



**Fall-Nr.:** IV 2019/51  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.09.2021  
**Entscheiddatum:** 12.03.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.03.2021**

**Art. 17 ATSG; Art. 28 IVG. Der Beschwerdeführer erlitt während des Revisionsverfahrens einen Hirninfarkt, wodurch gegenüber den vormals diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen (mittelgradige Depression, Angststörung, Panik) Auswirkungen eines hirnorganischen Psychosyndroms in den Vordergrund rückten. Ein polydisziplinäres Gutachten attestierte aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 80%. Umstritten ist, ob diese auch für die Zeit bis zum Hirninfarkt gegeben war. Mit dem Gutachten ist dies zu bejahen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. März 2021, IV 2019/51).**

#### **Entscheid vom 12. März 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2019/51

Parteien

**A.**\_\_\_\_

**Beschwerdeführer,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. David Ackermann, Toggenburgerstrasse 31,  
9532 Rickenbach b. Wil,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Erhöhung)**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich nach einer Verletzung und Operation der Supraspinatussehne der rechten Schulter am 7. Dezember 2010 erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 16. Juni 2014 sprach ihm die IV-Stelle unter anderem gestützt auf ein Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 16. Dezember 2013 (Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin; Untersuchungen vom 14., 20. und 21. November 2013; IV-act. 110-1 bis 58) ab 1. Juni 2011 eine Viertelsrente und ab 1. Dezember 2012 eine halbe Rente zu (IV-act. 123). Aufgrund eines an den Krankentaggeldversicherer gerichteten Gesuchs vom 9. Oktober 2014, ihm weiterhin Taggelder auszurichten (Akttenotiz vom 15. Oktober 2014, IV-act. 126, IV-act. 128-1), prüfte die IV-Stelle eine Rentenerhöhung und wies diese nach zweimaliger Anhörung (Vorbescheid vom 23. Januar 2015, IV-act. 132; Einwand vom 27. Februar 2015, IV-act. 133; zweite Anhörung vom 15. März 2016, IV-act. 160; Stellungnahme des Versicherten vom 17. Mai 2016, IV-act. 163-1 ff.) mit Verfügung vom 13. Juli 2016 ab (IV-act. 167).

**A.b.** Gegen die Verfügung vom 13. Juli 2016 erhob der Versicherte am 14. September 2016 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 170). Mit Entscheid vom 28. November 2017 (IV 2016/309, IV-act. 186) hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde teilweise gut und wies die Sache zur weiteren



Abklärung an die IV-Stelle zurück. Es erwog, insgesamt vermöge keine der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzungen vollständig zu überzeugen. Ebenso wenig überzeuge die abschliessende RAD-Stellungnahme vom 10. Juni 2016, wonach keine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege bzw. dass es sich lediglich um eine abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Ärzte bei unveränderten Befunden handle. Es fehle eine nachvollziehbare und konsistent begründete polydisziplinäre Auseinandersetzung. Dabei falle ins Gewicht, dass bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ohne Einholung eines externen Gutachtens strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen seien. Der Sachverhalt erweise sich als abklärungsbedürftig und noch nicht spruchreif. Die Sache sei an die IV-Stelle zur Veranlassung eines neuen polydisziplinären Gutachtens (orthopädisch, psychiatrisch und internistisch) zurückzuweisen (E. 2.5.5, E. 2.6).

**A.c.** Am 16. Januar 2018 erlitt der Versicherte einen ischämischen Hirninfarkt im Thalamus links (Austrittsbericht Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 19. Januar 2018, IV-act. 194-10 ff.).

**A.d.** Med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, verwies in einem Verlaufsbericht vom 22. Februar 2018 (IV-act. 191) auf eine seit seinem Vorbericht vom 10. April 2016 (IV-act. 163-12 f.) unveränderte Situation. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, hielt im Arztbericht vom 16. März 2018 fest, der Versicherte sei weiterhin zu 80% arbeitsunfähig. Er sei aktuell im Pensum von 20% im Postversand tätig. Diese Arbeit könne er gut einteilen (IV-act. 194-6 ff.).

**A.e.** In Nachachtung des Entscheids des Versicherungsgerichts beauftragte die IV-Stelle die G.\_\_\_\_ AG mit einer Verlaufsbeurteilung (Gutachten vom 16. August 2018; Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie; Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin; Untersuchungen 12. und 14. Juni 2018, wobei grundsätzlich alle - bis auf Dr. H.\_\_\_\_ - bereits die erste Beurteilung vorgenommen hatten [Aa]). Die Gutachter diagnostizierten als Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:



## St.Galler Gerichte

- ein cervikales Schmerzsyndrom bei radiologisch diskreten degenerativen Veränderungen,
- ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom ausstrahlend ins linke Bein mit radikulärer Irritation L5 links mit geringem sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 linksseitig,
- eine endgradig schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter bei Status nach Supraspinatussehnenruptur am 2. Januar 2010 und Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression am 9. März 2010,
- eine endgradige Bewegungseinschränkung der Finger II und IV rechts seit etwa 20 Jahren
- schmerzhafte Parästhesien nach Thalamus-Ischämie am 16. Januar 2018
- hirnorganisches Psychosyndrom (ICD-10: F07.9)
- eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01)
- eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1), DD ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6).

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem

- eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.80)
- ein Status nach rezidivierenden depressiven Episoden, derzeit remittiert (ICD-10: F33.4; IV-act. 212-9).

In der früheren Tätigkeit als selbständiger Werkzeugschleifer und in jeder anderen körperlich belastenden Tätigkeit bestehe seit etwa 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In adaptierten Tätigkeiten liege kontinuierlich seit der Begutachtung im Jahr 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 50% vor, ab Februar 2016 betrage die Arbeitsfähigkeit 20% (IV-act. 212-10 f.).



**A.f.** Die IV-Stelle richtete am 17. August 2018 Ergänzungsfragen an die Gutachterstelle (IV-act. 214; vgl. auch RAD-Stellungnahme vom 17. August 2018, IV-act. 218-1), welche der psychiatrische Gutachter am 6. September 2018 beantwortete. Er führte aus, die Diagnosen von med. pract. E.\_\_\_\_ (eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung, eine Panikstörung und eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren), die zu einer Arbeitsunfähigkeit von 80% führten, seien anlässlich einer stationären Behandlung in der Klinik I.\_\_\_\_ vom 9. Mai bis 4. Juni 2016 (vgl. Austrittsbericht vom 14. Juni 2016, IV-act. 173) bestätigt worden. Nach dem ischämischen Hirninfarkt vom 16. Januar 2018 habe eine Veränderung des psychopathologischen Zustandes objektiviert werden können. Ein depressives Zustandsbild sei nicht im Vordergrund gewesen, sondern die Störungen der mnestischen und kognitiven Funktionen, nun hirnganisch bedingt. Die Angstsymptomatik habe sich mutmasslich hirnganisch noch verstärkt. Anhand des klaren klinischen psychopathologischen Zustandes habe auf eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung verzichtet werden können (IV-act. 215). RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ nahm am 11. September 2018 Stellung, die Annahme, dass die depressive Problematik die Arbeitsfähigkeit seit Februar 2016 erheblich beeinträchtigt habe (Arbeitsunfähigkeit 80%) sei spekulativ bzw. könne wegen des (nunmehr) vorherrschenden (hirnganischen) Psychosyndroms rückblickend kaum mehr mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden. Hingegen habe die RAD-Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 12. Juli 2016 zeitnah und mit Bezug auf die zusätzlichen Erläuterungen des behandelnden Psychiaters aus psychiatrischer Sicht gegenüber dem Referenzzeitpunkt 2013 keine wesentliche Veränderung festgestellt. Eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung sei folglich erst ab Januar 2018 ausgewiesen (IV-act. 218-2).

**A.g.** Mit Vorbescheid vom 5. Oktober 2018 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Zusprache einer ganzen bzw. Erhöhung der halben auf eine ganze Rente ab 1. April 2018 (IV-act. 224). Mit Einwand vom 6. November 2018 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend, nach Ansicht des Versicherungsgerichts sei die Einholung eines ergänzenden Gutachtens zu Unrecht verweigert worden. Werde nun lapidar festgehalten, dass zu seinen Gunsten rückwirkend der Gesundheitszustand nicht mehr festgestellt werden könne, sei es rechtsmissbräuchlich, ihn die Folgen dieses Versäumnisses tragen zu lassen (IV-



## St.Galler Gerichte

act. 229-8 ff.). In einer abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 legte RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ dar, der psychiatrische Gutachter habe im Gegensatz zur RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ keine kritische Würdigung und Diskussion der psychopathologischen Befunde vorgenommen. Die Angaben des behandelnden Psychiaters seien nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (bereits) ab Februar 2016 zweifelsfrei glaubhaft und plausibel zu machen (IV-act. 232).

**A.h.** Mit Verfügung vom 24. Januar 2019 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. April 2018 die Erhöhung der halben auf eine ganze Rente zu. Gemäss Gutachten der G.\_\_\_\_ AG habe sich der Gesundheitszustand seit Januar 2018 relevant verändert, so dass lediglich eine leidensadaptierte Tätigkeit im Umfang von 20% zumutbar sei. Gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 6. November 2018 werde am bisherigen Entscheid festgehalten. Die medizinischen Unterlagen des behandelnden Psychiaters seien nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor Januar 2018 auszuweisen (IV-act. 234-1 und 237).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 24. Januar 2019 lässt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Ackermann, am 22. Februar 2019 Beschwerde erheben. Er beantragt, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und ihm bereits ab dem 1. Mai 2016 eine ganze IV-Rente auszurichten. Weiter sei ihm im Sinne einer vorsorglichen Massnahme die unbestrittene ganze Rente ab 1. April 2018 bereits für die Dauer des Beschwerdeverfahrens auszurichten und ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Aus den Erwägungen des Versicherungsgerichts vom 28. November 2017 gehe dessen Auffassung hervor, dass spätestens nach Eingang des Verlaufsberichts von med. pract. E.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2016 ein polydisziplinäres Gutachten hätte eingeholt werden müssen. Der RAD habe sich jedoch darauf beschränkt, die zahlreichen, eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestierenden Berichte abschlägig zu kommentieren. Wenn der RAD nun in seiner Stellungnahme vom 11. September 2018 ausführe, rückblickend könne aufgrund des vorherrschenden Psychosyndroms eine kontinuierliche Verschlechterung des Gesundheitszustands vor dem Hirninfarkt nicht mehr mit ausreichender Sicherheit bestätigt werden, sei dies



## St.Galler Gerichte

rechtsmissbräuchlich und zynisch. Es sei von den Feststellungen des G.\_\_\_\_ - Gutachtens auszugehen, wonach ab Februar 2016 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verweist sie auf die RAD-Stellungnahme vom 11. Dezember 2018. Weitere Abklärungen seien aussichtslos, weshalb aufgrund objektiver Beweislosigkeit vor dem Januar 2018 keine relevante Einschränkung des Gesundheitszustandes (richtig wohl: der Erwerbsfähigkeit) ausgewiesen sei. Für die Zeit ab 1. Januar 2018 sei das Gutachten unbestritten beweiskräftig (act. G 3). Am 20. Mai 2019 informiert die IV-Stelle das Versicherungsgericht, dass dem Beschwerdeführer die Rente seit Februar 2019 bereits ausbezahlt werde. Das Begehren um die entsprechende vorsorgliche Massnahme sei somit gegenstandslos (act. G 5).

**B.c.** Der Beschwerdeführer verzichtet am 17. Juni 2019 auf eine Replik (act. G 7).

## Erwägungen

### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016,



8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** 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 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob



die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -Ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C\_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107).

**1.6.** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

**2.1.** Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes oder der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes revidierbar. Dagegen stellt die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit allein keinen Revisionsgrund im Sinne



von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Januar 2008, 9C\_552/2007, E. 3.1.2, mit weiteren Hinweisen).

**2.2.** Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist bei der Prüfung eines Gesuchs um Erhöhung der Rente wie auch bei der Prüfung einer Rentenanpassung von Amtes wegen die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2010, 9C\_438/2009, E. 1). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1; Urteil vom 5. Dezember 2012, 9C\_427/2012, E. 3.4).

### 3.

Nachdem dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Juni 2014 ab 1. Juni 2012 eine Viertelsrente und ab 1. Dezember 2012 eine halbe Rente zugesprochen (IV-act. 123) und diese in Rechtskraft erwachsen war, ist vorliegend über die am 9. Oktober 2014 eingeleitete Rentenrevision mit fraglicher Erhöhung der Rente zu entscheiden. Dabei erging am 13. Juli 2016 eine abweisende Verfügung (IV-act. 167), die das Versicherungsgericht in teilweiser Gutheissung einer Beschwerde mit Entscheid vom 28. November 2017 aufhob (Verfahren IV 2016/309, IV-act. 186). Mit vorliegend angefochtener Verfügung sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer ab 1. April 2018 die Erhöhung der halben auf eine ganze Rente zu (IV-act. 237, 234). Der Beschwerdeführer macht geltend, die 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe bereits ab Februar 2016 und der Anspruch auf eine ganze Rente schon ab 1. Mai 2016. Umstritten und zu prüfen ist somit die Arbeitsfähigkeit zwischen Februar 2016 und Januar 2018.

### 4.

**4.1.** Die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2019 basiert in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der G.\_\_\_\_ AG vom 16. August 2018 und auf einer Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ vom 11. September 2018 (IV-act. 218-2).



**4.2.** Die grundsätzliche Beweistauglichkeit des Gutachtens ist unbestritten. Das Gutachten gründet auf einer ausführlichen Erhebung von Anamnese und Befunden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgte nach Massgabe der nach dem strukturierten Beweisverfahren massgeblichen Standardindikatoren. Zwar beurteilte der neurologische Gutachter die neurokognitiven Funktionen als "im Rahmen des biographischen Hintergrundes" unauffällig und erklärte beklagte Konzentrationsmängel als Auswirkungen der Schmerzen (IV-act. 212-7, 40, 42). Dies steht aber nicht im Widerspruch zur Einschätzung des psychiatrischen Teilgutachters, der die festgestellten Einschränkungen der neurokognitiven (und emotionalen) Funktionen als Folgen des durchgemachten ischämischen Hirninfarkts im Thalamus bzw. als dadurch bedingtes hirnorganisches Psychosyndrom interpretierte. Im polydisziplinären Konsens wurde denn auch der Auffassung des psychiatrischen Gutachters gefolgt (IV-act. 212-10 f.). Dieser führte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 6. September 2018 bestätigend aus, ein depressives Zustandsbild sei nicht (mehr) im Vordergrund gestanden, sondern die Störungen der mnestischen und kognitiven Funktionen, nun hirnorganisch bedingt. Die Angstsymptomatik habe sich mutmasslich hirnorganisch noch verstärkt. Anhand des klaren klinischen psychopathologischen Zustandes habe auf eine neuropsychologische Zusatzuntersuchung verzichtet werden können (IV-act. 215).

**4.3.** Auf das Gutachten kann somit mit dem RAD (Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ vom 11. September 2018, IV-act. 218) abgestellt werden, was die Einschätzung ab dem Begutachtungszeitpunkt bzw. bereits ab Januar 2018 (Hirninfarkt) betrifft.

## 5.

**5.1.** Zu befinden bleibt über die zwischen den Parteien umstrittene Arbeitsfähigkeit während des Zeitraums von Februar 2016 bis Januar 2018.

**5.2.** Der psychiatrische Gutachter kommt zum Schluss, für die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab Februar 2016 aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung zu 20% arbeitsfähig gewesen. Aufgrund des neu hinzugetretenen hirnorganischen Psychosyndroms sei es ab Januar 2018 zu einer weiteren Verschlechterung gekommen und somit zu einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit angestammt. Auch für adaptierte Tätigkeiten bestehe seit Februar 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 20% (IV-act. 212-8, 11 f.). Seit dem Hirninfarkt im Januar 2018 sei nicht mehr das depressive Zustandsbild im Vordergrund gestanden, sondern die nun hirnorganisch bedingten Störungen der mnestischen und kognitiven Funktionen (Stellungnahme Gutachterstelle vom 6. September 2018, IV-act. 215).



**5.3.** RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_ hielt in ihrer abschliessenden Stellungnahme vom 11. September 2018 der retrospektiven Einschätzung der Gutachter entgegen, eine relevante und im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung objektivierte Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Vorbegutachtung sei ab Januar 2018 auf das hirnorganische Psychosyndrom nach Thalamus-Ischämie zurückzuführen. Eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung sei erst ab Januar 2018 ausgewiesen (IV-act. 218-2).

**5.4.** In der Beantwortung der Rückfrage hat der psychiatrische Gutachter am 6. September 2018 nachvollziehbar erläutert, dass im Frühjahr 2016 zunächst aufgrund der Verschlechterung des depressiven Zustandsbildes eine höhere Arbeitsunfähigkeit von 80% eintrat und sich der Zustand nach dem Hirninfarkt im Januar 2018 noch weiter verschlechterte. Der Grund für die Arbeitsunfähigkeit hat sich gewissermassen von der Depression zu den Folgen des Hirninfarkts verlagert. Das scheint plausibel und war auch dem Gutachten bereits so zu entnehmen. Das Gutachten spricht sich eindeutig über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit aus. So ist an mehreren Stellen dargetan, dass die Gutachter von einer Verschlechterung mit einer Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit auf 80% bereits ab Februar 2016 ausgehen (Konsens IV-act. 212-11, Ziff. 4.8 "ab Februar 2016 beträgt die AF adaptiert 20%"; IV-act. 212-12, Ziff. 2. "... weitere Verschlimmerung seit Februar 2016", "Psychiatrisch: erste... ab Februar 2016 aktenkundig, wie auch zusätzlich ab Januar 2018"; psychiatrische Begutachtung IV-act. 212-23, Ziff. 8.1: "Ab Februar 2016, unter Berücksichtigung einer rezidivierenden depressiven Episode, die zu der früher vorhandenen Symptomatik hinzugekommen ist, ist die Arbeitsunfähigkeit von 80% nachvollziehbar. ..."). Die zugrundeliegende durch die behandelnden Ärzte bereits ab Februar 2016 angenommene Arbeitsunfähigkeit von 80% wurde nicht nur aufgrund der damals diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode, sondern zusätzlich aufgrund einer Panikstörung und einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (Verlaufsbericht med. pract. E.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2016, IV-act. 158) attestiert und auch in der Klinik I.\_\_\_\_ wurden zusätzlich zur mittelgradigen Depression eine somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems und eine nicht organische Insomnie diagnostiziert (Austrittsbericht vom 14. Juni 2016, IV-act. 173). Neben dem behandelnden med. pract. E.\_\_\_\_ attestierten auch der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 13. März 2018, IV-act. 194-8; IV-act. 151-5) und der Kardiologe Dr. L.\_\_\_\_ (Konsiliarbericht vom 2. November 2015, IV-act. 151) - wenn auch nicht ausschliesslich wegen psychiatrischer Diagnosen - bereits ab 10. August 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 80% bzw. von über 70%.



**5.5.** Die Beschwerdegegnerin nimmt erst den Hirninfarkt bzw. dessen Folgen als eine Arbeitsunfähigkeit von 80% begründend an und zwar gestützt auf die RAD-Stellungnahmen von Dr. J.\_\_\_\_ vom 11. September 2018 (IV-act. 218) und vom 11. Dezember 2018 (IV-act. 232). Dabei nimmt Dr. J.\_\_\_\_ den Standpunkt ein, dass für die Zeit vor dem Hirninfarkt die Annahme einer durch eine Depression bedingte Arbeitsunfähigkeit spekulativ sei. Dabei lässt sie jedoch ausser Acht, dass die damaligen Behandler diese bestätigt haben und mangels anderer Angaben und nun insbesondere aufgrund der Bestätigung dieser Arbeitsunfähigkeit retrospektiv auch durch die Gutachter darauf abzustellen ist. Dr. J.\_\_\_\_ verweist für ihre Aussage lediglich auf die Stellungnahme der RAD-Psychiaterin Dr. K.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2016 (IV-act. 166), welche echtzeitlich sei und die Einschätzung Dr. E.\_\_\_\_ analysierte. Dabei übersieht sie, dass unter anderem genau diese Stellungnahme im Gerichtsurteil vom 28. November 2017 als nicht beweistauglich erachtet wurde (Urteil IV-act. 187-13, E. 2.4.5). Dr. K.\_\_\_\_ führte in der am 12. Juli 2016 verfassten RAD-Stellungnahme (IV-act. 166-2) aus, mit den von med. pract. E.\_\_\_\_ aufgeführten Befunden und Diagnosen lasse sich keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands aus psychiatrischer Sicht gegenüber dem Referenzzeitpunkt bzw. dem MEDAS-Gutachten von 2013 begründen. Im Entscheid vom 28. November 2017 (Verfahren IV 2016/309, IV-act. 186) erwog das Versicherungsgericht, in der psychiatrischen RAD-Stellungnahme werde nicht dargelegt, weshalb die geltend gemachte Verstärkung der Angststörung infolge der nachgewiesenen Komplikationen beim kardialen Eingriff für die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht relevant sein solle. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit bei einer Akzentuierung der Angststörung sei zumindest möglich. Weiter äussere sich der RAD auch nicht dazu, dass im Gegensatz zum MEDAS-Gutachten nun wiederholt von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, berichtet worden sei und nicht mehr von einer remittierten rezidivierenden depressiven Störung. Auch hier werde von den behandelnden Ärzten eine Verschlechterung geltend gemacht, bei welcher eine negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht von vornherein ausgeschlossen werden könne. Zudem sei erwähnt worden, dass aufgrund der kardialen Situation bis auf weiteres keine suffiziente Pharmakotherapie möglich sei. Auch zu diesem Punkt habe der RAD keine Stellung genommen. Die RAD-Stellungnahme sei demnach nicht abschliessend, weshalb darauf nicht ohne weiteres abgestellt werden könne (E. 2.4.5, IV-act. 186-13). Mit Blick darauf wurde die nachfolgende Begutachtung angeordnet.

**5.6.** Es trifft zwar zu, dass der Gutachter die gesundheitliche Situation vor dem Hirninfarkt nicht mehr direkt anhand seiner aktuellen Befunde beurteilen konnte (vgl. Stellungnahme RAD-Ärztin Dr. J.\_\_\_\_, IV-act. 282-2). Indes untersuchte damals RAD-



Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht persönlich, sondern nahm eine Aktenbeurteilung anhand der Berichte der behandelnden Ärzte vor. Eine dem Gutachten vorgehende Beweiskraft aufgrund von Echtzeitlichkeit kann der RAD-Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ somit nicht zuerkannt werden. Vielmehr hatte der Gutachter im Gegensatz zur RAD-Psychiaterin die Möglichkeit, den Beschwerdeführer zum Verlauf des Gesundheitszustandes zu befragen.

**5.7.** Zusammenfassend bestehen keine objektivierten Gesichtspunkte, die die gutachterliche Einschätzung, eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit habe bereits ab Februar 2016 bestanden, in Frage zu stellen vermögen. Somit ist auch bezüglich der retrospektiven Einschätzung auf das Gutachten abzustellen. Bei gegebener Verschlechterung ab Februar 2016 ist die halbe Rente in Anwendung der Bestimmungen von Art. 88a Abs. 2 IVV ab dem 1. Mai 2016 zu erhöhen. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 80% hat der Beschwerdeführer entsprechend des in der angefochtenen Verfügung ermittelten unbestrittenen IV-Grades von 82 % Anspruch auf eine ganze IV-Rente.

## **6.**

**6.1.** Hinsichtlich des Begehrens um vorsorgliche Rentenauszahlung ist die Beschwerde aufgrund der von der Beschwerdegegnerin bereits bestätigten und geleisteten Auszahlung der laufenden ganzen Rente (vgl. act. G 5 und Sachverhalt B. b) gegenstandslos geworden und in diesem Punkt abzuschreiben.

**6.2.** Im Übrigen ist die Verfügung vom 24. Januar 2019 aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2016 die halbe Rente auf eine ganze Rente zu erhöhen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**6.3.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**6.4.** Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorarordnung für Rechtsanwälte und



## St.Galler Gerichte

Rechtsagenten des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Die Festlegung einer Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtsverteiständung erübrigt sich bei diesem Prozessausgang.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen, soweit darauf eingetreten wird. Dem Beschwerdeführer wird mit Wirkung ab 1. Mai 2016 eine ganze Rente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.