2006 lässt der Beschwerdeführer eine Replik einreichen, mit welcher er an seinen Anträgen festhält (act. G 8).

e) Am 14. Juli 2006 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

f) Auf die weiteren Ausführungen der Parteien und die ins Recht gelegten Akten wird, soweit entscheidwesentlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen werden.

II.

1.- a) Um den Invaliditätsgrad einer versicherten Person bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Versicherungsgericht 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (SVR 2006 IV Nr. 10, S. 39; BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

b) Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er



auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

c) Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht der Richter beispielsweise bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3b/aa mit Hinweisen).

2.- a) In der Verfügung vom 29. Juli 2005 ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus und bezifferte den massgebenden Invaliditätsgrad mit 10 % (act. G 6.1/43). Zusätzlich zum MEDAS-Gutachten liegen in chronologischer Abfolge die folgenden Arztberichte und -zeugnisse im Recht: Am 29. August 1997 diagnostizierte Hausarzt Dr. med. H. ___ eine direkte und indirekte Leistenhernie rechts und bescheinigte seit Monaten zunehmende Leistenbeschwerden rechts bei kleiner



St.Galler Gerichte

Leistenhernie (act. G 6.1/9 S. 30). Mit Schreiben vom 10. Januar 2001 hielt Dr. A.____ die postoperative Entwicklung eines sog. Ilioinguinalsyndroms durch Irritation des Nervus ilioinguinalis fest, wobei es sich um eine bekannte Komplikation nach einer Leistenbruchoperation handle (act. G 6.1/9 S. 32; vgl. auch die weiteren Arztzeugnisse, G 6.1/9 S. 33, 37, 38). Am 27. Dezember 2001 indizierte die Radiologie der Klinik T.____, Y.____, nach erfolgter MRI-Untersuchung den Verdacht auf ein chronisches lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom und Verdacht auf pseudoradiculäre Symptomatik (act. G 6.1/16 S. 12). Mit Austrittsbericht vom 17. Januar 2003 diagnostizierte das Spital X.____ chronisch persistierende Leistenschmerzen rechts nach der zweiten Leistenrevision am 16. Januar 2003 (act. G 6.1/9 S. 2). Dr. med. I.____, Oberarzt Anästhesie am Spital Y.____, stellte nach ambulanter Behandlung des Beschwerdeführers in der Schmerzprechstunde vom 5. Dezember 2003 Narbenschmerzen der rechten Seite fest (act. G 6.1/16 S. 7). Mit Bericht vom 9. September 2003 hielt Dr. A.____ gegenüber den Mobiliar Versicherungen fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom unbekannter Ursache nach Leistenbruchoperation (act. G 1.1/4). Nach erfolgter Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen diagnostizierte der von der Anästhesiologie des Spitals Y.____ zugezogene Dr. B.____ am 12. Februar 2004 Leistenschmerzen nach Inguinalhernien-OP rechts 1998. Gleichzeitig erklärte er, dass die Therapiemöglichkeiten bei den gegebenen Deafferenzierungsschmerzen relativ begrenzt seien (act. G 6.1/16 S. 8 ff.). Am 16. Februar 2004 berichtete Dr. H.____ zuhanden der Beschwerdegegnerin, beim Beschwerdeführer bestehe als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein neuropathischer Schmerz im Bereich des Nervus ilioinguinalis rechts nach Leistenhernienoperation 1998 (act. G 6.1/14). Mit Arztbericht vom 12. Mai 2004 diagnostizierte Dr. C.____ chronische Leistenschmerzen links (recte: rechts) nach Hernienoperation, degenerative Veränderungen der LWS mit Spondylophytenbildungen und leicht- bis mässiggradiger Osteochondrose L1/2 bis L2/3 sowie eine kleinvolumige breitflächige mediane Diskushernie L4/5. Weiter hielt Dr. C.____ fest, sämtliche ergriffenen Therapiemassnahmen hätten längerfristig keine Linderung der Beschwerden im Bereich der rechten Leiste gebracht (act. G 6.1/16 S. 5 f.). Mittels Stellungnahme vom 29. November 2004 hielt der RAD fest, es handle sich vorliegend um ein chronisches Schmerzsyndrom in der rechten Leiste. Unklar sei jedoch, weshalb dem Beschwerdeführer von Dr. C.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. eine



Arbeitsfähigkeit von einer Stunde in einer adaptierten Tätigkeit attestiert, gleichzeitig aber empfohlen werde, eine Umschulung zu überlegen, obwohl gemäss Arztzeugnis keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vorliege (act. G 6.1/27). Mit Sprechstundenbericht vom 9. August 2005 diagnostizierte Dr. D.____, stellvertretender Chefarzt der Abteilung für Chirurgie am Spital Y.____, chronische Leistenschmerzen rechts (act. G 1.1/7). Am 16. Februar 2006 stellte Dr. B.____ invalidisierende Leistenschmerzen rechts bei Status nach mehreren Leistenoperationen fest. Es handle sich bei den angegebenen Beschwerden um einen therapieresistenten Deafferenzierungsschmerz, welcher nicht selten nach Leistenhernienoperationen auftrete (act. G 6.1/65a). Mit Bericht vom 24. Mai 2006 hielt Dr. A.____ fest, bei dem vom Beschwerdeführer verspürten Schmerz handle es sich um einen sog. neuropathischen Schmerz, d.h. von einem Nervengewebe ausgelösten Schmerz. Hinsichtlich der ihm attestierten Arbeitsunfähigkeit seien die geklagten Beschwerden aus seiner Sicht immer glaubwürdig gewesen. Er gehe grundsätzlich davon aus, dass geklagte Schmerzen und Beschwerden bei einem arbeitswilligen Patienten bis zum Beweis des Gegenteils (und Schmerzsimulation sei selbst durch Spezialisten schwer zu beweisen) der Wahrheit entsprächen. Somit sei die Indikation zur Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit bei den geklagten Beschwerden unter Berücksichtigung der schweren körperlichen Arbeit gegeben. Gleichzeitig habe der Patient jedoch immer berichtet, dass er fast ständig in seinem Beruf als Gemüsebauer, wenn auch nur stundenweise, tätig gewesen sei. Für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeit sei das Symptom des Schmerzes ausreichend, auch wenn keine Erklärung für die Beschwerden gegeben werden könne. Es sei aus medizinischer Sicht widersinnig, Schmerz nur dann als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren, wenn dieser genauestens erklärt werden könne (act. G 4.1/1). Dr. B.____ diagnostizierte mit Schreiben vom 7. Juni 2006 invalidisierende Leistenschmerzen rechts bei Status nach Leistenhernienoperation 1998. Die Leistenschmerzen hätten auch auf einen letzten Therapieversuch am 24. Januar 2006 nicht angesprochen, sodass weitere Interventionen nicht mehr indiziert seien und die Behandlung als erfolglos abgeschlossen werden müsse. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien absolut glaubhaft. Persistente Schmerzen nach Leistenbruchoperationen seien eine bekannte Komplikation. In den letzten sechs Jahren habe er insgesamt acht Patienten mit dem gleichen Beschwerdebild nach Leistenoperation gesehen. Es sei



allgemein bekannt, dass diese Beschwerden therapieresistent seien und auch mit den zur Verfügung stehenden Behandlungsverfahren kaum beeinflusst werden könnten. Im Weiteren gehe er davon aus, dass ein Patient, der keine Beschwerden habe, sich nicht wiederholten Operationen und Behandlungsversuchen unterziehe. Der Beschwerdeführer habe auf der ganzen Linie jegliche Therapieverschlüsse (darunter auch die medikamentöse Therapie mit den entsprechenden Nebenwirkungen) als Hoffnungsschimmer bereitwillig aufgenommen und sich den sicherlich nicht angenehmen Eingriffen unterzogen. Das Unvermögen, ein sicheres Korrelat für die Schmerzen nachweisen zu können, bedeute nicht, dass der Patient keine Schmerzen habe. Auch mit den modernsten Mitteln könnten Schmerzen nicht objektiviert werden. Pathophysiologisch liessen sich die Beschwerden durch Vernarbungen und Nervenschädigungen aber durchaus erklären. Diese Nervenläsionen würden meist therapieresistente stechende, brennende Schmerzen verursachen. Interessanterweise habe während der Probestimulation die äussere Hälfte der rechten Leiste abgedeckt werden können, der mediale Leistenbereich habe sich aber nicht stimulieren lassen. Dies könne als Hinweis dafür gewertet werden, dass im Versorgungsgebiet des resezierten Nervus ilioinguinalis ein Deafferenzierungsschmerz bestehe. Es sei mehr als nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden in seiner beruflichen Tätigkeit als Gemüsebauer stark beeinträchtigt sei (act. G 4.1/2).

b) Im Wesentlichen lässt der Beschwerdeführer mit Bezug auf die zitierten Arztberichte und –zeugnisse nun vorbringen, sämtliche seit 1997 behandelnden und untersuchenden Ärzten würden davon ausgehen, dass beim Beschwerdeführer keine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit vorliege, schon gar nicht in seiner angestammten Tätigkeit als Gemüsebauer. Lediglich die MEDAS komme zu diesem Schluss. Dr. A.____, Dr. B.____, Dr. J.____ und Dr. D.____ würden allesamt nicht am tatsächlichen Vorliegen eines nach einer durchgeführten Leistenbruchoperation typischen Schmerzsyndroms zweifeln. Dr. A.____ spreche von Deafferenzierungsschmerzen, wobei es sich um Schmerzen handle, welche tatsächlich empfunden würden, für welche es rein pathologisch aber keine Erklärung gebe. Entgegen der Ansicht der MEDAS seien beim Beschwerdeführer damit sehr wohl somatische Beschwerden und nicht etwa eine somatoforme Schmerzstörung und damit eine psychische Störung vorhanden. Läge tatsächlich eine psychische Problematik vor, so wären kaum so viele Operationen und Therapieversuche veranstaltet worden. Vielmehr hätte es dann gereicht, einfach eine



Psychotherapie durchzuführen. Auf das MEDAS-Gutachten könne somit nicht abgestellt werden, da es medizinisch fehlerhaft sei. Einerseits beruhe es nicht auf umfassenden Abklärungen, andererseits würden nicht alle Vorbefunde berücksichtigt. Ausserdem seien die Schlussfolgerungen der Gutachter nicht nachvollziehbar. Aus diesem Grund sei eine neue Begutachtung durchzuführen, diesmal unter Berücksichtigung der somatischen Befunde. Das Gutachten sei von einem Spezialisten auszufertigen, welcher sich mit dem Schmerzsyndrom nach einer Leistenbruchoperation auskenne (act. G 1; G 4 S. 3).

c) Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die bestehende medizinische Aktenlage einen abschliessenden Entscheid über den Invaliditätsgrad erlaubt. Nachdem die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt massgebend auf das MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 abgestellt hat, ist zunächst dieses Gutachten hinsichtlich seiner Zuverlässigkeit bzw. der Anforderungen der Rechtsprechung an ein solches zu überprüfen. Dabei wird auch die Frage zu beantworten sein, ob der Beschwerdeführer ein weiteres Mal zu begutachten ist.

3.- a) Das MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 erfüllt die formellen Kriterien an ein medizinisches Gutachten, insbesondere berücksichtigt es sämtliche wesentlichen Akten, erhebt eine ausführliche Anamnese unter Einbezug der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, basiert auf zusätzlich durchgeführten Untersuchungen bzw. den gestützt darauf erhobenen Befunden sowie Beurteilungen und beantwortet die gestellten Fragen anschliessend an die gutachterliche Diskussion/Beurteilung (vgl. zum Aufbau eines Gutachtens UELI KIESER, Die rechtliche Würdigung von medizinischen Gutachten, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 145 f.). Im Zusammenhang mit den von der MEDAS durchgeführten Untersuchungen ist allerdings auf zwei Punkte hinzuweisen, auf welche der Beschwerdeführer bereits aufmerksam gemacht hat (vgl. act. G 6.1/48 S. 4; G 1.2/5). Erstens stellt sich die Frage, weshalb keine chirurgische Untersuchung stattgefunden hat, nachdem die Beschwerden durch einen chirurgischen Eingriff ausgelöst worden sind. Der zweite Punkt betrifft die Tatsache, dass Lendenwirbelsäule und Hüftgelenk aufgrund der neurologischen Beurteilung uneingeschränkt beweglich sind, was aber nicht mit den geklagten Schmerzen übereinstimmt (Ziff. 4.1.4 des



Gutachtens). Aufgrund der Aktenlage ist der Beschwerdeführer gezwungen, ab und zu körperliche Arbeit auf sich zu nehmen (vgl. z.B. act. G 6.1/25). Es ist somit davon auszugehen, dass dies zumindest für eine kurze Zeit möglich ist, bevor er körperliche Arbeiten schmerzbedingt aufgeben muss. Die neurologische Untersuchung fand ausserdem an einem Montag statt. Der Beschwerdeführer hat hierzu ausgeführt, er habe am Tag vor der Untersuchung relativ wenig Schmerzen gehabt, da er sich über das Wochenende geschont, warme Bäder genommen und die Sauna besucht habe. Er habe dies dem Arzt bereits anlässlich der Untersuchung erklärt. Ob die Berücksichtigung dieser beiden Einwendungen zu einer anderen Beurteilung durch die Gutachter geführt hätte, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden und muss deshalb offen bleiben.

b) Die Würdigung der medizinischen Aktenlage umfasst nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts auch die Auseinandersetzung mit abweichenden Beurteilungen anderer Ärzte (vgl. Urteil I 645/2005 vom 13. April 2006, E. 2.3), was in Ziffer 6.4 des Gutachtens grundsätzlich auch getan wird. Nicht nachvollziehbar ist nun allerdings die Aussage der Gutachter, bezüglich Befunderhebung würden sie mit sämtlichen früheren Untersuchern übereinstimmen, indem nämlich die Schmerzen und Beschwerden des Exploranden keiner somatisch zu definierenden Ursache zugeordnet werden könnten. Die Ursachen der Schmerzen konnten von den involvierten Ärzten zwar tatsächlich nicht zugeordnet werden, die Mehrheit der früheren Untersucher stellte in somatischer Hinsicht jedoch wie gesehen (vgl. oben, E. II/2/a) eine eindeutige Diagnose, nämlich das Vorliegen eines Ilioinguinalsyndroms bzw. eines chronischen Schmerzsyndroms. Abgesehen davon ist der Hinweis der Gutachter, sie würden insbesondere mit dem langjährigen Hausarzt übereinstimmen, welcher die Beschwerden insgesamt als atypisch und fragwürdig einstufte, nicht stichhaltig, hatte dieser den Beschwerdeführer zu jenem Zeitpunkt doch seit zwei Jahren nicht mehr gesehen (vgl. act. G 1.2/5). Insgesamt kann festgehalten werden, dass hinsichtlich der Diagnosestellung und damit auch der Schlussfolgerungen eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem MEDAS-Gutachten vom 30. Mai 2005 und den übrigen im Recht liegenden Berichten der behandelnden Ärzte besteht.

4.- a) Nach der Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts (seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts) können Schmerzangaben der



versicherten Person allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind, andernfalls sich eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleisten liesse (Urteil I 382/2000 vom 9. Oktober 2001, E. 2b; vgl. auch Urteil I 683/2003 vom 12. März 2004, E. 2.2.2).

b) Mit Schreiben vom 30. September 2005 erklärte Dr. E.____ von der MEDAS-Stelle, nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einspracheweise auf die bestehende Diskrepanz in den ärztlichen Beurteilungen hingewiesen hatte, die erwähnten Probleme nach Leistenbruchoperationen seien auch ihnen bekannt. Die neurologischen Untersuchungen könnten dann aber in dieser Situation Befunde erheben, die im Rahmen einer erhöhten Nervenempfindlichkeit (neuropathisches Schmerzsyndrom), die genau dermatomal zuordenbar sei, nachvollziehbar seien. Begleitet würden diese Schmerzauslösungen von vegetativen Symptomen, was bei ihrer Untersuchung nicht der Fall gewesen sei (act. G 6.1/56). Gestützt darauf und mit Bezug auf die eben zitierte Rechtsprechung des Eidg. Versicherungsgerichts macht die Beschwerdegegnerin nun geltend, die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten sei aufgrund von objektiven Faktoren, namentlich gestützt auf sorgfältig erhobene Befunde, zu bestimmen. Es genüge nicht, wenn für eine Arbeitsunfähigkeit auf die Schmerzsymptomatik abgestützt werde (act. G 6). Aufgrund der durchgeführten Untersuchungen sei lediglich der Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung ohne invalidisierende Wirkung festgestellt worden, nicht aber somatische Beschwerden. Da eine somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit nach der Rechtsprechung im Regelfall nicht beeinträchtigt, sei die Verfügung vom 29. Juli 2005 nicht zu beanstanden (act. G 1.2/1). Dem widersprechen Dr. A.____ und Dr. B.____ gerade mit Bezug auf den vorliegenden Fall und kommen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden in seiner beruflichen Tätigkeit als Gemüsebauer stark beeinträchtigt sei, obwohl die Schmerzen objektiv nicht nachweisbar seien (vgl. oben, E. II/2/a).

c) Zwar stützen sich die Berichte von Dr. A.____ und Dr. B.____ in ihren Beurteilungen tatsächlich in erster Linie auf subjektive Schmerzangaben des Beschwerdeführers. Andererseits ist die Diagnose Ilioinguinalsyndrom bzw. chronisches Schmerzsyndrom



nach Angabe von Dr. A.____ in der medizinischen Literatur beschrieben und kommt nach Leistenbruchoperationen mit einer Häufigkeit von 5-15 % vor (vgl. act. G 1.1/4). Bei einem Ilioinguinalsyndrom bestehen teilweise Kreuz- und Leistenschmerzen, eine schmerzhafte Einschränkung der Hüftinnenrotation und Streckung im Hüftgelenk sowie Schmerzen beim nach vorne Beugen und Gehen. Ausserdem kann es zu Gefühlsstörungen kommen (vgl. etwa [http:// www.neuro24.de/glossar1.htm](http://www.neuro24.de/glossar1.htm) oder [http:// www.ilioinguinalis-syndrom.de](http://www.ilioinguinalis-syndrom.de), beide besucht am 5. Februar 2007). Beim Beschwerdeführer liegen gemäss Dr. B.____ mit dem Schmerzsyndrom einhergehende Deafferenzierungsschmerzen vor, bei welchen es sich um Schmerzen handelt, die nach bzw. trotz der Ausschaltung der sensiblen Impulse im ehemaligen Versorgungsgebiet des betroffenen Nervs oder Nervenstammes auftreten. Zu einem solchen Deafferenzierungsschmerz kann es nach jeder Nervendurchtrennung kommen (vgl. <http://www.deafferenzierungsschmerz.de>, besucht am 2. Februar 2007). Aufgrund der medizinischen Akten sind die genannten schmerzhaften Einschränkungen sowie Gefühlsstörungen (vgl. act. G 6.1/35 Ziff. 4.1.1.1) beim Beschwerdeführer wie beschrieben aufgetreten. Ob es sich bei den Leiden des Beschwerdeführers nun jedoch um eine bloss somatoforme Schmerzstörung (Verdacht) handelt oder ob beim von den behandelnden Ärzten diagnostizierten Ilioinguinalsyndrom tatsächlich ein somatisches Leiden und damit ein mit den Schmerzangaben korrelierender, schlüssig feststellbarer Befund im Sinne der zitierten Rechtsprechung vorliegt, kann an dieser Stelle nicht entschieden werden, da diese Beurteilung rein medizinischer Natur ist. Die gegensätzlichen Meinungsäusserungen der behandelnden Ärzte erscheinen dem Gericht jedenfalls als triftig genug, die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vom 30. Mai 2005 in Frage zu stellen. Es bestehen mit anderen Worten ernsthafte Zweifel an der Richtigkeit der von den MEDAS-Gutachtern gezogenen Schlussfolgerungen, insbesondere ob beim Beschwerdeführer wirklich "nur" der Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung vorliegt und tatsächlich keine somatischen Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit existieren. Dies gilt umso mehr, als sich die betreffenden Ärzte im Gegensatz zu den Gutachtern der MEDAS-Stelle seit Jahren mit dem Beschwerdeführer beschäftigen und es sich hierbei ebenfalls um Fachspezialisten (Chirurgie bzw. Schmerztherapie) handelt. Auffällig ist ausserdem die Vielzahl der gegensätzlichen Meinungsäusserungen: Anhand der zahlreich vorhandenen Arztberichte wird ersichtlich, dass sich mehrere Ärzte (Dr. A.____, Dr.



C.____, Dr. B.____, Dr. D.____, Dr. J.____, Dr. I.____) hinsichtlich der somatischen Beschwerden im Wesentlichen einig sind und ihre Beurteilungen der körperlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers (soweit sie sich dazu äussern) kaum voneinander abweichen. Ein Indiz, welches auf eine schwere Beeinträchtigung des Beschwerdeführers durch die gegebenen Schmerzen hindeutet, ist ferner die Tatsache, dass ihm im Januar 2006 operativ eine Schmerzpumpe eingebracht worden ist (vgl. act. G 6.1/63). Mit der Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wird sich deshalb aus den genannten Gründen und weil sich die aktuellsten Berichte der behandelnden Ärzte nicht zum Grad der Arbeitsunfähigkeit äussern, ein Obergutachten zu beschäftigen haben.

d) Dieses Gutachten wird sich insbesondere auch zur Frage äussern müssen, ob Schmerzbewältigungsstrategien denkbar sind und gegebenenfalls ob und in welchen Aktivitäten eine verwertbare Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist oder nicht. Es erscheint zweckmässig, den Beschwerdeführer erneut polydisziplinär zu begutachten, wobei zumindest chirurgische, neurologische und psychiatrische Untersuchungen vorzunehmen sein werden. Für die chirurgische Begutachtung ist ausserdem auf einen Chirurgen zurückzugreifen, welcher grosse Erfahrung auf dem Gebiet der Leistenbruchoperation sowie ihrer Risiken und unerwünschten Folgen mit sich bringt. Schliesslich ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer in einem früheren Zeitpunkt über Rückenschmerzen beklagt und Dr. C.____ mit Arztbericht vom 12. Mai 2004 auch eine kleinvolumige breitflächige mediane Discushernie L4/5 diagnostiziert hat (act. G 6.1/16 S. 5). In der gesamten gutachterlichen Diskussion der MEDAS wie auch in den Berichten der behandelnden Ärzte ist von diesen Rückenbeschwerden allerdings nie mehr die Rede. Das Obergutachten wird sich deshalb zweckmässigerweise auch darüber zu äussern haben, ob die Leiden des Beschwerdeführers allenfalls mit der Discushernie im Zusammenhang stehen könnten.

5.- a) Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 27. März 2006 aufzuheben und die Sache ist zur Anordnung eines Obergutachtens im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Je nach dem konkreten Abklärungsergebnis wird die Beschwerdegegnerin allenfalls noch Eingliederungsmassnahmen zu prüfen haben.



b) Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei jedoch Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Als Obsiegen gilt nach ständiger Rechtsprechung auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks ergänzender Abklärungen (BGE 127 V 234 E. 2b/ bb in fine). 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 (sGS 963.75) pauschal Fr. 750.-- bis Fr. 7'500.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. Im vorliegenden Fall erscheint unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zu einem nicht unwesentlichen Teil zur Sachverhaltsermittlung beigetragen hat und ihm dadurch überdurchschnittliche Aufwendungen entstanden sind, eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 27. März 2006 aufgehoben und die Sache wird zur Anordnung eines Obergutachtens im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.