



Fall-Nr.: IV 2008/14
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 01.09.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 01.09.2008

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Kein ausreichender Anlass zu einer anpassungsweisen Einstellung einer Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. September 2008, IV 2008/14).

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterrinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 1. September 2008

in Sachen

G.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision

Sachverhalt:

A.



St.Galler Gerichte

A.a Der 1950 geborene G.____ meldete sich am 12./23. April 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich von Umschulung und einer Rente, an. In der Anmeldung wurde angegeben, er habe in der Heimat acht Jahre lang die Grundschule besucht und zwei Jahre lang den Beruf des Drehers gelernt (bzw. sechsmonatiger Kurs mit Zertifikat; act. 25-2/10). Seit 1974 bzw. 1987 sei er in der Schweiz. Er leide seit ca. 1992/93 an Rückenschmerzen, Knie- und Schulterschmerzen. Seit 1995 arbeite er als Maschinenführer in einer Fabrik.

A.b Der Arbeitgeberbescheinigung vom 17. Mai 2001 war zu entnehmen, dass der Versicherte seit dem 26. April 1995 als Mitarbeiter Produktion angestellt sei. Seit dem Jahr 2000 habe er einen Monatslohn von Fr. 4'350.-- erzielt. Der Jahresverdienst habe im Jahr 1998 Fr. 65'445.--, im Jahr 1999 Fr. 65'542.-- und im Jahr 2000 Fr. 47'577.-- ausgemacht. Sein letzter effektiver Arbeitstag sei der 24. Mai 2000 gewesen, denn seither sei er zu 100 % arbeitsunfähig.

A.c Dr. med. A.____, Allgemeinmedizin FMH, gab im IV-Arztbericht vom 16. Juli 2001 bekannt, es liege seit über fünf Jahren ein cervicocephales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom vor. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen Restless legs-Syndrom, Upper airway resistance-Syndrom mit Schlafapnoe, leichte Adipositas, Grenzwerthypertonie und Angstkrankheit (diese von einem jugoslawischen Psychiater gestellt). Die Beschwerden des Versicherten hätten schon früher zu mehr oder weniger langen Arbeitsausfällen geführt. Seit dem 28. März 2000 sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Schmerzen würden zu einer verminderten Arbeitsleistung führen. Die bisherige Arbeit sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Die Frage nach der Zumutbarkeit sei allerdings schwierig zu beantworten; es müsste eine Arbeitsplatzbesichtigung erfolgen. Die Leistungsfähigkeit sei um 60 bis 70 % vermindert. Dem Versicherten wären aber andere Tätigkeiten zumutbar, z.B. im Verkauf, in der Beratung, Übersetzungstätigkeiten. Erforderlich wäre, dass die Arbeit wenig Rückenbelastung und keine dauernde Konzentration verlange. In welchem zeitlichen Ausmass eine solche Tätigkeit zumutbar sei, lasse sich nicht beantworten. Es seien eine Abklärung und Berufsberatung indiziert. Dabei müssten die Möglichkeiten des Versicherten festgestellt werden. Vor kurzem sei der Versicherte in der interdisziplinären Schmerzprechstunde in Valens gewesen. Der Bericht sei noch ausstehend. Der Arzt lege diverse medizinische Akten bei. Diesen liess sich unter



anderem entnehmen, dass bereits 1993 wegen eines therapieresistenten Panvertebralsyndroms und wegen ebensolcher Kopfschmerzen Abklärungen getroffen worden waren, der Versicherte 1994 ein Kontusions- und Distorsionstrauma des rechten Knies erlitten hatte, 1996 ein Status nach Lungentuberkulose und 2000 Status nach M. Scheuermann diagnostiziert worden waren und 1997 nach einem stationären Aufenthalt in der Klinik Valens (erstens) ein cervicocephales Schmerzsyndrom links bei Osteochondrose C5/6, breitbasiger Protrusion C4/5 ohne Myelonkompression und leicht verengtem Spinalkanal, (zweitens) ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit WS-Fehlhaltung mit S-förmiger Skoliose und muskulärer Dysbalance und (drittens) ein Restless legs-Syndrom diagnostiziert worden waren. Am 2. Juli 2001 hatte die Klinik Valens berichtet (act. 8-55 f./66), bei der interdisziplinären Untersuchung (Innere Medizin/Rheumatologie, Psychosomatik, Ergonomie/Basistest der körperlichen Leistungsfähigkeit) habe sich die Diagnose eines chronischen unspezifischen Panvertebralsyndroms, aktuell zervikal und lumbospondylogen links betont, mit Symptomausweitung ergeben. Dem Versicherten seien leichte wechselbelastende Arbeiten zu 100 % zumutbar. Die Wiedereingliederungsmöglichkeiten seien abzuklären. Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte erklärt, er empfehle die Diagnose eines unspezifischen Rückenschmerzes mit dem Hinweis: Symptomausweitung. Die in der Untersuchungssituation aufgezeigten Funktionseinbussen hätten sich nicht durchgängig feststellen lassen. Insbesondere ausserhalb der konkreten Anforderungen habe der Versicherte ein normales Ausdrucks- und Bewegungsverhalten gehabt. Anhand seiner Darstellung sei unklar, inwieweit er in den Alltagsverrichtungen durch die Befindlichkeitsstörungen tatsächlich beeinträchtigt sei. Eine psychische Störung, welche eine Einschränkung der Willensbildung begründen könnte, lasse sich nicht feststellen. Die geringe Leistungsbereitschaft in der Untersuchungssituation könne nicht über eine psychiatrisch fassbare Antriebsstörung erklärt werden.

A.d Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung. Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin, speziell Rheumatologie, sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab in seinem Gutachten vom 24. Mai 2002 (act. 25-1 bis 8/10) bekannt, es bestünden ein somatoform überlagertes, unkompliziertes Rückenleiden, episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migränoidem Einschlag und ein Restless legs-Syndrom im



Rahmen einer allgemeinen Befindlichkeitsstörung. Aus somatischer Sicht sei dem Versicherten eine körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in seinem Teilgutachten vom 21. Mai 2002 (act. 25-9/10 ff.), es lägen vor eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufgrund einer chronifizierten psychogenen Fehlverarbeitung/Anpassungsstörung gravierender sozialer Probleme auf dem Boden einer einfach strukturierten, introvertierten, kontaktgestörten, zwanghaften und asthenischen Persönlichkeit, eine chronifizierte mittelgradige rezidivierende depressive Störung und ein Verdacht auf sekundären Problemalkoholmissbrauch. Der Versicherte habe aufgrund eines langjährigen konversiven Verdrängungsprozesses ein typisches Somatisierungssyndrom entwickelt. Als Komorbidität bestehe eine Störung der Grundpersönlichkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei mit Beginn ca. ab Juni 2000 zu 40 % eingeschränkt.

A.e Der IV-Berufsberater stellte am 3. Juli 2002 (act. 27) einen Vergleich zwischen einem Valideneinkommen (2002) von Fr. 68'191.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 27'440.-- (Tabellenlohn bei 40 % Arbeitsunfähigkeit und 10 % Teilzeit- und 10 % Leidensabzug) an. Nach einem Vorbescheid (act. 28) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit Verfügung vom 21. Mai 2003 ab 1. März 2001 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 60 % zu (act. 36 und 38).

B.

B.a Am 25. Februar 2004 stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten einen Fragebogen für die Revision zu (act. 43). Darin gab der Versicherte am 5. April 2004 an, sein chronisches Schmerzsyndrom habe sich seit 2000 verschlimmert. Er leide an Rücken-, Schulter-, Nacken- und sehr häufigen Kopfschmerzen sowie an einer mittelgradigen Depression. Es habe eine Abklärung in der Klinik St. Pirminsberg stattgefunden. Diese Klinik hatte am 17. November 2003 (act. 43-3/6) berichtet, der Versicherte sei vom 22. September bis 17. Oktober 2003 stationär behandelt worden und es liege eine mittelgradig depressive Episode bei chronischem Schmerzsyndrom vor. Der Versicherte sei bei Austritt nicht arbeitsfähig gewesen.



St.Galler Gerichte

B.b Dr. A.____ teilte im Verlaufsbericht vom 6. Mai 2004 (act. 45) mit, der Zustand des Versicherten habe sich - ohne Änderung der Diagnose - verschlechtert. Die Verschlechterung sei subjektiv, es bestünden vermehrt Schmerzen. Der Versicherte konsumiere regelmässig Analgetika und sei wegen einer verstärkten depressiven Symptomatik psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit könne er (der Arzt) sich kaum vorstellen; am ehesten käme eine Arbeit im Verkauf (in einem Kiosk o.ä.) für zwei Stunden pro Tag in Frage.

B.c Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung (Dr. med. E.____; act. 49) war der Meinung, eine relevante Verschlechterung sei möglich, aber nicht hinlänglich ausgewiesen. Er schlug deswegen eine erneute bidisziplinäre Begutachtung bei Dr. C.____ vor, in welcher die Fragen nach Verlauf und Befundänderung seit der Begutachtung 2002, nach einer allfälligen relevanten Verschlechterung seit diesem Zeitpunkt und nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten zu beantworten wären. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle gab am 21. Juni 2004 bei Dr. C.____ ein Gutachten in Auftrag.

B.d Dr. C.____ hielt in seinem Gutachten vom 2. Februar 2007 (über die Untersuchung vom 31. Mai 2006; act. 69) fest, es lägen chronische Schulterbeschwerden rechts bei traumatisierter degenerativer Rotatorenmanschettenruptur und chronisch-unspezifische Nacken- und Rückenbeschwerden bei/mit cervical betonten, lumbal moderaten Segmentdegenerationen vor. Aus somatischer Sicht könne nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Rede sein. (Diese Einschätzung entsprach jener in seinem ersten Gutachten aus dem Jahr 2002; vgl. act. 25-8/10.)

Während das rentenbegründende Gutachten von Dr. D.____ vom 21. Mai 2002 isoliert entstanden war (act. 25), wurde das neue Gutachten des dieses Mal beteiligten Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zwar ebenfalls separat erstellt (act. 70), doch wurden die Schlussfolgerungen interdisziplinär aufgearbeitet, und zwar im Gutachten von Dr. C.____ (act. 69-10/10). Dr. F.____ hatte in seinem Teilgutachten vom 10. Januar 2007 (über die Untersuchung vom 15. November 2006) erklärt, eine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung sei gegenwärtig nicht zu diagnostizieren, insbesondere liege kein nennenswert depressives Zustandsbild vor. Gegen ein solches würden einerseits die lebendige Affektivität sowie



die Tatsache sprechen, dass der Versicherte noch vor kurzem zu einer Ferienreise ins Ausland unter beschwerlichen Bedingungen in der Lage gewesen sei. Die vom Versicherten geltend gemachten Schmerzen könnten daher nicht als Zeichen einer somatoformen Störung gedeutet werden. Es sei erstens keinerlei Leidensdruck erkennbar und zweitens seien die während der Untersuchung erkannten innerseelischen Konflikte als bewusstseinsnah und nicht als unbewusst zu bezeichnen. Der Versicherte wisse wohl selber, dass keine psychiatrische Erkrankung vorliege, habe er doch die ambulante psychiatrische Nachbehandlung nach dem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik fallengelassen.

Diese psychiatrischen Ausführungen erscheinen auch in der interdisziplinären Stellungnahme der beiden beteiligten Gutachter. Sie hielten fest, eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands habe sich nicht ergeben. Psychiatrischerseits habe keine Störung von relevantem Krankheitswert mehr festgestellt werden können. Insbesondere habe sich die bei der Vorbegutachtung festgestellte depressive Störung weitgehend zurückgebildet. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit (nicht beidhändiges Überkopfarbeiten erfordernde Tätigkeiten mit Beschränkung auf maximal gelegentliche Belastungen von 5 bis 10 kg) bestehe keine Einschränkung.

B.e Am 28. März 2007 (act. 74 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten eine Einstellung der Rente (bei einem Valideneinkommen von Fr. 71'664.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'572.--) in Aussicht. Der Versicherte liess dagegen am 14. Juni 2007 (act. 80) einwenden, er empfinde einige Ausführungen der Gutachter als tendenziös und unwahr. Ausserdem habe sich Dr. C.____ offenbar nicht auf alle relevanten Akten stützen können. Das psychiatrische Gutachten genüge den Anforderungen hinsichtlich der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren nicht und sei nicht überzeugend begründet. Ausserdem sei keine qualifizierte Übersetzungshilfe beigezogen worden. Ferner seien zu Unrecht keine beruflichen Abklärungen in Erwägung gezogen worden. Da der Versicherte seit mehreren Jahren invaliditätsbedingt nicht erwerbstätig gewesen sei, müssten zuerst solche Abklärungen getroffen werden. Es sei im Übrigen beim Einkommensvergleich ein Abzug von 25 % am Platz. Schliesslich sei mitzuteilen, dass der Versicherte seit dem 11. Juni 2007 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und



St.Galler Gerichte

Psychotherapie FMH, sei, bei welchem ein Bericht einzuholen sei. Am 14. Juni 2007 (recte: 22. Juni 2007; act. 82) reichte der damalige Rechtsvertreter des Versicherten einen Bericht von Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie, vom 10. April 2006 sowie einen solchen von Dr. med. K.____, Radiologie FMH, vom 12. Oktober 2001 ein. Dr. K.____ hatte einen chronischen Riss der Rotatorenmanschette (1 cm grosse Lückenbildung in der Supraspinatuspunktion) festgestellt. Dr. I.____ hatte als Diagnosen im Wesentlichen erhoben (erstens) eine Periarthropathia humeroscapularis chronica rechts bei älterer Ruptur der Supraspinatussehne (gemäss MRI vom 30.03.2006), ein chronisches panvertebrales Syndrom bei Wirbelsäulenfehlstatik, degenerativen Veränderungen, Zeichen für nichtorganische Rückenschmerzen, (drittens) Fibromyalgie, (viertens) chronische Depression, (fünftens) arterielle Hypertonie, und (sechstens) Adipositas. Auf Vorhalt der Stellungnahme vom 14. Juni 2007 samt Arztbericht erklärte Dr. F.____ am 14. September 2007 (act. 87), er habe den Versicherten trotz dessen schlechter Deutschkenntnisse genügend gut verstehen können. Die fachliche Beurteilung seiner Arbeit falle im Übrigen nicht in den Kompetenzbereich einer nichtärztlichen Person. Auch unter Berücksichtigung des Arztberichts ändere sich an seiner Beurteilung nichts. Dr. C.____ seinerseits teilte am 8. Oktober 2007 (act. 88) mit, sie hätten sich über die radiologischen Untersuchungen von 2006 in Kenntnis gesetzt und den beigelegten Bericht von Dr. med. L.____, Radiologie FMH, an Dr. I.____ vom 31. März 2006 berücksichtigt. Der Bericht von Dr. I.____ zeige im Vergleich zum Gutachten hinsichtlich des subjektiv berichteten und des objektiv dokumentierten Sachverhalts eine ausserordentlich gute Übereinstimmung. Dass Rücken- und Schulterleiden ungenügend abgeklärt worden seien, treffe nicht zu. Anlässlich der Begutachtung seien aktuelle (röntgenologische) Aufnahmen angefertigt worden.

B.f Mit Verfügung vom 27. November 2007 (act. 95) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Rente des Versicherten auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats (wohl Ende Dezember 2007) ein. Er vermöge in einer adaptierten Tätigkeit ein Einkommen von Fr. 49'572.-- zu realisieren, womit der Ausfall gegenüber dem Valideneinkommen von Fr. 71'664.-- lediglich noch 31 % ausmache. Einer allfälligen Beschwerde wurde sinngemäss die aufschiebende Wirkung entzogen.

B.g Gleichzeitig erteilte die IV-Stelle einen Abklärungsauftrag für berufliche Massnahmen.



C.

Gegen die Verfügung vom 27. November 2007 richtet sich die von M.____ für den Betroffenen am 7. Januar 2008 beim Verwaltungsgericht des Kantons St. Gallen erhobene und von diesem am 8. Januar 2008 zuständigkeitshalber dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen überwiesene Beschwerde. Der damalige Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur Abklärung und Neufestsetzung des Invaliditätsgrades an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventuell sei festzustellen, dass das Zumutbarkeitsprofil unrichtig umschrieben worden sei, und es sei ein neutrales interdisziplinäres Gutachten (MEDAS-/BEFAS-Gutachten) einzuholen. Dr. C.____ habe die zwischenzeitlich erfolgte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht gebührend berücksichtigt. Dass der Zustand nach nachweisbaren altersbedingten degenerativen Veränderungen und rückfallbedingten Schulterbeschwerden im Vergleich zur Beurteilung von 2002 nicht zu [höheren] Einschränkungen führe, sei kaum nachvollziehbar. Die von der Klinik St. Pirminsberg attestierte Verbesserung habe sich nicht auf den Zustand bei der ersten Begutachtung, sondern auf jenen bei Klinikeintritt bezogen. Es sei dem Beschwerdeführer denn auch weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nach der Entlassung kein ambulantes sozialpsychiatrisches Betreuungsangebot in Anspruch genommen habe, lasse sich nicht ableiten, dass er eine Betreuung nicht mehr gebraucht habe. Er habe sich durch den Hausarzt gut betreut gefühlt und habe unter der Betreuung auch eine wirtschaftliche Unterstützung im Sinne der Sozialhilfe verstanden. Die psychiatrische Begutachtung habe sich mit den geklagten Leiden nicht auseinandergesetzt und es sei nicht oder falsch begründet worden, weshalb diese keinen Krankheitswert hätten. Im Einkommensvergleich sei ein Abzug von 25 % angemessen. Nach weiteren Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin über den Anspruch auf eine Rente oder auf Massnahmen beruflicher Art neu zu verfügen.

D.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 17. April 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer rüge zu Unrecht, dass die



Sachverhaltsabklärungen zu wenig intensiv gewesen seien. Abgesehen von der überlangen Abklärungsdauer sei ihr Vorgehen (die Einholung eines Verlaufsgutachtens) ideal gewesen. Der somatische Zustand des Beschwerdeführers sei insofern unverändert, als weiterhin eine volle Leistung möglich sei. Bei der Rentenzusprechung habe der psychiatrische Gesundheitsschaden im Vordergrund gestanden. Die Feststellung, dass keine Anzeichen der im Vorgutachten erwähnten Leiden mehr bestünden, sei plausibel. Dass der Beschwerdeführer im Herbst 2003 in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen sei, vermöge hieran nichts zu ändern. Das Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei Klinikaustritt habe nun keine Bedeutung mehr. Da der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeiten könnte, sei die Rente in Revision zu ziehen. Es seien keine Umstände erkennbar, die einen Abzug von 25 % rechtfertigen würden. Selbst mit einem solchen Abzug ergäbe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

E.

E.a Mit Schreiben vom 15. Mai 2008 reicht der Beschwerdeführer einen Arztbericht von Dr. H.____ vom 4. April 2008 und einen Bericht der Abteilung Neurologie an der Schulthess Klinik vom 21. April 2008 ein. Beide Berichte würden die gesundheitlichen Probleme auf eine Depression zurückführen. Gemäss Dr. H.____ sei er seit Beginn der Behandlung am 11. Juni 2007 aus rein psychiatrischer Sicht zu etwa 50 bis 60 % arbeitsunfähig. Dr. H.____ hatte am 4. April 2008 als Diagnosen angegeben: eine Anpassungsstörung mit Depressivität und Somatisierungstendenz auf dem Boden anhaltender psychosozialer Belastung und eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Die Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht betrage aktuell etwa 50 bis 60 % (seit 11. Juni 2007). Intensität und Ausprägungsgrad der depressiven Anpassungsstörung seien zu wenig schwerwiegend, um eine markantere Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Im Gegenteil: eine Krankschreibung wegen des depressiven Leidens von mehr als 40 % wäre kontraindiziert, weil sich die Symptomatik wegen des Verlusts an Aktivität und Sozialkontakten eher verstärken würde. Es seien vor allem soziale Stressoren und soziokulturelle Faktoren, die das Krankheitsgefühl verstärkten, keine psychischen Stressoren. Die Neurologie an der



Schulthess Klinik hatte am 21. April 2008 berichtet, weder klinisch noch im MRI der HWS und LWS hätten sich Hinweise für eine radikuläre oder myeläre Pathologie finden lassen. Kern der Problematik dürfte die chronifizierte Depression sein.

E.b Mit Replik vom 9. Juni 2008 bringt der Beschwerdeführer vor, es sei nicht auszuschliessen, dass Dr. C.____ unter dem Mahndruck den einfachsten Weg gewählt habe, seine früheren Diagnosen zu bestätigen. Das psychiatrische Gutachten stelle eine Zeitaufnahme dar und könne nicht für eine langfristige Beurteilung von Bedeutung sein. Sowohl vor der Begutachtung (siehe Klinik St. Pirminsberg, November 2003) wie nachher (siehe Dr. H.____, April 2008) seien ihm psychiatrische Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Dass er als Beifahrer und nicht wie von Dr. F.____ beschrieben als Fahrer in sein Heimatland gereist sei, zeige, dass sprachliche Missverständnisse nicht auszuschliessen seien. Es frage sich, weshalb die Beschwerdegegnerin fast zwei Jahre lang zugewartet und keine andere Begutachtungsstelle beauftragt habe. Vor Erlass der abweisenden Verfügung hätte die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 31 % berufliche Massnahmen durchführen müssen, um das Zumutbarkeitsprofil nicht nur medizinisch-theoretisch, sondern auch beruflich zu erheben. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdegegnerin die beruflichen Massnahmen verfügt und wiederum mangels genügender Sachverhaltsabklärungen eingestellt, wogegen er Einwand erhoben habe. Gemäss den Berichten von Dr. H.____ und der Schulthess Klinik stehe der psychische Gesundheitsschaden immer noch im Vordergrund. Auch in einer adaptierten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer eingeschränkt. Er habe im Rahmen der beruflichen Abklärungen mit einem vollen Pensum zu arbeiten begonnen, habe dieses dann aber sehr bald auf die Hälfte reduzieren müssen.

F.

In ihrer Duplik vom 18./23. Juni 2008 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest. Aus den neu eingereichten medizinischen Unterlagen ergäben sich keine wesentlichen neuen Aspekte. Der behandelnde Psychiater habe lediglich noch eine leichtgradig depressive Grundstimmung feststellen können, weshalb die Annahme einer zu 50 bis 60 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei, erst recht nicht, da der Arzt eine Krankschreibung zu mehr als 40 % für kontraindiziert



halte. Durch die lange Abklärungsdauer sei dem Beschwerdeführer kein Nachteil erwachsen. Es sei davon auszugehen, dass sich Dr. C.____ nicht unter Druck setzen lasse und lieber mit der Erledigung in Verzug gerate, als sich auf eine flüchtige Arbeitsweise einzulassen. Das Gutachten sei überzeugend.

Erwägungen:

1.

1.1 Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 27. November 2007 entwickelt hat, sind die am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen nicht anwendbar.

1.2 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers anpassungsweise eingestellt. Über die Frage der beruflichen Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin nach Angaben des Beschwerdeführers separat eine abweisende Verfügung erlassen.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu zwei Dritteln, derjenige auf eine halbe Rente, wenn sie wenigstens zur Hälfte invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor, so besteht Anspruch auf eine Viertelsrente oder, sofern ein Härtefall gegeben ist, auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) 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.



2.2 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 ATSG). 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 (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt dagegen praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 203). Ob eine revisionsbegründende Änderung eingetreten ist, beurteilt sich nach einer neuen Rechtsprechung durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, welche auf einer 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 demjenigen zur Zeit der streitigen Neubeurteilung (BGE 130 V 351 E. 3.5.2; BGE 125 V 369 E. 2).

3.

3.1 Bei der Zusprechung der halben Rente mit einem Invaliditätsgrad von 60 % am 21. Mai 2003 war die Beschwerdegegnerin von einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in adaptierten Tätigkeiten von 40 % ausgegangen. Sie hatte sich dabei auf das Gutachten von Dr. C.____ von 2002 (act. 25) gestützt, wonach in somatischer Hinsicht ein somatoform überlagertes, unkompliziertes Rückenleiden, episodische Kopfschmerzen und ein Restless legs-Syndrom vorlagen, in psychiatrischer Hinsicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden einer Störung der Grundpersönlichkeit, eine chronifizierte mittelgradige rezidivierende depressive Störung und der Verdacht auf sekundären Problemalkoholmissbrauch. Dr. D.____ hatte dafürgehalten, der Beschwerdeführer habe aufgrund eines langjährigen konversiven Verdrängungsprozesses seiner empfindbaren sozialen Problematik ein typisches Somatisierungssyndrom entwickelt. Als Komorbidität bestehe eine Persönlichkeitsstörung mit Introversion, Kontaktstörung, Zwanghaftigkeit und



Psychasthenie bzw. depressiv-reaktivem Rückzugssyndrom. Die Störung habe Krankheitswert und sei mehrjährig und die bisherigen Behandlungsversuche seien erfolglos geblieben.

3.2 Auf die abweichende interdisziplinäre Beurteilung der Klinik Valens vom Juni 2001, wonach eine volle Arbeitsfähigkeit (act. 8-55 f./66) vorliege, war nicht abgestellt worden. Der psychosomatische Dienst hatte unter anderem von einer ausgeglichenen Grundstimmung, dem Fehlen von depressionstypischen Selbstannahmen, einer unangemessenen Bewegungsfurcht - allerdings ohne ans Hypochondrische heranreichende Befürchtungen - und widersprüchlichen und undeutlichen Beschwerdeschilderungen berichtet. Die Befindlichkeitsstörung korreliere mit einer ausgesprochen herabgesetzten Leistungsbereitschaft und wechselnden Funktionseinschränkungen. Die Störung sei nicht Ausdruck nicht anders zu bewältigender emotionaler Konflikte oder einer evidenten psychosozialen Problematik. Es bestehe keine mit der Befindlichkeitsstörung assoziierte psychische Erkrankung. Formal könne die Störung als somatoforme Störung qualifiziert werden, doch lasse sich damit nichts aussagen. Es handle sich um einen unspezifischen Rückenschmerz mit Symptomausweitung. Der Beschwerdeführer zeige ein normales Ausdrucks- und Bewegungsverhalten. Es sei unklar, inwieweit er in den Alltagsverrichtungen durch die Befindlichkeitsstörung effektiv beeinträchtigt sei. Eine psychische Störung, die eine Einschränkung der Willensbildung begründen könnte, lasse sich nicht feststellen. Die geringe Leistungsbereitschaft könne über eine psychiatrisch fassbare Antriebsstörung nicht erklärt werden. Bei der Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit würden die guten Ressourcen ins Gewicht fallen, die der Beschwerdeführer in bald 30 Jahren beruflicher Bewährung in verschiedenen Positionen habe zeigen können.

4.

4.1 Für den medizinischen Sachverhalt im Vergleichszeitpunkt vom November 2007 (viereinhalb Jahre später) stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. C. ___ von 2007. In somatischer Hinsicht lässt sich diesem entnehmen, dass die klinisch-physikalische Befunderhebung seitens des Rückens weiterhin dürftig sei. Es



beständen chronische Schulterbeschwerden rechts und chronisch-unspezifische Nacken- und Rückenbeschwerden bei/mit Segmentdegenerationen. Die radiologischen Wirbelsäulenveränderungen liessen an der Halswirbelsäule eine über die altersphysiologische Progression hinausgehende Zunahme erkennen. Die Schulterbeschwerden rechts und der eingeschränkte Überkopffaktionsradius des rechten Armes seien durchaus vereinbar mit einer (möglicherweise in Verbindung mit einem unlängst erfolgten Sturzereignis traumatisierten) degenerativen Rotatorenmanschettenerkrankung, die bildgeberisch als Rupturgeschehen und klinisch als Muskeltröphikstörung zum Ausdruck gelange. Diese Erkrankungen seien indessen nicht Anlass zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepassten, nicht beidhändiges Überkopfarbeiten erfordernden Tätigkeiten, die bezüglich Heben und Tragen auf maximal gelegentliche Belastungen von 10 kg beschränkt seien. Aus diesen Angaben lässt sich schliessen, dass die Wirbelsäulenveränderungen an der HWS zugenommen haben und die Rotatorenmanschettenerkrankung möglicherweise traumatisiert worden ist, wobei allerdings anzufügen ist, dass bereits das bei der Erstbegutachtung 2002 berücksichtigte MRI der rechten Schulter vom Oktober 2001 den Sehnenriss aufgezeigt hatte (vgl. act. 25-4/10). Nach der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters bewirkten diese Veränderungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es habe sich diesbezüglich keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben.

4.2 Was den psychiatrischen Aspekt betrifft, hielt der Gutachter für den zweiten Vergleichszeitpunkt, Dr. F.____, fest, eine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Insbesondere bestehe kein nennenswert depressives Zustandsbild. Die geltend gemachten Schmerzen könnten deshalb nicht als Zeichen einer somatoformen Störung gedeutet werden, weil erstens keinerlei Leidensdruck erkennbar sei und zweitens die innerseelischen Konflikte als bewusstseinsnah und nicht unbewusst zu bezeichnen seien. Der gewichtigste davon liege im Umstand, dass der Beschwerdeführer im Krieg im Jahr 1999 an Menschen und Besitztum viel verloren habe. Daraus habe sich ein Motivationsverlust ergeben, der im Bericht von Dr. D.____ von 2002 klar zum Ausdruck gelangt sei. In der interdisziplinären Stellungnahme wurde festgehalten, die bei der Vorbegutachtung diagnostizierte depressive Störung habe sich zurückgebildet. Eine Störung von relevantem Krankheitswert könne nicht mehr festgestellt werden.



5.

5.1 Ein Vergleich der psychiatrischen Berichte in beiden massgeblichen Zeitpunkten zeigt, dass sich zur Zeit der Rentenzusprechung erheblich divergente Beurteilungen der beiden Fachärzte Dr. B.____ (im Rahmen einer interdisziplinären Untersuchung in der Klinik Valens) und Dr. D.____ (im Rahmen des Gutachtens zuhanden von Dr. C.____) gegenübergestanden hatten. Die Einschätzung von Dr. D.____, wonach beim Beschwerdeführer insbesondere eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung (u.a. kontaktgestört, zwanghaft asthenisch) und eine chronifizierte mittelgradige rezidivierende depressive Störung mit der Wirkung einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % vorlagen, wurde damals der Einschätzung von Dr. B.____ vorgezogen, wonach ein unspezifischer Rückenschmerz mit Symptomausweitung (also z.B. keine depressive Störung) bestand, der eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit voll zulasse. Auch Dr. C.____ billigte offenbar damals das Ergebnis seines Mitgutachters.

5.2 Zwar hat die Begutachtung im Revisionsverfahren im Zeichen einer vom Beschwerdeführer geltend gemachten und vom Hausarzt bestätigten Verschlechterung gestanden. Sie ist jedoch Anlass geworden, eine Verbesserung des Zustands nachzuweisen. Dr. C.____ und Dr. F.____ haben in ihrer interdisziplinären Stellungnahme sowohl hinsichtlich des Befundes wie der Arbeitsfähigkeitsschätzung eine von der früheren Begutachtung abweichende Beurteilung abgegeben. Diese wurde damit begründet, dass sich die depressive Störung weitgehend zurückgebildet habe. Dr. F.____ seinerseits hatte keine Entwicklung in der Zeit beschrieben, sondern lediglich eine Feststellung über den vorgefundenen Zustand gemacht. Wie es sich mit der ursprünglich festgestellten Persönlichkeitsstörung verhält, ist nicht erläutert worden.

5.3 Unter diesen Umständen muss festgestellt werden, dass die Erst- und die Zweitbegutachtung erheblich auseinanderfallen. Das Gericht sieht sich bei der gegebenen Aktenlage ausserstande zu beurteilen, welche medizinische Einschätzung zutreffender oder glaubwürdiger ist und ob sich eine relevante Veränderung des Sachverhalts ergeben habe. Eine ergänzende Sachverhaltsabklärung durch eine Oberbegutachtung ist deshalb unabdingbar. Darin ist auch die Entwicklung im Zeitablauf zu beurteilen.



5.4 Dazu kommt, dass sich der anlässlich der Rentenzusprechung getroffenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der in diesem Verfahren zuletzt bekannt gewordenen Fakten eine gewisse Plausibilität nicht absprechen lässt. Anlässlich der neurologischen Untersuchungen ist darauf hingewiesen worden, dass möglicherweise doch eine anhaltende psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden sein könnte. Es wurde davon berichtet, Kern der Problematik dürfte die chronifizierte Depression sein. Aber nicht allein die Angaben der Schulthess Klinik stützen diese Annahme, sondern auch der psychiatrische Facharzt Dr. H.____, der von einer Anpassungsstörung mit Depressivität, einer Somatisierungstendenz und einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen berichtet und eine gewisse Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zu bedenken ist ferner, dass der Beschwerdeführer im massgeblichen Vergleichszeitraum während knapp eines Monats aus psychiatrischen Gründen hatte in der Klinik St. Pirminsberg hospitalisiert werden müssen. Diese Klinik hatte gemäss dem Bericht vom 17. November 2003 eine mittelgradig depressive Episode bei chronischem Schmerzsyndrom diagnostiziert. Bei Eintritt sei die affektive Grundstimmung des Beschwerdeführers leicht gedrückt gewesen, doch sei er affektiv schwingungsfähig gewesen. Im Lauf der Behandlung habe sich die depressive Symptomatik deutlich verbessert, wobei vor allem ein Tagesstrukturaufbau und wahrscheinlich der Einsatz eines Antidepressivums förderlich gewesen seien. Nach Austritt habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen. Die Beschwerdegegnerin wird demnach zusammenfassend wie erwähnt den relevanten Sachverhalt ergänzend abzuklären haben.

6.

6.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2007 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 Es rechtfertigt sich bei diesen Umständen, von einem vollständigen Unterliegen der Beschwerdegegnerin auszugehen und ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1^{bis}



IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidungsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Dem Beschwerdeführer ist die Differenz zwischen dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- und den für den Zwischenentscheid vom 8. Mai 2008 erhobenen Gerichtskosten von Fr. 200.-- (somit ein Betrag von Fr. 400.--) zurückzuerstatten.

6.3 Der Beschwerdeführer hat bei (prozessual betrachtet; vgl. SVR 1995 IV Nr. 51 S. 143) vollem Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.--.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 27. November 2007 aufgehoben.
2. Die Sache wird zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt die Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
4. Dem Beschwerdeführer wird vom geleisteten Kostenvorschuss ein Betrag von Fr. 400.-- zurückerstattet.
5. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.