



Fall-Nr.: IV 2007/440
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.07.2020
Entscheiddatum: 02.04.2009

Entscheid Versicherungsgericht, 02.04.2009

Art. 17 ATSG; Rentenrevision; beweistaugliches MEDAS-Verlaufsgutachten; keine gesundheitliche Verschlechterung nachgewiesen; Bestätigung der laufenden ½-Rente; geltend gemachte Verschlechterung nach Verfügungserlass ist Gegenstand eines allfälligen neuen Revisionsverfahrens; keine Vornahme eines Einkommensvergleichs, da auch keine Veränderung der qualitativen Einschränkungen mit relevanten Auswirkungen im erwerblichen Bereich ausgewiesen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. April 2009, IV 2007/440).

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Bruno Räbsamen

Entscheid vom 2. April 2009

in Sachen

K.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,

Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision

Sachverhalt:

A.

A.a K.____, geboren 1958, meldete sich im März 1990 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er hatte sich am 13. Dezember 1988 bei einem Sturz von der Leiter eine Kontusion der Hüfte zugezogen. Der als Fenstermonteur bei der Firma A.____AG angestellte Versicherte bezog im Jahr 1990 einen Lohn von Fr. 4'000.-- monatlich (IV-act. 5). Mit Arztbericht vom 23. April 1990 diagnostizierte Dr. med. B.____, FMH für Innere Medizin, eine therapieresistente Lumboischialgie L5 rechts bei mediolateraler Discushernie L4/L5 rechts. Der Versicherte sei seit 15. Februar 1990 in seinem Tätigkeitsbereich der Fenstermontage auf unbestimmte Zeit zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 6-1/6). Nachdem mehrere Eingliederungsversuche (Eingliederungsstätte C.____; Umschulung zum Wirt mit vorangehendem Deutschkurs) gescheitert waren, erachtete die IV-Regionalstelle St. Gallen für berufliche Eingliederung in ihrem Bericht vom 11. November 1991 und im Schlussbericht vom 10. April 1992 eine Eingliederung als unmöglich (IV-act. 29). Eine Abklärung der MEDAS ergab gemäss Gutachten vom 6. Juli 1992 als Diagnose eine psychogene Fehlentwicklung nach Unfall mit massiver Überlagerung der somatischen objektivierbaren Beschwerden, einen Verdacht auf larvierte Depression, ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradiculärer Ausstrahlung rechts bei Status nach Discushernienoperation L4/5 rechts im Dezember 1990 mit wahrscheinlich lumbaler Instabilität L3/L4, Spondylolisthesis L4/L5 und degenerativen Veränderungen L3/L4 und L4/L5. Bezüglich Arbeitsfähigkeit wurde festgestellt, dass weder als Fenstermonteur noch als Wirt eine mehr als 30%-ige Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei das psychische Leiden im Vordergrund stehe. In den nächsten Monaten werde sich daran nichts ändern. Allein aufgrund des Rückenleidens wäre ihm



St.Galler Gerichte

eine leichtere Arbeit zumutbar. Jährliche Rentenrevisionen seien angezeigt (IV-act. 37-13/19 Ziff. 5.4).

Mit Verfügung vom 5. August 1992 (act. 47) sprach die SUVA dem Versicherten eine Rente auf der Basis einer Invalidität von 50% zu. Eine wechselbelastende, vorwiegend sitzend zu verrichtende Arbeit sei dem Versicherten praktisch ohne Einschränkungen ganztags zumutbar. Die festgestellte psychogene Fehlentwicklung stehe mit dem erlittenen Unfallereignis nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang. Eine gegen diese Verfügung gerichtete Einsprache vom 14. August 1992 wies die SUVA mit Einsprache-Entscheid vom 6. November 1992 ab (vgl. Fremddaten Suva).

Mit Vorbescheid vom 17. Dezember 1992 teilte das Sekretariat der IV-Kommission des Kantons St. Gallen dem Versicherten mit, er werde ab 1. Februar 1991 eine halbe Rente erhalten (IV-act. 39). Nachdem der Versicherte dagegen Einwände erheben liess (IV-act. 44), wurde eine weitere medizinische Abklärung durch Dr. med. D. D.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, , durchgeführt (IV-act. 54). Am 3. Dezember 1993 stellte die IV-Kommission einen Invaliditätsgrad von 50% ab 15. Februar 1991 fest (act. 61). Mit Verfügung vom 31. März 1994 wurde dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 50% eine ordentliche halbe Invalidenrente ab 1. Februar 1991 zugesprochen (IV-act. 59). Der am 2. Mai 1994 gegen diese Verfügung erhobene Rekurs (act. 60) wurde vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Urteil vom 24. November 1994 abgewiesen (IV-act. 77). Beim Invaliditätsgrad von 50% blieb es auch bei den Revisionen von 1995, 1996, 1998 und 2000 (IV-act. 85, 89, 94 und 99).

A.b Im Fragebogen für die Rentenrevision vom 22. Mai 2002 gab der Versicherte an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlimmert (IV-act. 105). Im daraufhin von der MEDAS Ostschweiz erstellten Verlaufsgutachten vom 16. Dezember 2003 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 116-22f./42):

Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit)

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung, vermischt mit gemischter dissoziativer Störung und diversen psychovegetativen Symptomen auf dem Hintergrund ängstlich-



St.Galler Gerichte

hypochondrischer Krankheitsverarbeitung (Somatisierungsstörung; ICD-10: F45.0),
verzahnt mit Aggravation

- erhebliches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei mässigen degenerativen
Veränderungen der unteren LWS und Zustand nach operativem Eingriff L4/5,
Dezember 1990

- erhebliche Schulterschmerzen rechts bei anamnestisch bekanntem
Impignementsyndrom und AC-Gelenksarthrose rechtsseitig und Sturz, Mai 2001

- Kopfschmerzen vom Mischtyp

Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit)

- Status nach Varicelen-Operation 1994

- Status nach chronisch rezidivierenden Epididymitiden

- leichte Urge-Inkontinenz

Im orthopädischen Consilium (IV-act. 116-37ff./42) wurde ausgeführt, insgesamt habe sich vor allem die subjektive Beschwerdesymptomatik des Versicherten verstärkt. Eine unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gegenüber der Vorbeurteilung von 1992 sei nur dahingehend anzunehmen, als dass Überkopfarbeiten dem Versicherten nicht zuzumuten seien. Laut psychiatrischem Consilium (IV-act. 116-29ff./42) waren auf psychiatrischem Gebiet gegenüber den Voruntersuchungen keine wesentlichen Änderungen eingetreten. Sozialpraktisch bestehe vollständige Arbeitsunfähigkeit, wobei aber zu bedenken sei, dass eindeutig eine bewusstseinsnahe Aggravation der Beschwerden auf dem Hintergrund eines Rentenbegehrens bei ausgeprägten Versorgungswünschen festzustellen sei. Aggravation und Begehungsverhalten seien invaliditätsfremd. Andererseits lasse sich klar eine psychische Störung in Form ausgeprägter hypochondrischer Angst und dissoziativer Reaktion feststellen, beides schon kurz nach dem Unfall von 1989 erkennbar. Bei nicht gegebener Eingliederbarkeit und miserabler Arbeitsprognose sowie schlechter Krankheitsprognose betrage die Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufgrund der invalidisierenden, unter



Ausserachtlassung der nicht-invalidisierenden Faktoren, 50%. Gemäss der Gesamtbeurteilung sei der Versicherte in seiner ursprünglichen Arbeit als Fenstermonteur und anderen schweren Arbeiten aufgrund seines Rückenleidens sicher stark eingeschränkt im Sinne einer Arbeitsunfähigkeit von 100%. In einer körperlich leichteren Tätigkeit, entsprechend der orthopädischen Untersuchungen ohne Überkopfarbeiten, könne aufgrund der psychischen Erkrankung mit vor allem schwerer somatoformer Schmerzstörung von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Dies entspreche der bisherigen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 116-25f./42).

Mit Verfügung vom 23. Januar 2004 stellte die IV-Stelle fest, es bestehe weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50% und wies das Erhöhungsgesuch des Versicherten ab (IV-act. 119). Diese Verfügung wurde mit Einspracheentscheid vom 22. März 2004 sowie mit Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. August 2004 bestätigt (IV-act. 122G und 123).

B.

B.a Am 12. März 2005 stellte der Versicherte ein Gesuch um Revision und machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit Februar 2004 verschlechtert. Er leide an einer schweren Depression und die Schmerzen hätten zugenommen (IV-act. 125). In seinem Verlaufsbericht vom 22. März 2005 stellte sein Hausarzt, Dr. B.____, einen stationären, jedoch subjektiv seit Jahren verschlechternden Gesundheitszustand fest. Die Diagnosen hätten sich seit dem MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2003 nicht verändert (IV-act. 126-3/8). Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.____ hingegen erwähnte in seinem Bericht vom 15. April 2005 eine depressive Episode seit Sommer 2004, welche bis heute anhalte, sowie eine Persönlichkeitsstörung vom abhängigen Typus. Der Patient habe im Zusammenhang mit der Erkrankung seiner Lebensgefährtin, auf welche er sich bis anhin habe abstützen können und die seit anfangs 2004 an schwersten Depressionen leide, selber ein mittelgradig depressives Zustandsbild entwickelt. Seit dem letzten Sommer habe er vermehrt an körperlichen Schmerzen gelitten. Er seien ihm keine Tätigkeiten mehr zumutbar (IV-act. 127).



B.b Im polydisziplinären Verlaufsgutachten der MEDAS Ostschweiz vom 11. Dezember 2006 wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-act. 134-13f./27):

Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit)

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung vermischt mit gemischter dissoziativer Störung und diversen psychovegetativen Symptomen auf dem Hintergrund ängstlich-hypochondrischer Krankheitsverarbeitung (Somatisierungsstörung; ICD-10: F45.0), verzahnt mit Aggravation
- Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0)
- therapieresistentes lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen rechts bei Status nach Diskushernienoperation L4/L5 (Dezember 1990), wenig segmentalen Bewegungsstörungen mit reaktiven Tendomyosen im Erector trunci lumbal rechts, referred-pain-Symptomatik rechts (ausgehend von gluteal rechts), Schmerzausweitung und demonstrativem Verhalten sowie bei Ausschluss einer Neurokompression (MRI vom 14.3.2005)
- somatisch nicht verifizierbare Beschwerden und Funktionsstörungen rechte Schulter (ICD-10: M75.0) bei Status nach Sturz (2001), artikulär unauffälliger Beweglichkeit sowie bei klinisch fehlender muskulärer Dysbalance oder eigentlicher Periarthropathie
- cervikogener Kopfschmerz (ICD-10: M54.2) bei wenig segmentalen Bewegungsstörungen sowie bei reaktiven Tendomyosen mit referred-pain-Symptomatik

Nebendiagnosen (ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit)

- Stammvarikosis links
- Status nach Varikocelenoperation 1994

Aus somatischer Sicht hätten sich gegenüber dem Vorgutachten vom Dezember 2003 keine relevanten Änderungen ergeben, welche eine Neubeurteilung der



diesbezüglichen Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Es seien nach wie vor qualitative Einschränkungen in Bezug auf häufiges Heben und Tragen schwerer Gewichte und langdauernde Arbeitspositionen in einer ergonomisch ungünstigen Rückenhaltung anzugeben sowie bedingt für Überkopfarbeiten. Die vom Versicherten angegebenen Beschwerden und die demonstrierte Bewegungseinschränkung könnten klinisch nicht objektiviert werden. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe bei unveränderter Diagnose nach wie vor eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Die Diskrepanz zu den Angaben des behandelnden Psychiaters sei durch die Mitberücksichtigung nicht-invalidisierender Faktoren zu erklären. Insgesamt zeige sich polydisziplinär beurteilt ein deutliches nichtorganisches Krankheitsverhalten mit einer sehr hohen Schmerzbewertung, eine erfolglose bisherige Behandlung über 15 Jahre, ein nicht nachvollziehbarer äusserst tiefer PACT-Test sowie eindeutige Zeichen der Aggravation und eines demonstrativen Verhaltens. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wird im MEDAS-Gutachten ausgeführt, dass der Versicherte als Fenstermonteur und bei anderen körperlich ausschliesslich Schwerarbeiten nicht mehr in einem verwertbaren Ausmass restarbeitsfähig sei. Für eine körperlich adaptierte Tätigkeit bestehe aus psychiatrischen Gründen unverändert eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit unter Mitberücksichtigung folgender qualitativer Einschränkungen: keine vorwiegend körperliche Schwerarbeiten mit häufigem Heben und Tragen schwerer Gewichte über 20-30 kg, keine langandauernden stereotypen Arbeitshaltungen in einer unergonomischen Rückenstellung oder Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Aufrichten sowie bedingt wegen der subjektiven (klinisch nicht verifizierbaren) Beschwerden der rechten Schulter keine häufigen Überkopfarbeiten. Insgesamt sei festzuhalten, dass sich polydisziplinär aus psychiatrischer und rheuma-orthopädischer Sicht keine objektivierbaren Veränderungen nachweisen liessen (IV-act. 134-17ff./27).

In einem an dem begutachtenden Psychiater Dr. F.____ gerichteten Schreiben vom 21. Dezember 2006 nahm der behandelnde Psychiater Dr. E.____ kritisch Stellung zur Beurteilung im MEDAS-Gutachten (IV-act. 135). In ihrer Stellungnahme vom 29. März 2007 hielt die MEDAS an ihrer Beurteilung fest (IV-act. 138).

B.c Mit Vorbescheid vom 7. Mai 2007 wurde dem Versicherten in Aussicht gestellt, dass bei einem IV-Grad von 50% weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente bestehe und das Erhöhungsgesuch abgewiesen werde (IV-act. 143). Mit Eingabe vom 30. Juni



2007 liess der Versicherte Einwände erheben und beantragte die Zusprache einer Rente basierend auf einem IV-Grad von mindestens 60%. Eventualiter sei ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen (IV-act. 148). Dabei machte er insbesondere geltend, es könne nicht auf die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters abgestellt werden. Der behandelnde Psychiater Dr. E.____ habe ausführlich und nachvollziehbar dargelegt, aus welchen Gründen dem Gutachten von Dr. F.____ nicht gefolgt werden könne. Zudem lägen Hinweise dafür vor, dass Dr. F.____ befangen gewesen sei (IV-act. 148-6/8). Am 12. Oktober 2007 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid und wies das Revisionsgesuch ab (IV-act. 152).

C.

C.a Dagegen richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 14. November 2007. Der Beschwerdeführer beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 12. Oktober 2007 und die Zusprechung einer Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 60%. Eventualiter seien zusätzliche medizinische Abklärungen zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durchzuführen. Er macht insbesondere geltend, dass gestützt auf das Schreiben des behandelnden Psychiaters Dr. E.____ konkrete Indizien vorlägen, die gegen die Zuverlässigkeit der Ausführungen im MEDAS-Gutachten sprechen würden. Es sei deshalb ein Obergutachten bei einer unabhängigen, mit dem vorliegenden Fall nicht vorbefassten Stelle in Auftrag zu geben. Zudem wird die Berechnung des Invalideneinkommens beanstandet. Bei der Festlegung des Invalideneinkommens aufgrund der Lohnstrukturerhebung und unter Berücksichtigung eines Abzuges von 20% ergebe sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 65% (act. G 1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2008 die Abweisung der Beschwerde. Sie macht insbesondere geltend, beim Bericht von Dr. E.____ handle es sich um eine andere Beurteilung des unveränderten Sachverhalts. Als behandelnder Arzt sei dieser prozessual ohnehin nicht als Sachverständiger, sondern als Auskunftsperson zu betrachten. Zudem bestätige Dr. E.____ indirekt das Vorliegen eines im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes, indem er der Auffassung sei, dass die seiner Ansicht nach falsche Beurteilung des Beschwerdeführers bereits seit dem psychiatrischen



St.Galler Gerichte

Gutachten von Dr. D.____ vom 16. November 1993 bestehe. Im Übrigen sei keine Neuberechnung des Invaliditätsgrades und auch kein Teilzeitabzug vom Invalideneinkommen vorzunehmen, nachdem keine relevante Veränderung eingetreten sei. Der Invaliditätsgrad betrage daher weiterhin 50% und die Verfügung vom 12. Oktober 2007 erweise sich im Ergebnis als korrekt (act. G 4).

C.c In der Replik vom 14. Februar 2008 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und reichte nebst einem Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 11. Dezember 2007 über die Untersuchung in der Kopfschmerz-Sprechstunde (act. G 6.2) eine Stellungnahme von Dr. E.____ zur Beschwerdeantwort ein (act. G 6.1). Zudem liess er insbesondere ausführen, dass entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts vorliege. Vielmehr habe sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers im Zeitverlauf immer weiter verschlechtert. Sodann gehe aus der Stellungnahme von Dr. E.____ hervor, dass dem Gutachten der MEDAS nicht gefolgt werden könne, zumal es sich auf veraltete bzw. nicht mehr zeitgemässe Diagnosen bzw. Folgerungen stütze (act. G 6).

C.d In ihrer Duplik vom 11. März 2008 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen und ihrem Antrag in der Beschwerdeantwort fest. Nebst der MEDAS habe auch Dr. B.____, der den Beschwerdeführer seit sehr vielen Jahren kenne und behandle, in seinem Verlaufsbericht vom 22. März 2005 einen stationären Gesundheitszustand festgestellt, der sich (nur) subjektiv verschlechtert habe. Hingegen kenne Dr. E.____ den Beschwerdeführer erst seit Herbst 2004. Wolle man dem Argument der langjährigen Kenntnis Rechnung tragen, komme man nicht umhin, Dr. B.____ und der MEDAS folgend eine Verschlechterung zu verneinen. Im Übrigen sei nicht ersichtlich, weshalb die Beurteilung durch Dr. F.____ im MEDAS-Gutachten auf veralteten Standards basieren solle, wie dies von Dr. E.____ geltend gemacht werde. Mit der Duplik reichte die Beschwerdegegnerin auch eine Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 19. Februar 2008 ein (act. G 8 und 8.1).

C.e Mit einer weiteren Eingabe vom 17. April 2008 reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 2. April 2008 sowie ein Schreiben von Dr. B.____ vom 10. März 2008 ein (act. 10.1. und 10.2). Daraus gehe



St.Galler Gerichte

hervor, dass die chronische, rechtsseitige Lumboischialgie zugenommen habe und dass neu eine kleine mediane Diskushernie L2/L3 diagnostiziert worden sei. Im Übrigen habe Dr. E.____ den Beschwerdeführer beim Psychiater Dr. med. H.____, Winterthur, angemeldet. Dieser sei im Gegensatz zur MEDAS und Dr. E.____ nicht vorbefasst. Es werde beantragt, das Verfahren bis zum Vorliegen des Berichts von Dr. H.____ zu sistieren (act. G 10). Diesem Sistierungsgesuch wurde am 18. April 2008 vorläufig bis längstens 31. August 2008 entsprochen (act. G 11).

C.f Am 1. September 2008 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht von Dr. B.____ vom 7. Juli 2008 sowie einen Austrittsbericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 18. Juli 2008, wo er vom 7. bis 18. Juli 2008 hospitalisiert gewesen ist, ein (act. G 12.1 und 12.2). Zudem reichte er mit Eingabe vom 2. September 2008 einen Bericht der Psychiaterin Dr. med. I.____ vom 16. August 2008 ein, welche den Beschwerdeführer nach Zuweisung durch Dr. E.____ konsiliarisch beurteilt hatte (act. G 13.1).

C.g In der Stellungnahme vom 29. September 2008 machte die Beschwerdegegnerin geltend, dass sich auch mit den eingereichten Berichten keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Verfügungserlass am 12. Oktober 2007 belegen lasse (act. G 15).

C.h Auf weitere Vorbringen der Parteien wird, sofern wesentlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366



E. 1b), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

2.

2.1 Vorliegend ist die Frage streitig, ob die Beschwerdegegnerin eine revisionsweise Erhöhung der früher zugesprochenen halben IV-Rente zu Recht abgewiesen hat.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 aIVG 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 (BGE 125 V 261 E. 4). 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).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zu einer Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, 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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision ([BGE 133 V 108](#))



neues Fenster). Nach der Rechtsprechung ist die Invalidenrente 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 E. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt praxismässig keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2 mit Hinweisen). Eine anspruchsbeeinflussende Änderung – zum Beispiel eine massgebliche Verbesserung oder Verschlimmerung des Gesundheitszustandes – ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat (Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]).

3.

3.1 Strittig ist die Frage, ob sich die für den Invaliditätsgrad massgeblichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 23. Januar 2004 (IV-act. 119; bzw. dem Einspracheentscheid 22. März 2004, IV-act. 122G), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhte, bis zur angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2007 (IV-act. 72) in revisionserheblicher Weise geändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass für die richterliche Beurteilung grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (hier: Verfügung vom 12. Oktober 2007) massgebend sind (BGE 116 V 248 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Januar 2005, I 172/04, E. 5.2 und vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.1). Die vom Beschwerdeführer nach diesem Zeitpunkt eingereichten Unterlagen und damit geltend gemachten Tatsachen sind daher insofern im vorliegenden Verfahren unbeachtlich, als sie nicht mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der am 12. Oktober 2007 verfügten Abweisung des Gesuches um Rentenerhöhung auf die Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 11. Dezember 2006 (IV-act. 134). Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe und die



Einschätzung im MEDAS-Gutachten in psychiatrischer Hinsicht nicht zutreffend sei (act. G 1). Es sind daher die Fragen zu beurteilen, ob dem Gutachten Beweiswert zukommt und die Beschwerdegegnerin gestützt darauf zu Recht eine revisionserhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation verneinen durfte.

3.3 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.4 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht beispielsweise bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes



Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f., E. 3b/aa mit Hinweisen).

3.5 Für die bisherige Rentenzusprache waren hauptsächlich die psychischen Beschwerden massgeblich. So wurde im MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2003 im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten körperlich leichteren Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten – entsprechend der orthopädischen Untersuchungen– ausgeführt, aufgrund der psychischen Erkrankung mit vor allem schwerer somatoformer Schmerzstörung könne von einer 50%-igen Einschränkung ausgegangen werden (IV-act. 116-26/42). Für das Verlaufsgutachten wurde der Beschwerdeführer am 2., 3. und 10. Oktober 2006 einer polydisziplinären medizinischen Untersuchung unterzogen. Dabei ergaben sich weder in Bezug auf den Bewegungsapparat noch aus psychiatrischer Sicht neue Aspekte gegenüber dem Vorgutachten vom Dezember 2003. Aus somatischer Sicht wurden aufgrund der objektiven Befunde und der gestellten Diagnosen nach wie vor qualitative Einschränkungen festgehalten: keine vorwiegend körperliche Schwerarbeit mit häufigem Heben und Tragen schwerer Gewichte über 20-30 kg, keine langandauernden stereotypen Arbeitshaltungen in einer unergonomischen Rückenstellung oder Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Aufrichten sowie - bedingt durch die subjektiven (klinisch nicht verifizierbaren) Beschwerden der rechten Schulter - keine häufigen Überkopfarbeiten (IV-act. 134-17f./27). Auch der psychiatrische Gutachter konnte im Verlaufsgutachten keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit 2003 feststellen und ging demzufolge unverändert von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% aus. Sowohl das subjektive Empfinden als auch die objektivierbaren Befunde seien fast wortwörtlich gleich wie diejenigen, die in der Begutachtung im Jahr 2003 erhoben worden seien. Differentialdiagnostisch wurde auf die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0; Rentenneurose) hingewiesen (IV-act. 134-26/27). In einer Gesamtbeurteilung kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass in einer körperlich adaptierten Tätigkeit aus



psychiatrischen Gründen unverändert eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 134-18/27 Ziff. 5.2). Gegenüber der letzten MEDAS-Begutachtung vom Dezember 2003 hätten sich aus psychiatrischer und rheuma-orthopädischer Sicht keine objektivierbaren Veränderungen ergeben (IV-act. 134-19/27).

3.6 Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 11. Dezember 2006 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemässen Kriterien der Beweistauglichkeit. Es ist für die strittigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und beinhalten begründete Schlussfolgerungen. Es äussert sich ausdrücklich auch zum Verlauf des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in den letzten Jahren, setzt sich mit dem früheren MEDAS-Gutachten auseinander und begründet die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Grund des aktuellen Gesundheitszustandes nachvollziehbar. Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf dieses Gutachten abgestellt werden sollte. Es ist demzufolge von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Oktober 2007 auszugehen.

3.7 Daran vermögen auch die von der Beurteilung der MEDAS abweichenden Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____ (IV-act. 127 und 135) nichts zu ändern. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht schon dann in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im



Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 13. März 2006, I 676/05 E.2.4). Dies trifft jedoch vorliegend nicht zu. Dem MEDAS-Gutachter war die abweichende Beurteilung des behandelnden Psychiaters bekannt und er hat sich damit im Gutachten auch auseinandergesetzt (IV-act. 134-8/27, 134-10/27, 134-17/27 und 134-26/27). Zudem wurde eine Stellungnahme zur Kritik von Dr. E.____ am Gutachten der MEDAS eingeholt (IV-act. 138). Auch daraus geht hervor, dass den MEDAS-Gutachtern im Zeitpunkt der Begutachtung die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers mit seiner Lebenspartnerin ebenfalls bereits bekannt gewesen und berücksichtigt worden sind (vgl. auch IV-act. 134-23/27). In Bezug auf die Einschätzung der Auswirkungen der objektivierten psychiatrischen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin von einer diesbezüglich bloss unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts auszugehen. Im Übrigen ist auch darauf hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf therapeutische Zielsetzungen, aber auch auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen dürften (BGE 125 V 351 E.3b/cc S. 353). Schliesslich sind dem vom Beschwerdeführer nachgereichten Bericht der Psychiaterin Dr. I.____ vom 16. August 2008 in Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit keine konkreten Angaben zu entnehmen. Dr. I.____ führte dazu aus, dass dies auf der Grundlage ihrer einmaligen konsiliarischen Beurteilung nicht möglich sei (act. G 13.1). Insgesamt ergibt sich somit weder aus den Berichten von Dr. E.____ noch aus demjenigen von Dr. I.____ eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bis zum Erlass der Verfügung vom 12. Oktober 2007.

3.8 Wie bereits ausgeführt, wären die nach dem 12. Oktober 2007 erstellten bzw. nachgereichten medizinischen Berichte nur dann für das vorliegende Verfahren relevant, wenn sich daraus etwas zum Sachverhalt, wie er sich bis zum Verfügungserlass entwickelt hat, ableiten liesse (vgl. vorstehend Erw. 3.1). Dies trifft vorliegend nicht zu. So ist z.B. dem Überweisungsschreiben des Hausarztes Dr. B.____ vom 10. März 2008 an Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Februar über vermehrte Schmerzen am rechten Bein klage (act. G 10.1). Dr. G.____ stellte anlässlich der Untersuchung vom 1.



April 2008 eine neue kleine mediane Diskushernie L2/L3 ohne sichtbare Wurzelkompression fest (act. G 10.2). In einem weiteren Bericht vom 7. Juli 2008 führt Dr. B. ___ aus, dass sich die theoretische 50%-ige Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht seit Anfang 2008 allmählich zur vollen Arbeitsunfähigkeit verschlechtert habe. Neueste Untersuchungen hätten nebst übrigen Abnützungsveränderungen einen Bandscheibenvorfall L5/S1 gezeigt (act. G 12.1). Schliesslich hält der Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals vom 18. Juli 2008 fest, dass der Beschwerdeführer vom 7. bis 18. Juli 2008 hospitalisiert war und am 9. Juli 2008 eine Fenestration L5/S1 rechts mit Sequesterektomie und Nukleotomie vorgenommen wurde (act. G 12.2). Bis zur Nachkontrolle am 7. August 2008 sei der Patient zu 100% arbeitsunfähig (act. G 12.2). Aus diesen nachgereichten Arztberichten kann somit nichts in Bezug auf den Gesundheitszustand vor dem Erlass der Verfügung am 12. Oktober 2007 abgeleitet werden. Eine relevante Verschlechterung nach diesem Zeitpunkt wäre in einem erneuten Revisionsverfahren zu prüfen. Dabei wird bei verschlechterten körperlichen Verhältnissen sinnvollerweise auch die psychische Seite neu beurteilt werden.

3.9 Zusammenfassend ist demnach gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 16. Dezember 2006 von einem im Vergleich zur Rentenverfügung vom 23. Januar 2004 bis zum Erlass der streitigen Revisionsverfügung vom 12. Oktober 2007 unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, welcher wie bis anhin zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% führt. Somit fehlt es an einer nachträglichen Sachverhaltsänderung im vorliegend relevanten Zeitraum.

4.

4.1 Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, dass sich selbst bei der Annahme einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit nach Vornahme eines Einkommensvergleichs mit einem Invalideneinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung und einem zusätzlichen Abzug von 20% ein IV-Grad von 65% ergebe, womit in jedem Fall Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bestehe (act. G 1 S. 7).

4.2 Die anhaltende Wirksamkeit bzw. materielle Rechtskraft eines Entscheides der Verwaltung stellt die verfahrensrechtliche Konsequenz des



Rechtssicherheitsbedürfnisses des betroffenen Versicherten und der Verwaltung dar. Mit dem Entscheid soll die Frage, ob der Versicherte einen Anspruch auf eine bestimmte Dauerleistung habe, ein für allemal beantwortet sein. Diese Frage soll dann so lange nicht mehr zum Gegenstand eines neuen Entscheides gemacht werden können, als nicht ein besonderer Anlass dies erlaubt. Im Regelfall besteht dieser Anlass in einer nachträglichen erheblichen Sachverhaltsveränderung, weil sich dann der Leistungsbedarf verändert. Das bedeutet für den vorliegenden Fall, dass nur die direkten Auswirkungen einer Sachverhaltsveränderung darauf zu prüfen sind, ob Anspruch auf eine höhere Rente besteht. Ergeben die umfassenden Abklärungen im Rahmen des Revisionsverfahrens, dass keine relevante Veränderung, weder im gesundheitlichen noch im erwerblichen Bereich, eingetreten ist, so muss das Revisionsgesuch ohne weiteres abgewiesen werden, wie bereits im Urteil des Versicherungsgerichts vom 12. August 2004 (E. 5) betreffend den Beschwerdeführer ausgeführt wurde. Aus dem Verlaufsgutachten der MEDAS ergibt sich, dass sich vorliegend auch keine relevanten Veränderungen in Bezug auf die qualitativen Einschränkungen des Beschwerdeführers ergeben haben. So wurde diesbezüglich bereits im Gutachten vom 16. Dezember 2003 ausgeführt, dass repetitives Bücken und schweres Heben sowie Überkopfarbeiten zu vermeiden seien (IV-act. 116-42/42). Im Gutachten vom 11. Dezember 2006 werden diese Einschränkungen ähnlich umschrieben (keine vorwiegend körperliche Schwerarbeit mit häufigem Heben und Tragen schwerer Gewichte über 20-30 kg, keine langandauernden stereotypen Arbeitshaltungen in einer unergonomischen Rückenstellung oder Tätigkeiten mit häufigem Bücken und Aufrichten sowie - bedingt durch die subjektiven, klinisch nicht verifizierbaren Beschwerden der rechten Schulter - keine häufigen Überkopfarbeiten; vgl. IV-act. 134-18/27). Bei einem unveränderten Gesundheitszustand und den im Wesentlichen ebenfalls gleich gebliebenen qualitativen Einschränkungen besteht keine Veranlassung zur Vornahme eines neuen Einkommensvergleichs. Denn es steht aufgrund des unveränderten Sachverhalts bereits rechtsgenügend fest, dass der Invaliditätsgrad sich nicht nachträglich verändert hat. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin (act. G 4 S. 5 Ziff. 6) ist somit von einem unveränderten IV-Grad von 50% auszugehen.

5.



St.Galler Gerichte

5.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 12. Oktober 2007 im Ergebnis nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.2 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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- kommt zur Anrechnung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--, unter Anrechnung des geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 600.--.