



Fall-Nr.: IV 2007/309
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 15.09.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 15.09.2008

Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV; in einem Neuanmeldungsverfahren gilt es jeweils den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Erlasses der letzten rechtskräftigen, materiell rentenverweigernden Verfügung mit jenem der neuen Verfügung zu vergleichen; vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte für eine leistungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. September 2008, IV 2007/309). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2008.

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp
Geertsen

Entscheid vom 15. September 2008

in Sachen

T.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Poststrasse 6, Postfach 239,
9443 Widnau,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



St.Galler Gerichte

betreffend

Rente (Nichteintreten)

Sachverhalt:

A.

A.a T.____, geboren 1971, beantragte wegen eines Rückenleidens am 1. Juni 2001 erstmals eine Rente (act. G 4.1/1). Mit Verfügung vom 28. Mai 2002 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch ab (act. G 4.1/34). Diese Verfügung wurde vom kantonalen Versicherungsgericht mit Urteil vom 1. Mai 2003 bestätigt (act. G 4.1/41).

A.b Am 28. Mai 2003 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 4.1/42). Die IV-Stelle trat mangels glaubhaft gemachter Veränderung mit Verfügung vom 11. Dezember 2003 nicht auf das Leistungsbegehren ein (act. G 4.1/49). Diese Verfügung wurde im Einspracheverfahren (act. G 4.1/57), im kantonalen Beschwerdeverfahren (act. G 4.1/63) und zuletzt vom Eidgenössischen Versicherungsgericht mit Urteil vom 17. Februar 2005, I 781/04, (act. G 4.1/69) bestätigt.

A.c Mit Verfügung vom 15. August 2005 (act. G 4.1/80) trat die IV-Stelle auf eine erneute Neuanmeldung des Versicherten vom 20. April 2005 (act. G 4.1/72) nicht ein. Diese Verfügung wurde mit Einspracheentscheid vom 12. Januar 2006 bestätigt (act. G 4.1/95).

A.d Am 10. Januar 2007 liess der Versicherte eine weitere Neuanmeldung zum Bezug von IV-Leistungen vom 30. März 2006 einreichen. Beigelegt waren ein Untersuchungsbericht des Instituts für Radiologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) vom 23. Februar 2006 sowie ein Arztbericht von Dr. A.____ (orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH) vom 23. März 2006 (act. G 4.1/100 - 102). Auf entsprechende Aufforderung hin reichte der Versicherte am 31. Januar 2007 eine ärztliche Bestätigung seines Hausarztes, Dr. med. B.____, vom 22. Januar 2007 nach (act. G 4.1/106 und 107).

B.



St.Galler Gerichte

B.a Im Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. Mai 2007 kam Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, zum Schluss, dass seit 1999 radiologisch gleichbleibende Befunde bestünden. Es gebe keine Hinweise auf einen anhaltenden, arbeitsfähigkeitsrelevanten Gesundheitsschaden und insbesondere nicht auf eine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Mitte 2005 (act. G 4.1/110).

B.b Mit Vorbescheid vom 14. Mai 2007 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, dass auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (act. G 4.1/119.5).

B.c Im dagegen erhobenen Einwand vom 14. Juni 2007 beantragte der Versicherte, dass auf das Gesuch um Rentenleistung "vom 12. Januar 2007" einzutreten sei, da sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert habe. Zum Beweis berief sich der Versicherte auf die eingereichten Arztberichte vom 23. Februar 2006 und 23. März 2006. Wie der Hausarzt Dr. med. B.____ mit Arztbericht vom 10. Juni 2007 empfehle, sei zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine fachärztliche Abklärung nötig (act. G 4.1/119.1 ff.).

B.d Nachdem der RAD-Arzt Dr. med. C.____ am 20. Juni 2007 berichtete, es seien keine neuen medizinischen Fakten genannt worden (act. G 4.1/120), verfügte die IV-Stelle am 21. Juni 2007, dass auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (act. G 4.1/122.1).

C.

C.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 23. August 2007. Der Beschwerdeführer beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung und die Zusprache von mindestens einer halben Rente sowie die Einholung eines neurochirurgischen Gutachtens. Eventualiter sei die Angelegenheit zwecks Prüfung der Rentenfrage an die Vorinstanz zurückzuweisen. Des Weiteren ersucht er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Im Wesentlichen macht er geltend, aufgrund der eingereichten



St.Galler Gerichte

Arztberichte sei glaubhaft gemacht, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe (act. G 1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 19. September 2007 die Beschwerdeabweisung. Eine relevante gesundheitliche Veränderung seit dem 28. Mai 2002 sei nicht ausgewiesen (act. G 4).

C.c Die Verfahrensleitung des Versicherungsgerichts bewilligt am 4. Oktober 2007 das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung; act. G 6).

C.d Am 5. November 2007 verzichtet der Beschwerdeführer sinngemäss auf die Einreichung einer Replik (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Gegenstand dieses Verfahrens ist die Widereintretensverfügung vom 21. Juni 2007. Wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zu Recht geltend macht, beschränkt sich die Prüfungsbefugnis des Gerichts auf die Frage, ob die IV-Stelle auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 30. März 2006/10. Januar 2007 hätte eintreten müssen. Soweit die Anträge des Beschwerdeführers darüber hinausgehen (Zusprache einer Rente, bzw. Einholung eines neurochirurgischen Gutachtens), ist darauf nicht einzutreten.

2.

2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des



Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung (bzw. bei mehreren Ablehnungen seit der letzten unangefochten gebliebenen Ablehnung des Leistungsgesuchs) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1). Tritt die Verwaltung (nach erfolgter Glaubhaftmachung) auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und zu prüfen, ob nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen sei (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG: seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 20. April 2005 i.S. M., I 797/04, E. 1.2). Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet wird. Vielmehr bezieht sie sich auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen nur dann vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (vgl. BGE 110 V 53 E. 4a).

2.2 Nach Eingang der Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die versicherte Person die genannte Veränderung glaubhaft dargelegt hat. Verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Nach der Rechtsprechung ist unter Glaubhaftmachung im Sinn von Art. 87 Abs. 3 IVV kein Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 47 E. 2a) zu verstehen. Dem Zweck der Eintretenshürde von Art. 87 Abs. 3 IVV gemäss muss es sich bei der Glaubhaftmachung um eine deutlich reduzierte Beweisanforderung handeln. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass eine eingehende Sachverhaltsabklärung die behauptete Veränderung nicht bestätigen wird. Bei der Prüfung der Eintretensvoraussetzung der glaubhaft gemachten Sachverhaltsänderung berücksichtigt die Verwaltung – oder im Beschwerdefall das Gericht –, ob die frühere Verfügung nur kürzere oder schon längere Zeit zurückliegt. Liegt die frühere Verfügung mehr als 10 Monate zurück, so sind gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung an die



Glaubhaftmachung neuer Tatsachen keine allzu hohen Anforderungen zu stellen (Urteil des EVG vom 18. Februar 2003 i.S. S., I 460/01, E. 4.1 mit Hinweisen, vgl. SVR 2003 IV Nr. 25 E. 2.2 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichtes 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008). Der blosser Zeitablauf für sich alleine genügt jedoch nicht zur Glaubhaftmachung einer relevanten Tatsachenänderung (Urteil des EVG vom 9. August 2000 i.S. M., I 707/99, E. 5b/aa). Die Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes kann selbst ohne Befundänderung gelingen. Als Indiz dafür, eine relevante, nachträgliche Veränderung als wenigstens im oben genannten Sinn glaubhaft erscheinen zu lassen, muss eine erhebliche Differenz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung selbst für sich allein genügen (auf dem Internet publiziertes Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 16. Mai 2007, IV 2007/54, E. 1d f. mit Hinweisen). Dabei ist nicht auf die subjektive Einschätzung der versicherten Person abzustellen, die sich aufgrund der bestehenden Beschwerden ausser Stande erachtet, noch einer Erwerbsfähigkeit nachzugehen. Massgebend ist die Beurteilung der zu Rate gezogenen Ärzte und deren objektive Beurteilung aufgrund der erhobenen Befunde und der gestellten Diagnosen, wenn diese nachvollziehbar ist und zu überzeugen vermag (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 5. Dezember 2005, IV 2005/46, E. 1b).

3.

3.1 Im vorliegend zu beurteilenden Fall hat die Beschwerdegegnerin nicht den Sachverhalt der letzten rechtskräftigen, materiell rentenverweigernden Verfügung vom 28. Mai 2002 (act. 4.1/34) mit der hier zu beurteilenden neuen Verfügung vom 21. Juni 2007 (act. G 4.1/122) verglichen. Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Nichteintretensverfügung vielmehr ausdrücklich damit, dass der massgebliche Referenzzeitpunkt das Datum des Einspracheentscheids vom 12. Januar 2006 sei und dass eine tatsächliche Veränderung seit diesem Zeitpunkt nicht glaubhaft gemacht worden sei (act. G 4.1/122). Gegenstand dieses Einspracheentscheids bildete aber die Nichteintretensverfügung vom 15. August 2005, mithin keine materiell rentenverweigernde Verfügung (act. G 4.1/94). Die der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2007 zugrunde gelegte Stellungnahme des RAD bezieht sich zwar auch auf Mitte August 2005. Indessen wird aus dieser Stellungnahme vom 2. Mai 2007 ersichtlich, dass er die ganze zurückliegende Zeit im Blickfeld hat und die neu



vorliegenden Arztberichte von Dr. B.____ vom 22. Januar 2007 und von Dr. A.____ vom 23. März 2006 umfassend prüft (act. G 4.1/110). Von daher kann nicht von einem inhaltlichen Mangel der Widereintretensverfügung ausgegangen werden, wie auch der Beschwerdeführer nicht geltend macht. Im Übrigen hat die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort korrigierend ausgeführt, zu prüfen sei, ob seit der letzten materiellen Prüfung (28. Mai 2002) eine relevante Änderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sei. Der genannte Mangel wird grundsätzlich nicht durch die Beschwerdeantwort vom 19. September 2007 beseitigt. Zum einen berücksichtigt die – äusserst kurz begründete – Beschwerdeantwort nur einzelne der vom Beschwerdeführer seit dem 28. Mai 2002 eingereichten medizinischen Akten, zum andern wurde sie nicht – zumindest nicht aktenkundig – mit einer medizinischen Fachperson erarbeitet (act. G 4). Dies scheint aber grundsätzlich geboten, wie auch die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 5. September 2007 selbst anerkennt (act. G 4.1/133). Von einer Rückweisung zur gehörigen Prüfung der strittigen Neuanmeldung wird aber vorliegend ausnahmsweise abgesehen, da sie zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind.

3.2 Zu prüfen ist daher die Frage, ob der Beschwerdeführer glaubhaft dargelegt hatte, dass sich seit der einen Anspruch ablehnenden Verfügung vom 28. Mai 2002 (act. G 4.1/34) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2007 (act. G 4.1/122) der massgebliche medizinische Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise geändert hat, dass die Beschwerdegegnerin auf die am 10. Januar 2007 eingereichten Neuanmeldung (act. G 4.1/100 und 101) hätte eintreten müssen.

3.3 Bis zur abweisenden Verfügung vom 28. Mai 2002 (act. G 4.1/34) besteht folgende medizinische Aktenlage:

3.3.1 Die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des KSSG diagnostizierten im Bericht vom 28. Juni 1999 eine Spinalkanalstenose L4/5 mit beidseitiger Wurzelreizsymptomatik L5. Sie stellten u.a. folgende radiologischen Befunde: eine mediane kleinvolumige subligamentäre Diskushernie 4/5, eine breitbasige Diskusprotrusion und Dehydratation



ohne Nachweis einer Nervenwurzelkompression und eine Spondylarthrose L4/5. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserten sie sich nicht (act. G 4.1/6.5 f.).

3.3.2 Im Arztbericht vom 19. Juni 2001 diagnostizierte Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, eine Spinalkanalstenose L4/5 mit beidseitiger Wurzelreizsymptomatik L5 bestehend seit 1996. Für die Dauer vom 14. August 2000 bis 13. Mai 2001 attestierte er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 14. Mai bis 30. Mai 2001 eine 50%ige und ab 31. Mai 2001 bis auf weiteres wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich eher verschlechternd, aber durch eine Operation besserungsfähig (act. G 4.1/6.1 ff.).

3.3.3 Im Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 1. Februar 2002 diagnostizierten die untersuchenden Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Lumbago und Lumboischialgie seit 1994, eine arterielle Hypertonie sowie eine Medikamenten-Allergie. Die Prognose sei eher schlecht. In adaptierten Tätigkeiten (Bandscheiben-schonende Tätigkeit mit wechselnder Belastung, kein Heben von Gewichten über 15 kg) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die Arbeit in bisher ausgeübten Berufen (Maschinenführer, Umspinner und Mitarbeiter in einer Fensterfabrik) sei dem Beschwerdeführer nur zu 30% zumutbar (act. G 4.1/20.1 ff.).

3.4 Die medizinische Aktenlage nach der abweisenden Verfügung vom 28. Mai 2002 (act. G 4.1/34) präsentiert sich wie folgt:

3.4.1 Im ärztlichen Zeugnis vom 2. Februar 2003 berichtet der Hausarzt Dr. med. B.____, der Beschwerdeführer sei für schwere Arbeiten sicher zu 100% arbeitsunfähig. Für eine leichte Tätigkeit bestehe eine nicht über 50% liegende Arbeitsunfähigkeit. Um die Arbeitsfähigkeit genau festlegen zu können, empfiehlt Dr. med. B.____ eine spezialärztliche Untersuchung (act. G 4.1/43).

3.4.2 Im Arztbericht vom 1. September 2003 stellte Dr. med. B.____ einen sich leicht verschlechternden Gesundheitszustand fest. Es gebe keine objektivierbaren Veränderungen (act. G 4.1/46.1 ff.). Er attestierte dem Beschwerdeführer im ärztlichen Zeugnis vom 15. März 2005 für Schwerarbeit weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 4.1/74). Am 9. Mai 2005 berichtet Dr. med. B.____, dass sich



die gesundheitlichen Beschwerden gemäss Angaben des Beschwerdeführers in letzter Zeit verstärkt hätten (act. G 4.1/76.2).

3.4.3 Am 12. September 2005 gab Dr. med. B.____ an, dass die Beschwerden gemäss Aussagen des Beschwerdeführers zugenommen hätten. Die bisherige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Jahres 2002 müsse "sicher nochmals überprüft" werden. Die Beschwerden seien wie meist bei Rückenbeschwerden nur schwer objektivierbar. In einem ersten Schritt sei ein erneutes MRI durchzuführen und danach habe eine spezialärztliche Abklärung zu erfolgen (act. G 4.1/89.1).

3.4.4 Im RAD-Bericht vom 11. November 2005 wurde eine relevante Gesundheitsverschlechterung verneint (act. G 4.1/92).

3.4.5 Am 22. Februar 2006 wurde beim Institut für Radiologie des KSSG eine vertebro-spinale Kernspintomographie der LWS erstellt. Im radiologischen Untersuchungsbericht vom 23. Februar 2006 berichtet Dr. med. E.____, dass im Vergleich zur Voruntersuchung vom 27. Mai 1999 sich ein unveränderter Befund ergeben habe (act. G 4.1/102.1).

3.4.6 Dr. med. A.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, gab im ärztlichen Bericht vom 23. März 2006 an, dass die neueste Kernspintomographie der LWS vom 22. Februar 2006 im Vergleich zur Voraufnahme eine zunehmende Dehydratation L4/5 ohne wesentliche Höhenminderung, eine zunehmende Spondylarthrose in diesem Segment und dadurch eine absolute Spinalkanalstenose in Kombination mit dem kongenital engen Wirbelkanal und der Discusprotrusion breitbasig L4/5 sowie eine diskrete Spondylarthrose L3/4 und L5/S1 zeige. Er diagnostizierte ein Dekonditionierungssyndrom bei chronischer Lumbago und Lumboischialgie durch eine Spinalkanalstenose L4/5. Das Hauptproblem sei die massive Dekonditionierung. Es bestehe kein Zweifel an der Schmerzhaftigkeit der Situation. Dr. med. A.____ verordnete zur Verbesserung der Beschwerden eine physiotherapeutische Behandlung (act. G 4.1/102.2).



St.Galler Gerichte

3.4.7 Dr. med. B.____ berichtete in der ärztlichen Stellungnahme vom 22. Januar 2007, dass der Beschwerdeführer seit Beginn des Jahres 2005 über mehr Beschwerden der LWS klage und auch mehr Schmerzmedikamente benötige (act. G 4.1/107.1).

3.4.8 In Würdigung der Berichte von Dr. med. B.____ vom 22. Januar 2007 (act. G 4.1/107.1) und von Dr. med. A.____ vom 23. März 2006 (act. G 4.1/102.2) kam der RAD-Arzt am 2. Mai 2007 zum Schluss, dass es keine Hinweise auf einen anhaltenden, arbeitsfähigkeitsrelevanten Gesundheitsschaden, insbesondere auf eine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Mitte 2005, gebe. Radiologisch bestünden seit 1999 gleichbleibende Befunde (act. G 4.1/110.2).

3.4.9 Dr. med. B.____ gab im ärztlichen Zeugnis vom 10. Juni 2007 an, dass in den letzten Jahren häufigere medizinische Behandlungen erfolgt seien. Aufgrund des schlechten Verlaufs sei eine erneute Abklärung seitens der Invalidenversicherung mit entsprechender neuer Untersuchung indiziert (act. G 4.1/119.7).

3.5 Wird die medizinische Aktenlage vor und nach der ablehnenden Verfügung vom 28. Mai 2002 (act. G 4.1/34) miteinander verglichen, so ergibt sich, dass insgesamt keine Anhaltspunkte für eine leistungsrelevante Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse bestehen. Die Befunderhebung und Symptome stimmen überein. Eine leistungsrelevante Veränderung ist somit nicht glaubhaft dargetan worden. Die bloss anderslautende Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und die sich darauf abstützenden Berichte der behandelnden Ärzte genügen hierfür nicht, zumal sich aus den eingereichten neueren Arztberichten klare Hinweise ergeben, dass sich die gesundheitliche Situation gerade nicht verändert hat (act. G 4.1/102.1, 102.2, 107.1 und 110.2). Auch der von Dr. med. B.____ mitgeteilte erhöhte Bedarf an Schmerzmedikamenten (act. G 4.1/107.1) sowie der häufigere Behandlungsbedarf (act. G 4.1/107.1) vermögen daher daran nichts zu ändern. Das gilt umso mehr, als er nicht darlegt, diese Umstände führten zu einer grösseren Leistungseinschränkung. Die Behauptung des Beschwerdeführers, aus der neu als "chronisch" diagnostizierten Lumbago gehe hervor, dass keine massgebliche Verbesserung mehr erreicht werden könne, ist nicht nachvollziehbar. Denn Dr. med. A.____ zeigt in seinem Bericht vom 23. März 2006 auf, dass sich mit einer physiotherapeutischen Behandlung der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verbessern lasse (act. G



4.1/102.2). Des Weiteren scheint der Beschwerdeführer bei seiner Argumentation von einem unrichtigen Verständnis des Attributs "chronisch" auszugehen (gemäss Pschyrembel, 260. Auflage, S. 323, bedeutet der Begriff "chronisch" langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend). Was die als "zunehmend" beschriebene Dehydratation anbelangt, so weist die Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hin, dass Dr. med. A.____ in diesem Zusammenhang keine wesentliche Höhenminderung festzustellen vermochte (act. G 4.1/102.2). Nach dem Gesagten lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist, weshalb die Beschwerde insoweit abzuweisen ist.

4.

4.1 Dem Beschwerdeführer wurde die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung am 4. Oktober 2007 bewilligt (act. G 6). Wenn die wirtschaftlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers es gestatten, kann er jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten, der Auslagen für die Vertretung und der vom Staat entschädigten Parteikosten verpflichtet werden (Art. 288 Abs. 1 ZPO/SG i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

4.2 Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien.

4.3 Der Staat ist zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aufzukommen. 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. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das Einreichen einer Kostennote. Die Entschädigung ist auf Fr. 3'500.-- festzulegen und um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31, Abs. 3 AnwG). Somit hat der Staat



den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal (BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- zu entschädigen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.
2. Der Beschwerdeführer wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat hat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.