



Fall-Nr.: IV 2010/450
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 29.05.2020
Entscheiddatum: 02.03.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 02.03.2012

Art. 28 Abs. 2 IVG. Invalidenrente. Nachdem auf Grund einer nachträglich erfolgten stationären Behandlung in einer psychiatrischen Klinik noch nicht von einem stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden kann, kann nicht ohne Weiteres auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden. Rückweisung zur Einholung eines Verlaufsgutachtens und anschliessender neuen Verfügung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. März 2012, IV 2010/450).

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie Löhner, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach

Entscheid vom 2. März 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7,
9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 3. Oktober 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Dabei gab er an, er habe eine Behinderung am linken Fussgelenk und ein Rückenleiden (act. G 8.1/1). Der Hausarzt Dr. med. B.____, FMH für Chirurgie, diagnostizierte mit Bericht vom 12. Oktober 2005 eine therapieresistente Lumboischialgie seit Mitte 2004. Dem Versicherten seien weder die angestammte Tätigkeit (als Giesser) noch eine andere Tätigkeit zumutbar (act. G 8.1/11.1 - 11.4). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen, bei welcher der Versicherte schon vor der Anmeldung in Behandlung war, diagnostizierte zudem ein Schmerzsyndrom am linken oberen Sprunggelenk sowie einen Verdacht auf Tarsaltunnelsyndrom links. Im Weiteren diagnostizierte sie eine Diskopathie mit diskogenen Schmerzen L4/5 sowie eine Spondylarthrose L4/5 (act. G 8.1/11.5 - 11.12, 14.1). Zur Arbeitsfähigkeit gab die zuständige Ärztin im Bericht vom 5. Dezember 2005 an, die angestammte Tätigkeit sei bei verminderter Leistungsfähigkeit noch zumutbar. Rückenschonende Tätigkeiten mit Verzicht auf Heben von schweren Lasten seien bis zu 50 % möglich, was jedoch noch nicht abschliessend beurteilt werden könne (act. G 8.1/14.3). In einem weiteren Bericht des Kantonsspitals vom 4. Januar 2007 diagnostizierte Dr. A. Schirm einen Status nach mikrochirurgischer Nukleotomie L4/5 vom 18. September 2006 bei Bandscheibenprotrusion L4/5. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Bei Reduzierung von forcierten Inklinationen bzw. Heben schwerer Lasten in Inklination sollte demgegenüber die Leistungsfähigkeit angepasst (gesteigert) werden können (act. G 8.1/23).

Mit Verlaufsbericht vom 19. Februar 2007 (Eingang IV-Stelle St. Gallen) machte Dr. B.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Versicherten geltend. Dr. B.____ geht dabei wiederum davon aus, dass der Versicherte seit längerer Zeit vollständig arbeitsunfähig sei und weder die angestammte noch eine andere Tätigkeit mehr zumutbar seien. Aus einem von Dr. B.____ eingereichten Bericht der Orthopädischen Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 22. Januar 2007 geht



St.Galler Gerichte

sodann hervor, dass der Versicherte im Januar 2007 wegen eines Verdachts auf ein Postnukleotomiesyndrom L4 links (Schmerzexazerbation in der Lendenwirbelsäule) erneut hospitalisiert werden musste (act. G 8.1/29).

Mit Verlaufsbericht vom 28. März 2007 wiederholte die Klinik für Orthopädische Chirurgie die Diagnose eines Verdachts auf ein Postnukleotomiesyndrom L4 links bei Status nach mikrochirurgischer Nukleotomie L4/5 am 18. September 2006 bei Diskusprotrusion L4/5. Die Klinik sei insofern zur Bildgebung nicht korrelierend, als die Beschwerden auf der linken Körperseite aufträten, wohingegen sich die Einengungen der neurogenen Strukturen auf der rechten Bildseite darstellten (act. G 8.1/31.4 f.).

A.b Auf Anregung des RAD Ostschweiz wurde sodann eine orthopädische Begutachtung durchgeführt. Dabei diagnostizierte Dr. med. C.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin, in seinem Gutachten vom 12. September 2007 im Wesentlichen eine Diskushernie L4/5 sowie eine leichte Kompression der Nervenwurzel L5 links recessal, eine Spondylarthrose bei Status nach mikrochirurgischer Nukleotomie L4/5, eine Diskushernie C3/4 mit Nebenwurzelkompression C4 rechts, eine Diskushernie C5/6 rechts mit Spinalkanalstenose sowie eine Arthrose des unteren Sprunggelenks links. Gestützt darauf ging Dr. C.____ davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Druckgiesser bei voller Stundenpräsenz noch rund 20 % betrage. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend durchgeführt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 10 kg gehoben oder getragen werden müssten, und bei denen nicht regelmässig auf unebenem Boden gelaufen werden müsse, seien dem Versicherten bei voller Stundenpräsenz zu ca. 70 % zumutbar. Gestützt auf die Akten datierte Dr. C.____ den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf ca. März 2004 (act. G 8.1/36).

Nachdem die Rechtsvertreterin des Versicherten im Vorbescheidsverfahren unter anderem geltend gemacht hatte, dass dieser auch nächtlich anhaltende Schmerzen verspüre, regte der RAD an, zusätzlich mittels einer psychiatrischen Abklärung das Vorhandensein einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu prüfen (act. G 8.1/46). Das entsprechende Gutachten vom 24. Februar 2008 von Dr. med. D.____,



St.Galler Gerichte

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, kam zum Schluss, dass dafür zwar keine Anzeichen beständen, dass aber eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) sowie eine sonstige akute vorübergehende psychotische Störung (F23.8) vorlägen (act. G 8.1/49.7). In der Konsensbeurteilung kamen der orthopädische und der psychiatrische Gutachter überein, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 20 %, in einer adaptierten - da zusätzlich zu den orthopädischen Einschränkungen noch Störungen der kognitiven Funktionen, des inhaltlichen Denkens, der affektiven Belastbarkeit, der sozialen Fertigkeiten, der Vitalgefühle und des Schlafs vorlägen - 50 % betrage (act. G 8.1/52.8 f.).

A.c Gestützt auf dieses bidisziplinäre Gutachten wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Mai 2009 ab dem 1. Juni 2007 bis zum 31. August 2007 eine Viertelsrente, ab dem 1. September 2007 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (act. G 8.1/63 und 64). Die Verfügung erwachsen unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Am 15. Oktober 2010 (richtig wohl: 15. Januar 2010) füllte der Versicherte das Revisionsformular aus. Er gab an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlimmert und er sei von seinem Arzt, Dr. B.___, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (act. G 8.1/72). Mit Verlaufsbericht vom 10. Februar 2010 gab Dr. B.___ an, der Gesundheitszustand sei stationär bzw. eher schlechter. Es beständen weiterhin unveränderte Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine. Der Versicherte sei im täglichen Leben sehr stark eingeschränkt. Er sei praktisch austerapiert, die Prognose ungünstig. Es bestehe keine Aussicht auf eine Reintegration in den Arbeitsprozess (act. G 8.1/76). Der RAD hielt eine neuerliche Abklärung des aktuellen Gesundheitszustands mittels bidisziplinärer orthopädisch/psychiatrischer Verlaufsbeurteilung für angezeigt (act. G 8.1/77).

B.b Der orthopädische Gutachter, Dr. med. E.___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 31. Mai 2010 (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) ein chronisches lumbovertebrales Syndrom (M54.5) mit/bei Status nach mikrochirurgischer Nukleo-



tomie L4/5 bei Bandscheibenprotrusion, Diskopathie L4/5, Diskushernie L4/5 und Spondylarthrose L4/5. Weiter eine Zervikalgie/Zervikobrachialgie (M53.1) mit/bei Einengung des Neuroforamens C3/C4 rechts sowie paramediane Diskushernie C5/C6 und Einengung des Spinalkanals der unteren Halswirbelsäule sowie OSG/USG-Schmerzen links (M79.67). Dr. E.____ kam zum Schluss, dass die klinische Untersuchung im Bereich der Wirbelsäule keine relevante Verschlechterung der Befunde im Vergleich zu jenen von Dr. C.____ zu Tage gefördert habe. Nachdem die klinischen Befunde unverändert seien, könne angesichts der Diagnosen mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass ohne weiteres Ereignis in zweieinhalb Jahren keine Progredienz zu erwarten sei. Er habe deshalb - wie auch der behandelnde Arzt - auf neue bildgebende Verfahren verzichtet.

Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, cholischen und ängstlich vermeidenden Anteilen (Z73.1) bei einfach strukturierter Grundpersönlichkeit sowie einen Zustand nach mittelgradiger depressiver Episode im Rahmen einer Trauerreaktion, gegenwärtig remittiert. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war damit somatisch-orthopädisch bedingt und wurde in der angestammten Tätigkeit als Druckgiesser unverändert auf 20 %, in einer adaptierten Tätigkeit auf 70 % festgelegt (act. G 8.1/84).

B.c Gestützt auf dieses Gutachten ging die IV-Stelle von einem verbesserten Gesundheitszustand aus und errechnete einen Invaliditätsgrad von 31,57 %. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen als Druckgiesser im Jahr 2008 von Fr. 61'359.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 41'985.-- (LSE 2008, Privater Sektor, Niveau 4, 70 %) aus (act. G 8.1/88). Mit Verfügung vom 12. Oktober 2010 stellte sie sodann die Rente auf das Ende des folgenden Monats ein (Ende November 2010; act. G 8.1/93).

C.

C.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 15. November 2010 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Die



Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Rentenzahlung ab 1. Dezember 2010 vollumfänglich wieder aufzunehmen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des Sachverhalts hinsichtlich einer Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem sei zur Abklärung des Ausmasses der Einschränkung des Beschwerdeführers in psychologischer Hinsicht ein Arztbericht bei der Psychiatrischen Klinik G.____, Dr. med. H.____, einzuholen. Dem Beschwerdeführer sei schliesslich die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

Der Beschwerdeführer befinde sich aktuell seit mehr als einem Monat stationär in der Psychiatrischen Klinik G.____. Danach soll er in eine Tagesklinik in St. Gallen überwiesen werden sowie eine psychiatrische Weiterbetreuung durch Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erhalten. Gemäss Dr. H.____ sei der Beschwerdeführer aus heutiger Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Auch aus somatischer Sicht sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Eine psychische Besserung könne eventuell in Zukunft durch eine intensive psychiatrische Weiterbetreuung erreicht werden.

In Bezug auf das Gutachten vom 31. Mai 2010 wird zunächst bemängelt, dass die gesamte Untersuchung durch die ärztlichen Begutachter nur drei Stunden und fünf Minuten gedauert habe. Nachdem noch die Hälfte der Zeit für die Übersetzung durch den Dolmetscher benötigt worden sei, erscheine die effektiv verbleibende Explorations- und Untersuchungszeit als zu kurz. Das Gutachten gleiche damit einer Schnellabfertigung. In orthopädischer Hinsicht sei nicht ersichtlich, weshalb auf die Erstellung neuer bildgebender Verfahren, insbesondere auf aussagekräftige MRI-Aufnahmen verzichtet worden sei. Dies umso weniger, als sich die Gutachter ihrer Sache offenbar nicht zu 100 % sicher gewesen seien und der Beschwerdeführer über zunehmende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule geklagt und der Hausarzt eine zunehmende Verschlechterung und einen vermehrten Bedarf an Analgetika attestiert habe. Die letzten MRI-Aufnahmen der LWS und HWS seien drei Jahre alt. Es erscheine offensichtlich, dass verstärkte Kompressionen auf die Nervenwurzel stärkere Schmerzen verursachten, eine solche Kompression jedoch lediglich anhand von (neuen) MRI-Aufnahmen zuverlässig diagnostiziert werden könnten und nicht durch klinische Untersuchungen wie beispielsweise das Erkennen von Kompressionen von Auge oder anhand von Bewegungsstörungen. Die Untersuchungen der Gutachter seien



St.Galler Gerichte

demnach nicht allseitig, die diesbezügliche Diagnose unvollständig. Daran ändere auch nichts, dass gemäss RAD-Bericht vom 12. Oktober 2010 bereits sieben MRI-Voruntersuchungen der Wirbelsäule existierten.

In psychiatrischer Hinsicht sei nicht ersichtlich, inwiefern sich die depressive Episode, die der Beschwerdeführer nach dem Tod der Mutter durchgemacht habe, heute verbessert haben soll. So werde nicht ausgeführt, auf welche Gründe sich diese Annahme stütze. Sie sei auch nicht nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer auch heute noch am Schmerz und den Schuldgefühlen leide. Es werde lediglich konstatiert, dass sich die depressive Symptomatik deutlich gebessert habe. Es treffe jedoch nicht zu, dass der Beschwerdeführer nicht mehr zurückgezogen lebe oder sogar politisch aktiv sei. Vielmehr sei der Beschwerdeführer gemäss Gutachten zeitlich unscharf orientiert, der Denkablauf umständlich sentimental, ängstlich subdepressiv und leicht affektiv labil. Seine Konzentration und Merkfähigkeit seien leicht eingeschränkt, die Gedächtnisleistung vermindert, insbesondere mit Zeitgitterstörungen. Im Zusammenhang mit dem Tod der Mutter seien spürbare Schuldgefühle vorhanden. Die Gutachterin gebe selbst zu, dass sich die Begutachtung als sehr schwierig erwiesen habe. Die vorliegende Exploration könne demnach den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht vollständig und umfassend wiedergeben. Das Gutachten halte den vom Bundesgericht erarbeiteten Kriterien nicht stand, was die neuen Feststellungen der Dres. H. ___ und I. ___ mehr als bestätigten.

Im Weiteren macht die Rechtsvertreterin geltend, es sei dem Beschwerdeführer ein Leidensabzug zu gewähren. Ein solcher sei bereits im Vorbescheid vom 5. Dezember 2007 (vgl. act. G 8.1/40 und 65) präjudizierend anerkannt worden. Vorliegend werde dieser Leidensabzug dagegen nicht mehr berücksichtigt. Ein Leidensabzug rechtfertige sich aber ausgehend von einem statistisch ausgewiesenen Teilzeitnachteil von 6,5 % und einem Konkurrenznachteil durch die Gefahr höherer Krankheitsabsenzen. Auf Grund der Einschränkungen am Arbeitsplatz (Notwendigkeit eines temperierten Arbeitsraumes, eines ebenen Bodens sowie unzumutbare Bewegungsabläufe und eine Gewichtslimite von 10 kg) sei zu erwarten, dass der Beschwerdeführer nur unterdurchschnittlich entlöhnt werde. Damit rechtfertige sich ein grösserer Leidensabzug als 10 % (act. G 1).



St.Galler Gerichte

Mit einer weiteren Eingabe vom 18. November 2010 reicht die Rechtsvertreterin ein ärztliches Zeugnis von Dr. H.____ ein, wonach der Beschwerdeführer ab dem 14. Oktober 2010 bis auf Weiteres zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik G.____ eingetreten sei (act. G 4.1).

C.b Mit Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2010 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Ebenso sei der Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abzuweisen. Zu prüfen sei die revisionsweise Einstellung der halben Rente. Die angefochtene Revisionsverfügung stelle in medizinischer Hinsicht auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom 31. Mai 2010 ab. Der orthopädischen Beurteilung sei zu entnehmen, dass sich im Rahmen der klinischen Untersuchung praktisch deckungsgleiche Befunde zur gutachterlichen Untersuchung von Ende August 2007 ergeben hätten. Schwerwiegende pathologische Befunde könnten weiterhin nicht erhoben werden. Zwar sei die Belastbarkeit und Beweglichkeit der Wirbelsäule sowohl cervical wie lumbal eingeschränkt. Eine radikuläre Ausfallsymptomatik liege jedoch eindeutig nicht vor. Auch im Bereich des linken oberen Sprunggelenks, respektive des Rückfusses seien keine gravierenden Befunde erhebbar. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schmerzen könnten auf Grund der klinischen Untersuchung nicht bestätigt werden. Aus orthopädischer Sicht sei damit in behinderungsangepassten Tätigkeiten unverändert von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Die begutachtende Psychiaterin lege dar, dass die im Gutachten von Dr. D.____ diagnostizierten psychotischen Symptome aus heutiger Sicht im Rahmen der Trauerreaktion über den Tod der Mutter zwei Monate vor der damaligen Begutachtung zu interpretieren seien. Seit Herbst 2007 habe sich das psychopathologische Zustandsbild insofern verbessert, als gegenwärtig keine wesentliche depressive Symptomatik und auch keine psychotische Symptomatik mehr diagnostiziert werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht lägen damit keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor in Tätigkeiten, die der einfachen Grundstruktur des Beschwerdeführers entsprächen.

Sowohl die Psychiaterin als auch der Orthopäde hätten sich mit der jeweiligen Vorbegutachtung auseinander gesetzt. Beiden habe auch genügend Zeit für die Untersuchung zur Verfügung gestanden. Im Weiteren obliege es im Ermessen des medizinischen Experten zu beurteilen, mit welchen Methoden der medizinische



Sachverhalt abzuklären ist. Diesbezüglich habe Dr. E.____ dargelegt, dass er von neuen radiologischen Aufnahmen keine neuen relevanten Erkenntnisse erwarte. Das Gutachten sei sorgfältig abgefasst und in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Es berücksichtige die geklagten Beschwerden, sei nachvollziehbar und leuchte in den Schlussfolgerungen ein, weshalb darauf abzustellen sei.

In Bezug auf das Invalideneinkommen sei dem Beschwerdeführer ein Leidensabzug zugestehen, da er selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Ein Abzug von 10 % sei gerechtfertigt. Darüber hinaus seien keine zusätzlichen abzugsrelevanten Umstände ersichtlich. So könnten weder ein angeblich höheres Krankheitsrisiko noch eine angeblich gesundheitsbedingte geringere Flexibilität bei der Einsetzbarkeit als abzugsrelevant anerkannt werden. Somit ergebe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 37'786.--, was bei einem unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 60'623.-- (richtig: Fr. 61'359.--) zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 38 % führe (act. G 8).

C.c Mit Replik vom 2. Februar 2011 beantragt die Rechtsvertreterin nunmehr die Ausrichtung einer ganzen, eventualiter einer Dreiviertelsrente ab Einreichung des (Revisions-)Gesuchs. In orthopädischer Hinsicht wird nochmals betont, dass die gesamte lumbale Wirbelsäule - und damit auch die Ursachen für Schmerzen im lumbalen Wirbelsäulenabschnitt - allein mittels MRI genügend abgeklärt werden könnten. In psychiatrischer Hinsicht wird geltend gemacht, dass der Beschwerdeführer für längere Zeit stationär habe behandelt werden müssen und auch weiterhin in psychiatrischer Behandlung stehe. Entsprechende Berichte würden nachgereicht. Die Schlussfolgerungen im psychiatrischen Gutachten seien demnach nicht zutreffend. Nachdem die Arbeitsfähigkeit gemäss Angaben der Psychiatrischen Klinik G.____ bei 50 % liege, und der Beschwerdeführer nach wie vor psychiatrisch behandelt werde, habe das streitgegenständliche Gutachten längst an Aktualität eingebüsst. Die Angelegenheit sei daher entweder durch das angerufene Gericht neu zu beurteilen oder aber zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In Bezug auf das Valideneinkommen wird nunmehr ausgeführt, dass der der Berechnung zu Grunde gelegte Betrag von Fr. 61'359.-- zu tief angesetzt sei. Der Beschwerdeführer habe bereits im Jahr 2004 einen Bruttolohn von Fr. 59'288.-- erzielt.



Im Jahr 2005 sei er dann vermehrt krank gewesen, weshalb sein Einkommen wesentlich gesunken sei. Wenn die Beschwerdegegnerin nur noch ein Einkommen von Fr. 61'359.-- berücksichtige, seien offensichtlich die Teuerung und die Reallohnentwicklung nicht berücksichtigt worden. Beim Invalideneinkommen sei sodann zu berücksichtigen, dass die Arbeitszeit des Beschwerdeführers täglich 8,15 Stunden bzw. 40,75 Wochenstunden betragen habe, und nicht wie von der Beschwerdegegnerin angenommen 41,6 Wochenstunden. Somit sei von einem Invalideneinkommen von höchstens Fr. 58'753.-- auszugehen und nicht von Fr. 59'979.--. Zudem sei ein Leidensabzug von 25 % zu berücksichtigen, da unter anderem nebst den Anforderungen an einen Arbeitsplatz zusätzlich die einfache Grundstruktur des Beschwerdeführers zu berücksichtigen sei. Ebenso sei ein Teilzeitabzug gerechtfertigt (act. G 12).

Am 8. Februar 2011 reicht die Rechtsvertreterin zusätzlich ein Schreiben von Dr. I. ___ vom 14. Oktober 2010 sowie den Austrittsbericht der Klinik G. ___ vom 17. November 2010 ein. Darin wird eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) diagnostiziert. Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt am 16. November 2010 betrage 100 % im Rahmen seiner 50 %igen IV-Berentung (act. G 14.2).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 16).

C.e Mit Präsidialentscheid vom 20. Dezember 2010 wird das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung abgewiesen (act. G 9). Mit Präsidialverfügung vom 21. Dezember 2010 wird das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; act. G 10).

Erwägungen:

1.

1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor,



so besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht 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 (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen oder internen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 f. E. 3b/bb und 3b/ee).

1.3 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). Eine Revision von Amtes wegen wird unter anderem durchgeführt, wenn Tatsachen bekannt werden, die eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades als möglich erscheinen lassen (Art. 87 Abs. 2 IVV). Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Anlass zur Rentenrevision gibt somit 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 Sachverhalts 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 neuerer 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 114 E. 5.4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Neubeurteilung (BGE 130 V 351 E. 3.5.2; BGE 125 V 369 E. 2).

2.

2.1 Der Beschwerdeführer lässt zunächst geltend machen, das von der Verwaltung eingeholte polydisziplinäre Gutachten sei nicht beweistauglich. So sei der Gesundheitszustand weder in orthopädischer noch in psychiatrischer Hinsicht genügend abgeklärt worden. In orthopädischer Hinsicht lässt der Beschwerdeführer vortragen, es stelle einen Mangel dar, dass Dr. E.____ für seine Untersuchung auf neue bildgebende Verfahren, insbesondere auf aussagekräftige MRI-Aufnahmen verzichtet habe. Gemäss Jeanneret/Jeanneret sei alleine ein MRI in der Praxis geeignet, die gesamte lumbale Wirbelsäule suffizient abzuklären (Praxis, Schweizerisches Medizinisches Forum Nr. 39 S. 924). Es sei daher nicht ersichtlich, weshalb keine neuen MRI-Aufnahmen erstellt worden seien, obwohl der Beschwerdeführer eindeutig über zunehmende Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule klage und überdies der Hausarzt eine zunehmende Verschlechterung und einen vermehrten Bedarf an Analgetika attestiert habe. Die letzten MRI-Aufnahmen seien drei Jahre alt. Bereits im Jahr 2007 sei festgestellt worden, dass leichte Kompressionen der Nervenwurzeln und leichtgradige Verwachsungen sowie degenerative Veränderungen vorhanden seien. Selbst der Gutachter habe an der Exploration eine eingeschränkte Belastbarkeit und Beweglichkeit der Wirbelsäule sowohl cervical als auch lumbal festgestellt. Dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden nicht genau darlegen könne, habe damit zu tun, dass er sich hinsetzen müsse, wenn die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule zu stark würden. Innerhalb weniger Sekunden oder Minuten verschwänden dann die Schmerzen in der Wirbelsäule und könnten daher nicht mehr richtig erfasst oder genau



lokalisiert werden. Dies sei typisch für Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (Jeanneret/Jeanneret, Praxis, Schweizerisches Medizinisches Forum, Nr. 39, S. 922).

Zwar trifft zu, dass in der Regel Untersuchungen der zur Diskussion stehenden Regionen wiederholt werden, falls die zur Verfügung stehenden Bilder älter als 6 Monate sind. Bei stabilem Beschwerdebild und (gemäss Akten) unverändertem klinischem Befund reichen auch ältere konventionelle Aufnahmen aus (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 21. August 2008 [2007/126] E. 5.4 mit Hinweis auf die Leitlinien für die Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2007; 88: 17, S. 738). Indessen ist vorliegend von einem stabilen Beschwerdebild auszugehen. So geht Dr. E.____ davon aus, dass der von ihm anlässlich der klinischen Untersuchung erhobene Befund fast deckungsgleich mit demjenigen aus der Vorbegutachtung im Sommer 2007 ist. Auch er konnte keinen schwerwiegenden pathologischen Befund erheben. Obwohl er einräumt, dass die Belastbarkeit und Beweglichkeit der Wirbelsäule sowohl cervical wie lumbal eingeschränkt sei, konnte er eine radikuläre Ausfallsymptomatik mit Sicherheit ausschliessen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers leuchtet es ein, wenn der orthopädische Gutachter von einem unveränderten Befund auf eine unveränderte (oder zumindest nicht erheblich veränderte) Situation an der Wirbelsäule schliesst. Im Gegenteil wäre erklärungsbedürftig, wenn dem nicht so wäre, wenn also trotz unveränderter Klinik eine starke Verschlechterung der Wirbelsäulenproblematik medizinisch möglich wäre. Davon geht aber der Gutachter gerade nicht aus. Der Gutachter hat damit den Verzicht auf weitere bildgebende Verfahren hinreichend begründet.

Anlässlich der erneuten Begutachtung beschrieb der Beschwerdeführer hauptsächlich lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in die Beine (act. G 8.1/84.9). Gerade in Bezug auf die Lendenwirbelsäule ist aber von stabilen Verhältnissen auszugehen, wurden doch bereits im Zeitraum von Mai 2005 bis Januar 2007 fünf MRI der Lendenwirbelsäule erstellt, wobei schon damals im Zeitablauf keine Verschlechterung erkennbar war. In Bezug auf die Nackenbeschwerden gab der Beschwerdeführer brennende Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern an. Eine Verschlechterung wurde indessen nicht angegeben (act. G 8.1/84.10). Vielmehr entspricht diese Beschreibung fast wörtlich den Angaben bei Dr. C.____, wo ebenfalls von brennenden



Schmerzen im Nacken, intermittierend in den Schultergürtel ausstrahlend, die Rede ist (act. G 8.1/36.3). Auch von der Halswirbelsäule wurden bereits zwei MRI erstellt, wobei sich hier immerhin insofern eine Verschlechterung ergab, als im Januar 2007 im Gegensatz zum November 2005 eine leichte Kompression der Nervenwurzel C4 rechts sowie eine Einengung des Spinalkanals C5/C6 festgestellt wurde (act. G 8.1/84.12 f.). Indessen ging bereits Dr. C.____ im August 2007 gestützt auf die Funktionsaufnahmen vom 24. August 2007 abgesehen von den bekannten Diskushernien L4/5 mit leichter Kompression der Nervenwurzel L5 sowie C3/4 mit Nervenwurzelkompression C4 und Diskushernie C5/6 von unauffälligen Befunden aus, wobei er bezüglich Prognose von einer Persistenz ausging (act. G 8.1/36.6 f.). Schliesslich macht die Rechtsvertreterin geltend, der Beschwerdeführer sei diverse Male gestürzt, was - als nachträgliche Ereignisse - die verstärkten Schmerzen erkläre. Der Beschwerdeführer selber schilderte dem Gutachter ebenfalls, bereits mehrmals gestürzt zu sein, da er wegen Rückenschmerzen das Gleichgewicht verloren habe. Im Weiteren schilderte er eine Kopfverletzung, die habe genäht werden müssen, ohne allerdings anzugeben, ob diese Verletzung auf einen Sturz zurückzuführen war (act. G 8.1/84.7 f.). Zwar wäre denkbar, dass ein nach der Erstbegutachtung erfolgtes - vorliegend allerdings noch näher zu spezifizierendes - Sturzereignis geeignet ist, eine Verschlechterung der Wirbelsäulenproblematik zu verursachen. Indessen ist davon auszugehen, dass sich eine solche Verschlechterung ebenfalls in der Klinik hätte bemerkbar machen müssen, sodass der Schluss des Experten, bei unveränderter Klinik lägen unveränderte Verhältnisse in der Wirbelsäule vor, nach wie vor überzeugend bleibt. Zudem wurde der Beschwerdeführer offenbar anlässlich der stationären Behandlung in der Klinik G.____ wegen der Schmerzen auch konsiliarisch im Spital J.____ abgeklärt (Computertomographie). Gemäss Bericht der Psychiatrischen Klinik G.____ vom 17. November 2010 bestätigte diese Untersuchung das Vorliegen der (bekannten) Diskusprotrusion L4/L5. Indessen hätten keine neurologischen Defizite eruiert werden können. Weitere Abklärungen mittels MRI seien vom Spital J.____ nicht empfohlen worden (act. G 14.2 S. 3). Mithin ist von einer seit August 2007 im Wesentlichen unveränderten Situation an der Wirbelsäule auszugehen, so dass von einer erneuten bildgebenden Abklärung kein weiterer Erkenntnisgewinn mehr zu erwarten ist. Im Weiteren ist auch in Bezug auf das obere Sprunggelenk von einer unveränderten Situation auszugehen, sind doch einerseits die Befunde relativ unauffällig (act. G



8.1/84.12 f.) und wird andererseits weder anlässlich der Begutachtung noch im jetzigen Verfahren eine Verschlechterung geltend gemacht. Der Sachverhalt erscheint somit in orthopädischer Hinsicht als genügend abgeklärt.

2.2 In psychiatrischer Hinsicht wird geltend gemacht, der Beschwerdeführer sei vom 14. Oktober 2010 bis 16. November 2010 in der Psychiatrischen Klinik G.____ stationär behandelt worden. Sein Gesundheitszustand habe sich somit verschlechtert. Im entsprechenden Austrittsbericht der Klinik G.____ vom 17. November 2010 wurde eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) diagnostiziert. Zum Verlauf wurde ausgeführt, es bestehe seit längerem eine depressive Stimmung mit teils aggressiven Impulsen. Auch sei von psychotischem Erleben berichtet worden. Er habe vermehrt suizidale Gedanken gehabt. Ebenso sei fremdaggressives Verhalten im häuslichen Umfeld in der Zeit vor der Einweisung ein Thema gewesen. Im Verlauf der Behandlung seien vier Impulsdurchbrüche aufgetreten. So sei der Beschwerdeführer mit dem Kopf mehrmals gegen eine Wand gestossen. In anderen Situationen sei er laut geworden und sei dysphorisch und gereizt gewesen. Diese Attacken hätten jedoch abgenommen. Im weiteren Verlauf sei die Stimmung zunehmend besser geworden. Verzweiflung, Ängstlichkeit sowie Hoffnungslosigkeit seien besser geworden. Über Wahnhinhalte sei nicht mehr berichtet worden, auch hätten sich dann keine weiteren Hinweise auf psychotisches Erleben mehr gezeigt. Halluzinationen seien nicht mehr vorgekommen, der Antrieb sei zunehmend ausgeglichen gewesen. Suizidale Gedanken seien verneint worden, Aggressionen gegen Mitmenschen seien in der Klinik nicht vorgekommen. Die Beschäftigung mit den Schmerzen sei zu Beginn stark gewesen, gegen Mitte gering, um gegen Ende wieder zuzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit bei Austritt schätzte die Klinik G.____ auf "100 % im Rahmen der 50 %igen IV-Berentung" (act. G 14.2 S. 3 ff.).

Demgegenüber ging die psychiatrische Gutachterin davon aus, dass die im Vorgutachten diagnostizierten psychotischen Symptome aus aktueller Sicht im Rahmen der Trauerreaktion der zwei Monate zuvor verstorbenen Mutter zu interpretieren seien. Zwischenzeitlich habe sich jedoch die depressive Symptomatik deutlich gebessert bzw. sei nicht mehr feststellbar gewesen. Dementsprechend ging die Gutachterin aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit aus. In sämtlichen



Tätigkeiten sei jedoch die einfache Grundstruktur des Beschwerdeführers zu berücksichtigen. Der Beginn der Verbesserung des Gesundheitszustands sei spätestens ab dem Untersuchungstag am 23. April 2010 anzunehmen (act. G 8.1/84.23 ff.).

Wenn auch die Psychiatrische Klinik G.____ ebenfalls von einer nach der stationären Behandlung gebesserten Situation ausgeht, bleibt doch eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Ausführungen der Gutachterin und jenen der Klinik G.____. Zwar gehen beide davon aus, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich weiterhin auf eine stützende psychiatrische Therapie angewiesen ist. Indessen divergieren die beiden Arbeitsfähigkeitsschätzungen erheblich. Während die Gutachterin von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgeht, sind die Ausführungen der Klinik G.____ wohl dahingehend zu verstehen, dass der Beschwerdeführer (nur) noch 50 % arbeiten könne. Nachdem somit ernst zu nehmende Hinweise darauf bestehen, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im August 2010 erheblich verschlechtert (und in der stationären Behandlung allerdings auch wieder gebessert) hat, ist mit dem Beschwerdeführer davon auszugehen, dass das psychische Gutachten im Sommer/Herbst 2010 nicht mehr aktuell war. Wenn auch die stationäre Behandlung erst am 14. Oktober 2010, und damit zwei Tage nach Verfügungserlass begonnen hat, ist auf Grund des Begleitschreibens von Dr. I.____ vom 14. Oktober 2010 davon auszugehen, dass die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands bereits im August 2010 eingetreten ist (Behandlungsbeginn am 21. August 2010 [act. G 14.1]). Mithin lag zum Verfügungszeitpunkt noch kein stabiler Zustand vor. Die Streitsache ist demzufolge zur Einholung eines Verlaufsgutachtens bei Dr. F.____ an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2.3 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 12. Oktober 2010 aufzuheben. Die Streitsache ist sodann zur ergänzenden Abklärung (Einholung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens bei Dr. F.____) und anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.



3.1 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 E. 5a). Nachdem somit die Beschwerdegegnerin vollumfänglich unterliegt, hat sie die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.2 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. 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.--. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat mit der Replik eine Kostennote über Fr. 3'304.70 zuzüglich Auslagenpauschale von Fr. 132.20 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 256.--, total somit Fr. 3'692.90 eingereicht (act. G 12.1). Dies erscheint angemessen, so dass dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in entsprechender Höhe zuzusprechen ist. Damit erübrigt sich die Frage einer Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. Oktober 2010 aufgehoben und die Streitsache zwecks Durchführung ergänzender Abklärungen im Sinn der Erwägungen und anschliessender neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
3. Die Beschwerdegegnerin bezahlt dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'692.90 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).