



Fall-Nr.: IV 2009/101
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 01.07.2020
Entscheiddatum: 09.03.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 09.03.2011

Art. 17 ATSG, Art. 28 IVG: Rentenrevision. Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auch nach zweimaliger Diskushernienoperation nicht nachgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. März 2011, IV 2009/101).

Entscheid Versicherungsgericht, 9. März 2011

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 9. März 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision



Sachverhalt:

A.

A.____ erlitt am 6. Februar 1987 einen Arbeitsunfall beim Heben eines schweren Gewichts (UV-act. 20). Eine Computertomographie vom 19. März 1987 ergab eine grosse Diskushernie L5/S1 mit Wurzelkompression (UV-act. 23). Die schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) erbrachte die gesetzlichen Leistungen. Die konservative Behandlung der Diskushernie brachte keine Besserung, weshalb am 29. Mai 1987 eine Dekompression und Spondylodese L5/S1 durchgeführt wurde (UV-act. 27).

B.

Der Versicherte meldete sich am 21. November 1987 wegen Rücken- und Fussbeschwerden zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 29). Die IV-Stelle des Kantons St.Gallen teilte ihm am 2. August 1989 mit, er habe Anspruch auf eine ganze Invalidenrente von 7. Februar 1988 bis 30. April 1989. Seit 1. Mai 1989 sei er wieder voll arbeitsfähig (IV-act. 39).

C.

C.a Am 4. Juli 1994 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 41). Dr.med. B.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle am 29. Juli 1994, der Versicherte sei seit 29. März 1994 bis auf Weiteres 100% arbeitsunfähig. Er leide an einer Diskopathie der Lendenwirbelsäule bei St. n. dorsaler Spondylodese L5/S1 wegen Diskushernie 1987 und Instabilitätsbeschwerden L3/4 und L4/5 mit intermittierender Wurzelkompression links und belastungsabhängigen lumboradikulären Ausstrahlungen. Wegen der deutlich belastungsabhängigen Symptomatik könne der Versicherte seine selbständige Tätigkeit in einem Umbau- und Renovationsgeschäft nicht mehr ausüben und müsse umgeschult werden (IV-act. 45). Die IV-Stelle sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 12. Januar 1995 berufliche Massnahmen in Form einer Ausbildung zum Sicherheitsbeamten zu (IV-act. 60). Die Umschulung musste wegen Geschäftsaufgabe der Ausbildungsfirma abgebrochen werden (IV-act. 69).



St.Galler Gerichte

C.b In einem undatierten Verlaufsbericht (Eingang 27. Juni 1995) gab Dr. B.____ der IV-Stelle an, der Gesundheitszustand sei stationär (IV-act. 79). Am 7. Juli 1995 teilte er der IV-Stelle mit, er halte den Versicherten bei entsprechender Motivation für durchaus arbeitsfähig. Es sei aber möglich, dass eine unabhängige Stelle den Sachverhalt anders beurteilen würde. Deshalb bitte er um die Veranlassung einer Begutachtung (IV-act. 82).

C.c Die MEDAS Ostschweiz erstattete am 26. April 1996 ein polydisziplinäres Gutachten. Der Versicherte war orthopädisch, psychiatrisch und kardiologisch untersucht worden. Als Diagnosen gaben die Ärzte eine chronische Lumboischialgie bei Osteochondrose und leichter Spondylarthrose L5/S1 (St. n. Diskektomie und dorsaler Spondylodese L5/S1 5/87) sowie L4/5 und L3/4, eine leichte Aorteninsuffizienz sowie einen St. n. Perikarditis 1990 ohne Konstriktion und mit einer geringen belastungsabhängigen, ventrikulären Extrasystolie an. Für körperlich schwere Tätigkeiten sei der Versicherte 100% arbeitsunfähig. Bei einer rückendadaptierten Tätigkeit mit der Möglichkeit von Haltungswechseln, ohne repetitives Heben von schweren Lasten über 15 kg und ohne erforderliche Haltung in nach vorne geneigter Stellung betrage die Verminderung der Arbeitsfähigkeit 50%. Bei dieser Einschätzung sei auch die kardiale Situation mitberücksichtigt. Von der psychischen Seite her bestehe keine Beeinträchtigung (IV-act. 92).

Mit Verfügung vom 7. Februar 1997 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. Juni 1995 bei einem Invaliditätsgrad von 53% eine halbe Rente zu (IV-act. 107). Mit Verfügung vom 8. Februar 1999 (IV-act. 124) und Mitteilungen vom 19. März 2001 (IV-act. 128) und 7. Mai 2007 (IV-act. 136) bestätigte die IV-Stelle einen unveränderten Invaliditätsgrad von 53%. Im letzten Revisionsverfahren hatte Dr. B.____ von einem stationären Gesundheitszustand trotz weiterer Rückenoperation im Oktober 2004 berichtet (IV-act. 132).

D.

D.a Am 19. März 2008 ersuchte der Hausarzt des Versicherten um Neubeurteilung / Rentenrevision und Einschätzung der Situation durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Ostschweiz. Nach einem weiteren Bandscheiben-Rezidiv L4/5 im März 2007 sei



St.Galler Gerichte

am 30. Januar 2008 eine Renukleotomie durchgeführt worden. Der Versicherte sei seit März 2007 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 137). Dr. B. ___ reichte zahlreiche medizinische Berichte ein. Der Versicherte stellte am 7. April 2008 seinerseits ein Gesuch um Neubeurteilung (IV-act. 140). Der Hausarzt bestätigte am 16. Mai 2008 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (IV-act. 144).

D.b Der RAD erachtete in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2008 eine orthopädische Verlaufsbeurteilung als angezeigt (IV-act. 145). Die IV-Stelle beauftragte am 10. Juni 2008 Dr.med. C. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, mit der Beurteilung des Versicherten (IV-act. 148).

D.c Mit undatiertem Gutachten (Eingang 8. Oktober 2008) attestierte Dr. C. ___ dem Versicherten für eine Tätigkeit mit Wechselpositionen im Sitzen / Stehen und Gehen ohne Lastenheben über 10 kg, ohne Überkopfarbeiten und ohne das Verharren in Zwangspositionen wie Inklinatation oder Reklination eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Der Gesundheitszustand habe sich betreffend Rücken seit 1997 unwesentlich verschlechtert. Neu sei eine Bewegungsbehinderung im rechten Schultergelenk, die aber erst seit einigen Monaten bestehe und bisher lediglich mit entzündungshemmenden Medikamenten angegangen worden sei. Hier könnte eine Besserung mit intensiveren Massnahmen erwartet werden (IV-act. 149).

D.d Mit Vorbescheid vom 26. Januar 2009 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs in Aussicht. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen sei seit der letzten Rentenzusprache keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Somit liege kein Revisionsgrund vor. Der Invaliditätsgrad betrage nach wie vor 53% (IV-act. 155). Der Versicherte wendete dagegen am 15. Februar 2009 ein, sein Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Rentenzusprache sehr verschlechtert (IV-act. 156). Mit Verfügung vom 23. Februar 2009 wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch ab (IV-act. 157).

E.

E.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 18. März 2009 Beschwerde. Er verlangt sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 23. Februar 2009 und eine



nochmalige Überprüfung und Beurteilung seines Gesundheitszustands. Seit der letzten Rentenzusprache im Jahr 1995 habe sich sein Gesundheitszustand sehr verschlechtert. Er habe in den letzten Jahren mehrere Schmerztherapien und Rückenoperationen gehabt und sei ständig in medikamentöser Behandlung. Zusätzlich seien nun beidseitige Schulterschmerzen aufgetreten und er leide unter Schlafstörungen. Er habe einen Nebenjob von etwa 10% als Hauswart und sei in diesem teilweise auf die Hilfe seiner Frau angewiesen. Daher sei für ihn unverständlich, dass es heisse, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verändert. Das Gutachten von Dr. C.____ sei nicht datiert (act. G 1). In der Beilage reichte der Beschwerdeführer zwei Berichte seines Hausarztes Dr. B.____ vom 4. März 2009 und vom 19. März 2008 ein, wonach im August 2004 ein Rezidiv der Diskushernie L4/5 mit Nukleotomie, eine periradikuläre Infiltration im Juni 2006, eine grosse Rezidivdiskushernie L4/5 mit leichter Psooparese, eine zweimalige periradikuläre Infiltration und im Januar 2008 eine Renukleotomie der Höhe L4/5 stattgefunden habe. Aufgrund der Erkrankung sei nicht mit einer wesentlichen Verbesserung zu rechnen. Die Schmerzmedikation habe verdoppelt werden müssen. Im Bericht vom 19. März 2008 hatte Dr. B.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit 7. März 2007 bescheinigt, im Bericht vom 4. März 2009 hatte er sich zur Arbeitsfähigkeit nicht geäussert (act. G 1.2 und 1.3).

E.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 14. Mai 2009 die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer sei durch Dr. C.____ ausführlich untersucht worden. Es sei nicht ersichtlich und werde auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, inwiefern das Gutachten rechtsfehlerhaft sein sollte. Es sei zwar nicht datiert. Dieser Mangel schade jedoch nicht, weil das Untersuchungsdatum im Gutachten erwähnt (23. September 2008) und das Gutachten am 8. Oktober 2008 eingegangen sei. Demnach sei vollumfänglich auf das Gutachten abzustellen und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Weil beim Beschwerdeführer keine repräsentative Einkommensbasis zur Verfügung stehe, sei auf die schweizerische Lohnstrukturhebung (LSE) abzustellen. Im Jahr 2006 hätten Männer im Niveau 4 durchschnittlich Fr. 59'197.-- erzielt. Da sich Validen- und Invalideneinkommen etwa gleich entwickelten, könne eine Aufwertung unterbleiben. Der Beschwerdeführer arbeite nicht mehr. Daher sei das Invalideneinkommen anhand der LSE zu berechnen. Hilfsarbeitern stünde nach Eintritt der Invalidität eine Vielzahl von Stellen im Produktions- und Dienstleistungssektor zur Verfügung. Der entsprechende Wert für das



Jahr 2006 betrage Fr. 59'197.--. Der Beschwerdeführer könne nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen, weshalb ein zusätzlicher Abzug von 10% zu gewähren sei. Das Invalideneinkommen betrage somit Fr. 26'639.--, woraus ein Invaliditätsgrad von 55% resultiere. Der Beschwerdeführer habe daher Anspruch auf eine halbe IV-Rente (act. G 4).

E.c Der Beschwerdeführer liess sich innert Frist nicht vernehmen, weshalb der Schriftenwechsel abgeschlossen wurde (act. G 6).

Erwägungen:

1.

Angefochten ist die Verfügung vom 23. Februar 2009, die das im April 2008 eingeleitete Revisionsverfahren abgeschlossen hat. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der auch unter dem ATSG massgeblichen Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt dagegen praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Ob eine revisionsbegründende Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, die auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108), mit dem Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 E. 2).



Seit der hier massgebenden ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 7. Februar 1997 hat keine umfassende Prüfung mehr stattgefunden. Die von den behandelnden Ärzten eingeholten Verlaufsberichte sind knapp und wiesen nicht auf relevante Veränderungen hin. Sie führten daher nicht zu umfassenden weiteren Abklärungen (vgl. IV-act. 114, 122, 127, 132 und 135). Vielmehr ist die halbe Rente jeweils lediglich gestützt auf diese Berichte bestätigt worden. Entsprechend der zitierten Bundesgerichtspraxis ist daher der Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 23. Februar 2009 zu vergleichen mit dem Sachverhalt, wie er sich bis zur ursprünglichen Rentenzusprache 1997 zugetragen hat.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der 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 Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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.

2.2 Die Beschwerdegegnerin stellt auf das Verlaufsgutachten von Dr. C.____ vom Oktober 2008 ab. Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, sein Gesundheitszustand habe sich sehr verschlechtert. Er habe in den letzten Jahren mehrere Schmerztherapien und Rückenoperationen gehabt und sei ständig in medikamentöser Behandlung. Zusätzlich habe er beidseitige Schulterschmerzen und Schlafstörungen. In seinem Nebenjob von 10% sei er teilweise auf die Hilfe seiner Frau angewiesen. Daher sei für ihn unverständlich, dass sich sein Gesundheitszustand nicht verändert haben sollte. Das Gutachten von Dr. C.____ sei nicht datiert.



2.3 Vorab ist festzuhalten, dass für den Beweiswert eines Gutachtens das Datum im Gegensatz beispielsweise zur Unterzeichnung des Gutachtens eine untergeordnete Rolle spielt. Die zeitliche Zuordnung ist vorliegend ohne Weiteres möglich, ist doch das Gutachten am 8. Oktober 2008 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen und trägt den entsprechenden Eingangsstempel. Da der Beschwerdeführer am 23. September 2008 von Dr. C.____ untersucht worden ist, ist es in jedem Fall innerhalb von zwei Wochen nach diesem Untersuchungsdatum entstanden. Unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. C.____ ist nachfolgend die gesundheitliche Entwicklung seit dem MEDAS-Gutachten vom 26. April 1996 zu betrachten.

2.4 Dem Beschwerdeführer war mit Verfügung vom 7. Februar 1997 gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 26. April 1996 eine halbe Rente zugesprochen worden. Wie aus dem MEDAS-Gutachten hervorgeht, litt der Beschwerdeführer bereits damals hauptsächlich an Rückenbeschwerden. Der begutachtende Orthopäde hatte in seinem Konsiliargutachten vom 9. April 1996 angegeben, bei einem Arbeitsunfall mit plötzlicher Belastung der Wirbelsäule am 6. Februar 1987 sei eine Diskushernie L5/S1 akut geworden. Es sei zur operativen Behandlung mit Diskushernien-Resektion und dorsaler Distraktionsspondylodese L5/S1 gekommen. In der Folge hätten sich die Beschwerden deutlich gebessert, jedoch belastungsabhängig hätten sie angedauert. Der Beschwerdeführer habe aufgrund wiederholter Arbeitsausfälle mehrere Stellen verloren. Ein Arbeitsversuch als selbständiger Umbau-Unternehmer sei an den Rückenschmerzen gescheitert. Klinisch liessen sich eine endgradig schmerzhaft, kaum eingeschränkte Beweglichkeit des Rumpfes sowie ein fehlender ASR rechts bei ansonsten normalem neurologischem Befund erheben. Als Diagnose hatte der Orthopäde eine chronische Lumboischialgie bei Osteochondrose und leichter Spondylarthrose L5/S1 genannt. Die lumbovertbrale Computertomographie vom 28. Dezember 1995 hatte eine leichte mediane Diskusprotrusion auf Höhe L3/4 ohne Beeinträchtigung des Duralschlauchs und auf Höhe L4/5 eine diskrete Bandscheibenprotrusion mit Verdrängung des Duralschlauchs nach dorsal, aber ohne Beeinträchtigung der Nervenwurzel gezeigt. Für einen körperlich schwer belastenden Beruf sei der Beschwerdeführer nicht mehr einsetzbar. In einem rückengerechten Beruf, bei dem die Möglichkeit zum Positionswechsel zwischen stehender, gehender und sitzender Tätigkeit bestehe und bei dem keine grösseren Lasten gehoben werden



müssten und Arbeiten in vorgeneigten Stellung vermieden werden könne, sei ein 50%iger Einsatz möglich (IV-act. 92-34/37 f.).

2.5 Bereits am 12. Mai 2006 hatte der Beschwerdeführer im Fragebogen zur Revision der Invalidenrente angegeben, nach seiner zweiten Operation (2004) wäre eine IV-Abklärung angebracht, da sich der Zustand fortgehend verschlimmere. Er leide vermehrt an stärkeren Rückenschmerzen, Schlaf- und Gefühlsstörungen (IV-act. 129). Der Hausarzt Dr. B.____ hatte in seinem Bericht vom 23. Mai 2006 ein Rezidiv einer Diskushernie L4/5 mit Zehenheberschwäche links durch Sequester bestätigt. Im August 2004 sei eine Nukleotomie durchgeführt worden. Der Gesundheitszustand sei stationär (IV-act. 132). In seinem Bericht vom 1. Mai 2007 hatte der Hausarzt vom Auftreten eines erneuten Rezidivs L4/5 im März 2007 berichtet. Der Gesundheitszustand sei stationär. Der Beschwerdeführer gehe keiner geregelten Arbeit nach. Gelegentlich würden Haushaltsarbeiten, Gärtnern und Rasenmähen ausgeübt. Eine sitzende Tätigkeit ohne Rückenbelastung in wechselnden Haltungen sei etwa zu 50% zumutbar (IV-act. 135). Der Invaliditätsgrad ist deshalb von der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2007 als unverändert beurteilt worden (IV-act. 136). Der Beschwerdeführer hat sich gegen diese Beurteilung nicht gewehrt.

2.6 Erst mit Bericht vom 19. März 2008 hat der Hausarzt retrospektiv eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2007 attestiert (IV-act. 137). Am 30. Januar 2008 war der Beschwerdeführer erneut am Rücken wegen eines Bandscheiben-Rezidivs L4/5 operiert worden. Die konservative Behandlung der am 20. Juni 2006 und 25. Mai 2007 mit einer vertebo-spinalen Kernspintomographie festgestellten grossvolumigen Diskushernie L4/5 (IV-act. 138-10/17 und 11/17) mittels Nerveninfiltration (IV-act. 138-9/17, 10/17, 12/17, 13/17) und Medikation (IV-act. 138-6/17) hatte zu keiner Verbesserung der Schmerzen geführt. Der Beschwerdeführer hatte vor der Operation leichte Schmerzen im Lumbalbereich links und ausstrahlende Schmerzen im dorsalen und medialen Oberschenkel, im lateralen Oberschenkel und im lateralen Fussrist angegeben (IV-act. 138-3/17). Gemäss Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. Februar 2008 ist die Operation komplikationslos verlaufen. Die Schmerzen seien postoperativ regredient und bei Austritt sei der Beschwerdeführer mit oralen Analgetika nahezu schmerzfrei gewesen. Neurologische Defizite waren nach dem Eingriff keine zu verzeichnen (IV-act. 138-4/17). Am 13. März 2008 hat der



Beschwerdeführer den Ärzten der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen berichtet, dass es ihm gut gehe. Er habe nur abends gelegentlich ein leichtes Ziehen und noch Muskelverkrampfungen im Bereich des linken Gesässes sowie paravertebral. Neurologisch haben die Ärzte keine Paresen im Bereich der unteren Extremitäten mehr festgestellt. Die Behandlung wurde abgeschlossen (IV-act. 138-17/17). Gemäss Bericht des Hausarztes vom 16. Mai 2008 traten schliesslich aber wieder ziehende Schmerzen in der linken Wade auf. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass trotz Operation der erreichte Zustand bezüglich Schmerzen unbefriedigend sei und dass sich seine Einschränkungen im Alltag verstärkt hätten. Der Hausarzt hat die Frage, ob in einer rückenadaptierten Tätigkeit eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, mit "ja" beantwortet und "über 50%" ergänzt (IV-act. 144).

2.7 Dem Verlaufsgutachten von Dr. C.____ (Posteingang 8. Oktober 2008) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben hat, dass sich nach der Operation am 30. Januar 2008 im weiteren Verlauf wieder ein Ziehen im linken Unterschenkel und Zuckungen im Fuss und über dem Rist bemerkbar gemacht hätten und er wiederum an lumbalen Rückenschmerzen leide. Zwischendurch komme auch ein Kribbeln im Oberschenkel vor. Daneben habe er Krämpfe im rechten Bein. Gelegentlich bestehe ein Taubheitsgefühl. Die Nachtruhe sei gestört (IV-act. 149-4/10). Sodann hat der Beschwerdeführer seit vier bis fünf Monaten stärkere Schulterschmerzen auf der rechten dominanten Seite vor allem beim Rückführen des Armes und Anheben über der Horizontale erwähnt (IV-act. 149-2/10). Gemäss der Berufsanamnese hat der Beschwerdeführer nach der ersten Rückenoperation 1988 als Hauswart und Chauffeur gearbeitet. Seit gut 15 Jahren arbeite er zu 10% als Hauswart in zwei Häusern mit je vier Wohnungen, wo er die wöchentlichen Treppenhausreinigen, Umgebungsreinigungen und gelegentlich kleinere Reparaturen ausführen müsse (IV-act. 149/2/10 f.). Dr. C.____ hat von einer Spondylodese L5/S1, einer zweimaligen Diskushernienoperation L4/5 2004 und 1/08, einer Osteochondrose der LWS, nicht komprimittierenden Diskushernien L2 bis L4, einer verheilten OSG-Fraktur links sowie einem angeborenen Herzfehler (Pulmonalstenose) berichtet. In seiner Beurteilung hat er ausgeführt, seit der letzten Begutachtung habe im Segment L4/5 zweimal eine Diskushernie operiert werden müssen. Dies müsse allerdings keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeuten. Wichtig für das Beschwerdebild seien auch die übrigen Bandscheiben, wo im Januar 2008 eine Osteochondrose festgestellt worden



sei. Die therapeutischen Möglichkeiten seien begrenzt. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine früher diskutierte Instabilität vor. Die Beschwerdeursache seien die degenerativen Veränderungen der ganzen Wirbelsäule, wie sie schon anlässlich der ersten Operation in Form von Höhenminderungen der Bandscheiben vermutet worden seien. Für den Beschwerdeführer sei belastend, dass trotz geringster Arbeitstätigkeit zweimal Beschwerdezunahmen mit nachfolgender Operation erfolgt seien. Dies scheine ihn davon abzuhalten, eine höhere Leistung zu erbringen. Eine grössere Belastung der Wirbelsäule bedeute kein rascheres Fortschreiten der Abnützungen (IV-act. 149-8/10 f.). Die Nachruhe sei möglicherweise durch die Schulterbeschwerden gestört (IV-act. 149-2/10). Bezüglich Arbeitsfähigkeit seien die gleichen Forderungen an den Rücken zu stellen wie früher: Keine Arbeiten in Zwangshaltungen in Inklination oder Reklination, kein wiederholtes Lastenheben über 10 kg und keine Immobilisierung im Stehen oder Sitzen über eine Stunde. Neu seien jetzt Überkopfarbeiten mit dem rechten dominanten Arm nicht mehr möglich. Dadurch entstehe bei der jetzigen Tätigkeit aber keine zusätzliche Einschränkung. Bei Beschwerdezunahme müsste aber eine Abklärung mit Kernspintomographie oder diagnostischer Infiltration erfolgen. Die früher ausgeübte Tätigkeit als Isolierer sei nicht möglich. Hingegen könne eine Hauswarttätigkeit zu 50% zugemutet werden, wenn die Arbeiten zeitlich beschwerdeangepasst ausgeführt werden könnten (IV-act. 149-9/10).

2.8 Wie aus den Akten hervorgeht, waren bereits im MEDAS-Gutachten von 1996 eine chronische Lumboischialgie bei Osteochondrose sowie eine leichte Diskusprotrusionen auf der Höhe L3/4 und L4/5 ohne Nervenwurzelkompressionen festgestellt worden. Die Osteochondrose sowie geringe, nicht kompromittierende Diskushernien L2/3 und L3/4 sind im Januar 2008 bestätigt worden (IV-act. 138-8/17). Die 2004 und 2006 festgestellte Diskushernie L4/5 ist zweimal operativ behandelt worden. Mit den Operationen konnten die mit den Diskushernien zusammen auftretenden Nervenkompressionen offenbar jeweils aufgehoben werden. Für eine kurze Zeit ist der Beschwerdeführer nach der Operation zu 100% arbeitsunfähig gewesen (IV-act. 138-4/17). Der Gesundheitszustand hat sich nach der Operation vom 30. Januar 2008 insofern gebessert, als durch die Entfernung der Nervenwurzelkompression eine Schmerzfreiheit erreicht werden konnte. Aktuell beklagt der Beschwerdeführer wieder mehr Schmerzen. Nach der gutachterlichen Beurteilung sind dafür die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule auslösend. Neurologisch



konnten keine Defizite mehr festgestellt werden. Der Gesundheitszustand präsentiert sich daher, wie der Gutachter kurz, aber nachvollziehbar darlegt, nur unwesentlich schlechter als zum Zeitpunkt der Referenzbegutachtung im April 1996.

2.9 Im Gegensatz zum subjektiven Schmerzempfinden einer versicherten Person mit daraus allenfalls resultierender Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung bezieht der begutachtende Arzt die Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung ein, das heisst, er beurteilt, ob trotz der vorhandenen Schmerzen unter Berücksichtigung von qualitativen Einschränkungen wie Gewichtsbeschränkung oder Wechselbelastung eine, allenfalls auch nur teilweise, Arbeitstätigkeit zugemutet werden kann. Vorliegend ist auch bei fortschreitender Degeneration der Lendenwirbelsäule die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auf 50% geschätzt worden. Auch der Hausarzt hatte in seinen Berichten vom 1. Mai 2007 (IV-act. 135) und 16. Mai 2008 die Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit auf 50% festgesetzt (IV-act. 144). Einzig im Bericht vom 19. März 2008 hat der Hausarzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2007 angegeben (IV-act. 137), ohne jedoch zu bezeichnen, ob er damit die Arbeitsfähigkeit in der angestammten körperlich schweren Tätigkeit oder in einer rückenadaptierten Tätigkeit gemeint hat. Da der Hausarzt bereits im Verlaufsbericht vom 16. Mai 2008 wiederum eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit als zumutbar erachtet hat, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich die im März 2008 bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf eine körperlich schwere Tätigkeit beziehen muss. Die zusätzlichen Schulterbeschwerden hat Dr. C.____ in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen. Neu sind auch Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar. Dies schränkt den Beschwerdeführer jedoch nur qualitativ in der Arbeitsfähigkeit ein, indem sich der Fächer an geeigneten Tätigkeiten etwas mehr einengt. Eine zusätzliche quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf über 50% kann damit aber nicht begründet werden. Auch die ständige Medikamenteneinnahme, die gemäss Bericht des Hausarztes vom 4. März 2009 hat verdoppelt werden müssen (act. G 1.2), bedingt keine 50% übersteigende Arbeitsunfähigkeit. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, der Dr. B.____ in seinen Feststellungen vom 4. März 2009 übrigens nicht widersprach, erweist sich als schlüssig.



2.10 Zusammenfassend kann auf das Gutachten von Dr. C.____ abgestellt werden. Es ist sorgfältig abgefasst und in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist nachvollziehbar und leuchtet in seinen Schlussfolgerungen ein. Somit erfüllt es die Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Demgemäss ist der Beschwerdeführer in der bisherigen und in anderen schweren Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig und in einer leidensadaptierten Tätigkeit nach wie vor zu 50% arbeitsfähig. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes hat bis auf die Schulterbeschwerden, welche aber die Arbeitsfähigkeit quantitativ nicht zusätzlich einschränken, nicht objektiviert werden können. Somit liegt kein Revisionsgrund vor. Der Invaliditätsgrad beträgt daher unverändert 53%. Ein neuer Einkommensvergleich ist nicht durchzuführen. Die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuches ist daher zu Recht erfolgt.

3.

Demzufolge 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. 1000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Diese sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

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.