

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/70 vom 17. Oktober 2011

Sg Versicherungsgericht, 2011-10-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_70

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/70 du 17 octobre 2011

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/70 del 17 ottobre 2011

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Prüfung des Anspruchs auf Invalidenrente. Beweiskraft eines multidisziplinären, in italienischer Sprache verfassten Gutachtens. Tragung der Übersetzungskosten durch die IV-Stelle (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Oktober 2011, IV 2010/70).

Erwägungen

E. 1

1.1 In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids bzw. im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging am 14. Januar 2010, wobei im Wesentlichen ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, ist für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 7. Juni 2006 [I 428/04] Erw. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage brachte. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG (SR 830.1) und des IVG (SR 83.1.20) wiedergegeben.

1.2 Streitig ist vorliegend, ob der Beschwerdeführer ab 1. März 2006 Anspruch auf eine IV-Rente hat. Zu prüfen ist der Zeitraum bis 14. Januar 2010 (Datum der angefochtenen Verfügung). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG 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).

E. 2

2.1 Der Rheumatologe Dr. D.____ diagnostizierte beim Beschwerdeführer am 5. Dezember 2005 ein chronifiziertes lumbo-spondylogenes Syndrom bei kleiner Diskushernie L4/L5 rechts und L5/S1 links sowie Spondylarthrosen L4/L5 und L5/S1, eine Adipositas und eine Blindheit auf dem linken Auge, posttraumatisch. Die gemäss Bericht der Klinik Valens vorgesehene Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 90-100% (IV-act. 12-13/18) habe sich als zu optimistisch erwiesen. Der Beschwerdeführer sei für eine leichte Arbeit noch zu 50% arbeitsfähig (IV-act. 12). Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ erachtete den Beschwerdeführer im Bericht vom 14. August 2006 für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig. Eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit könne durch den erhöhten Pausenbedarf bei chronischen Schmerzen erklärt werden (IV-act. 24). Im polydisziplinären (rheumatologisch-psychiatrischen) Gutachten des SAM vom 6. August 2007 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Syndroms bei segmentaler Insuffizienz L4/L5 und L5/S1 sowie kleinen Diskushernien auf diesen Höhen aufgeführt und festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit einigen Jahren über lumbal lokalisierte Schmerzen klage, die sich im März 2005 deutlich verschlechtert hätten. Aus den Rückenschmerzen hätten sich ins rechte Bein ausstrahlende Schmerzen ergeben. In letzter Zeit sei auch die linke untere Extremität betroffen. Das Gehen sei nur noch während 15 Minuten möglich. Neurologische Ausfälle würden nicht beklagt. Bei der Untersuchung habe sich eine leicht eingeschränkte und teilweise schmerzhaft bewegliche der lumbalen Wirbelsäule gezeigt; hier sei auch die paravertebrale Muskulatur schmerzhaft gewesen. Die grossen Gelenke an den oberen und unteren Extremitäten seien normal beweglich gewesen; neurologische Reiz- oder Ausfallsymptome hätten sich nicht gefunden. Es liege eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden vor. Der psychiatrische Facharzt beschrieb eine euthyme Stimmungslage. Es bestünden ein guter affektiver Kontakt, eine leichtgradige freiflottierende Angst sowie normale kognitive Funktionen (keine Störungen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis). Der formale Gedankengang sei erhalten und flüssig. Der Beschwerdeführer mache sich Sorgen über seine aktuelle Situation. Hinweise auf Schuldgefühle, Selbstvorwürfe oder schädigende Tendenzen bestünden nicht. Es lägen kein obsessiver oder phobischer Gedankengang, keine Suizidgedanken und keine halluzinatorischen oder deliranten Ideen vor. Es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Möglicherweise sei es anlässlich der Kündigung des Arbeitsverhältnisses zu einer Senkung der Stimmungslage gekommen; hierfür hätten sich zum Explorationszeitpunkt jedoch keine Hinweise (mehr) finden lassen. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden. Die Gutachter hielten als Gesamtwürdigung fest, in der früher ausgeübten Hilfsarbeitertätigkeit in der Glasflaschenproduktion bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70%. In einer leidensangepassten, leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Notwendigkeit des Einhaltens von statischen Haltungen über 15 bis 30 Minuten (kein Vorneigen des Körpers, ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 10-15 kg, mit nur gelegentlichen Rotations- und Flexionsbewegungen des Körpers und ohne Sitzen während über einer Stunde) liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 80-12/30 bis -29/30; act. G 27.1).

2.2 Der Beschwerdeführer liess das erwähnte Gutachten am 26. September 2007 dahingehend beanstanden, dass im rheumatologischen Teilgutachten die erhebliche Abweichung der Beurteilung (100% Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit) von denjenigen von Dr. D.____ und Dr. B.____ (50%

Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit) nicht begründet werde. Das Gutachten lasse die streitige Frage (ob die von der Klinik Valens aufgestellte Arbeitsfähigkeitsprognose zu optimistisch sei) unbeantwortet. Die im psychiatrischen Teilgutachten erhobene Anamnese sei unvollständig und falsch (IV-act. 83). Die Psychiaterin med. pract. E.____, hatte am 22. September 2007 berichtet, der Beschwerdeführer habe in letzter Zeit Selbstmordgedanken. Seine Frau leide unter Depressionen. Der Beschwerdeführer sei ihr als Begleiter seiner Ehefrau von früheren Konsultationen bekannt. Er sei ihr, obwohl nicht ihr Patient, schon damals immer als depressiv und chronisch suizidgefährdet aufgefallen. Er habe sehr bescheiden, anspruchslos bis selbstlos gewirkt. Er sei (aktuell) deutlich depressiv. Seine Äusserungen und sein Verhalten würden sein tiefes Selbstwertgefühl widerspiegeln. Für ihn sei es äusserst schwierig, sein persönliches Befinden genau zu schildern. Er neige dazu, psychische Probleme zu dissimulieren. Er sei absolut nicht klagsam und äussere keine Wünsche, denke auch nicht an Krankschreibung aus psychischen Gründen. Es liege ein schweres depressives Zustandsbild mit somatischem Syndrom, Ängsten und Suizidalität vor (IV-act. 84). Dr. B.____ bestätigte am 25. September 2007 die 50%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 85). Der RAD-Arzt Dr. med. I.____ verwies in der Stellungnahme vom 5. Oktober 2007 auf das Ergebnis des in der Klinik Valens durchgeführten validierten Testverfahrens der Ergonomieabteilung. Zu jenem Zeitpunkt sei in einer adaptierten Tätigkeit eine ganztägige Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden. Es sei (mit dem rheumatologischen Gutachter des SAM) nicht einzusehen, warum eine Person mit Rückenschmerzen, aber nur einer leichten Beweglichkeitseinschränkung und ohne neurologische Symptomatik in einer angepassten Tätigkeit nicht vollumfänglich arbeiten könne. Der vom psychiatrischen Gutachter beschriebene Psychostatus decke sich mit den Feststellungen des rheumatologischen Gutachters, gemäss welchem der Beschwerdeführer angegeben habe, nie psychische Probleme gehabt zu haben und von seiner Familie verstanden und unterstützt worden zu sein. Aufgrund der Angaben von med. pract. E.____ müsse nun davon ausgegangen werden, dass sich das Zustandsbild akut verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer sei nun depressiv, am ehesten im Sinn einer Anpassungsstörung. Dieses akute Geschehen sei in der Regel temporär und therapeutisch gut angebar. Im Sinn der Schadenminderungspflicht könne dem Beschwerdeführer eine fachärztliche Behandlung auferlegt werden. Sinnvollerweise sei diese beim italienisch sprechenden Dr. med. J.____ durchzuführen (IV-act. 90). Dr. D.____ berichtete am 6. November 2007, der Beschwerdeführer habe nach dem Aufenthalt in der Klinik Valens die Arbeit wieder zu 50% aufgenommen, wobei keine Steigerung möglich gewesen sei. In der Folge habe er die Kündigung erhalten. Er leide wie schon bei den Voruntersuchungen vom Juni und Dezember 2005 unter starken lumbalen Schmerzen, welche sich trotz des stationären Aufenthalts in Valens und nachfolgender Physiotherapie nicht gebessert hätten. Er beurteile den Patienten nach wie vor als 50% arbeitsfähig für eine leichte Arbeit ohne regelmässiges Bücken und ohne Heben von Lasten über 10 kg (IV-act. 89). Auf das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 20. November 2007 (Aufforderung, sich einer fachpsychiatrischen Behandlung zu unterziehen) teilte med. pract. E.____ mit, der Beschwerdeführer befinde sich seit 19. September 2007 bei ihr in Behandlung und werde weiter von ihr betreut (IV-act. 95, 97). Am 7. Januar 2008 gab Dr. B.____ bekannt, bei der Depression des Beschwerdeführers handle es sich nicht um ein akutes Geschehen. Er habe ihn bereits vom 24. Oktober 2006 bis 16. April 2007 mit einem Antidepressivum behandelt (IV-act. 101). 2.3 Im Bericht vom 25. März 2008 hielt med. pract. E.____ unter anderem fest, das fehlende Ansprechen (unveränderte Schmerzen) des Beschwerdeführers auf drei

Antidepressiva nach ausreichender Dosierung und genügend langer Zeit weise in Richtung Therapieresistenz hin. Aus ihrer Sicht bestehe momentan wegen der Depression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 110). Am 6. September 2008 bestätigte die Ärztin die volle Arbeitsunfähigkeit seit 19. September 2007 und berichtete unter anderem, es bestehe ein chronisch depressives Zustandsbild mit somatischem Syndrom, eine Persönlichkeitsstörung mit Merkmalen der ängstlichen und abhängigen Persönlichkeitsstörung und ein chronisches Schmerzsyndrom. Wahrscheinlich hätten die vielen psychischen Verletzungen und Grausamkeiten - der Beschwerdeführer sei von gleichaltrigen Kindern und Frauen wegen seines Aussehens (Amaurose am linken Auge, Strabismus, Eintrübung der vorderen Augenabschnitte) ausgelacht, verspottet und zurückgestossen worden - Spuren hinterlassen in der Persönlichkeitsentwicklung. Nach der Heirat und der Geburt des ersten Kindes habe sich das gesamte Dasein des Beschwerdeführers auf seinen beruflichen Einsatz und auf die Haushaltsführung (depressive Ehefrau) beschränkt. Wegen Depression und Schuldgefühlen sei die Ehefrau 2005 in ihre Behandlung gekommen. Sie habe damals einen Suizid des Ehemannes befürchtet. Bereits damals habe der Beschwerdeführer unter Schmerzen gelitten und habe seinen Arbeitsplatz verloren. Er habe eine schwere Depression mit Suizidalität entwickelt. Die psychisch kranke Ehefrau könne sich sehr schlecht vom Leiden ihres Mannes abgrenzen. Unter antidepressiver Therapie sei es beim Beschwerdeführer zu einer allgemeinen Beruhigung, einer leichten Aufhellung der Depressivität und einem leichten Rückgang der Ängste und der Suizidalität gekommen. Jedoch bestünden immer noch viele Sorgen, niedriges Selbstwertgefühl, Hoffnungslosigkeit und somatische Symptome wie Müdigkeit und Erschöpfung. Das Schmerzsyndrom sei unverändert. Wegen der allgemeinen Kraftlosigkeit und Ermüdbarkeit bestehe für eine leichte adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 25% (IV-act. 125). Dr. I. ___ hielt am 14. Oktober 2008 unter anderem fest, unter der Behandlung sei es offensichtlich lediglich zu einer geringfügigen Besserung gekommen. Die behandelnde Ärztin führe keine Gradierung der vorhandenen Depression an. Es sei davon auszugehen, dass Mitte September 2007 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100% aus psychiatrischer Sicht geführt habe. Der aktuelle Zustand sei jedoch ungenügend dokumentiert, so dass eine Verlaufsbeurteilung beim SAM vorgeschlagen werde (IV-act. 126). Am 22. November 2008 bescheinigte med. pract. E. ___ das Vorliegen einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiges Zustandsbild mit somatischen Symptomen (IV-act. 140-3/5). In Berichten vom 29. Januar und 9. Februar 2009 bestätigte die Ärztin - neben ergänzenden anamnestischen Angaben und dem Hinweis, dass der Beschwerdeführer für die Reise nach Bellinzona zwar keine Begleitung benötige, die Anwesenheit der Ehefrau bei der Verlaufsbeurteilung jedoch sinnvoll wäre ("Folie à deux", ICD-10 F24) - die bisherigen psychiatrischen Diagnosen und ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung (IV-act. 135, 140-4/5ff). Dr. I. ___ stellte am 17. Februar 2009 fest, dass es keine medizinischen bzw. psychiatrischen Gründe gebe, die eine Begleitung zur Beurteilung als zwingend notwendig erscheinen lassen würden (IV-act. 138). 2.4 Im Verlaufsgutachten vom 18. Mai 2009 stellten die Gutachter des SAM die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms, eines chronischen cervicospondylogenen Syndroms bei Schmerzempfindungs- und Verarbeitungsstörung, einer sonstigen anhaltenden affektiven Störung, einer Somatisierungsstörung und einer passiv-abhängigen Persönlichkeit. Der rheumatologische Gutachter bescheinigte einen (im Vergleich zur Beurteilung im August 2007) unveränderten Gesundheitszustand. Für eine

leichte, dem Gesundheitsschaden angepasste Tätigkeit bescheinigte er eine uneingeschränkte (volle) Arbeitsfähigkeit. In einer Ergänzung nahm er zur Einschätzung von Dr. D.____ Stellung (act. G 27.2 S. 19-22). Der psychiatrische Gutachter stellte unter anderem fest, der depressive Zustand zu Beginn der Behandlung sei sicher stärker gewesen als heute. Im Lauf der Zeit habe sich eine Besserung der depressiven Symptomatik ergeben, obwohl das Gefühl der Wertlosigkeit und der Abhängigkeit von der Ehefrau geblieben sei. Er bescheinigte in jeglicher Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30% (IV-act. 143-18/32; act. G 27.2 S. 15f). Interdisziplinär bescheinigten die Gutachter in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Ab September 2007 sei eine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht aufgetreten. Zwei Monate nach Therapiebeginn (September 2007) sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50% und vier Monate nach Therapiebeginn von einer Arbeitsfähigkeit von 70% für eine dem Gesundheitsschaden adaptierte Tätigkeit auszugehen. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien aufgrund der psychischen Situation nicht indiziert (IV-act. 143-13/32; act. G 27.2 S. 11-13). Dr. I.____ führte zum vorerwähnten Arbeitsfähigkeitsverlauf am 28. Mai 2009 aus, derartige retrospektive Einschätzungen seien für den konkreten Fall nicht anzuwenden, da über den Therapieverlauf keine direkten Informationen vorlägen. Tatsache sei, dass der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Begutachtung (2. – 4. März 2009) eine Arbeitsfähigkeit von 70% zugelassen habe; dieses Datum sollte auch benützt werden. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (mit 70%) dürfte einen Maximalwert darstellen, der noch akzeptiert werden könne. In der ICD-10-Beschreibung von F34.8 (sonstige anhaltende affektive Störungen) werde unter anderem darauf hingewiesen, dass einige Formen der früher als "neurotisch" bezeichneten Depressionen unter diese Kategorie fallen würden, "die nicht die Kriterien für Zykllothymie, eine Dysthymie, für eine leichte oder mittelgradige depressive Episode erfüllen" würden. Das Gutachten des SAM erfülle die von der Rechtsprechung aufgestellten Voraussetzungen. Die Schlussfolgerungen seien gut nachvollziehbar, werde von den Mutmassungen über den Therapieverlauf abgesehen (IV-act. 144). Gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen der IV erklärte der Beschwerdeführer am 13. August 2009, er fühle sich im Moment nicht arbeitsfähig (IV-act. 153).

E. 3

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, der rheumatologischen Beurteilung des SAM könne nicht gefolgt werden. Sie habe sich nicht mit der abweichenden Beurteilung von Dr. D.____ (und Dr. B.____) auseinandergesetzt. - Dr. D.____ hatte im Bericht vom 5. Dezember 2005 festgehalten, die von Valens vorgesehene Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 90-100% habe sich als zu optimistisch erwiesen. Der Patient arbeite zwar ganztags, aber mit 75% Leistung (viele Pausen, in denen er absitzen müsse, gesamthaft 60-80 Minuten pro 8 Std.). Wegen Schmerzexazerbationen sei er mehrmals für einige Tage ausgefallen. Er erachte ihn vorderhand für eine leichte Arbeit zu 50% arbeitsfähig. Es sei sinnvoller, wenn er 50% arbeite, als wenn er immer wieder ausfalle (IV-act. 12-10/18). Seine Arbeitsfähigkeitsschätzung begründete Dr. D.____ somit im Wesentlichen bezogen auf die bisherige (angestammte) Tätigkeit, welche der Beschwerdeführer damals noch ausübte (Kündigung per Ende April 2006; IV-act. 16). Im Bericht vom 6. November 2007 bestätigte Dr. D.____ die 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte (adaptierte) Tätigkeit mit dem Hinweis, dass man seines Erachtens dem Patienten mit dieser Beurteilung eher gerecht werde als mit dem Absprechen jeglicher Arbeitsunfähigkeit. Die diagnostizierte schwere Depression begründe zweifellos eine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 89). - Die vom

Rheumatologen Dr. D.____ ergänzend angeführte psychiatrische Begründung für seinen Standpunkt zeigt zum einen, dass für die Beurteilung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers eine polydisziplinäre Betrachtungsweise unumgänglich war bzw. ein auf ein Fachgebiet bezogener Blickwinkel den Umständen nicht gerecht werden konnte. Zum anderen macht sie deutlich, dass Dr. D.____ über sein Fachgebiet hinaus auch die Schmerzsituation und den psychischen Zustand des Beschwerdeführers mit berücksichtigte. Insofern enthält der Bericht von Dr. D.____ vom 6. November 2007 auch nicht fachärztliche Aussagen. Der Rheumatologe des SAM hatte im Gutachten 2007 die Berichte von Dr. D.____ zwar aufgeführt (IV-act. 80-24/30ff; act. G 27.1 S. 15f), jedoch zur abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung dieses Arztes nicht explizit Stellung genommen. Hingegen fand anlässlich der Begutachtung 2009 durch das SAM, welche aus rheumatologischer Sicht eine im Vergleich zur Vorbegutachtung unveränderte gesundheitliche Situation ergeben hatte, eine Auseinandersetzung mit dem Standpunkt von Dr. D.____ statt (IV-act. 143-20/32ff und 143-26/32f; act. G 27.2 S. 19-22). Der Rheumatologe Dr. med. K.____ begründete seine Arbeitsfähigkeits-Schätzung und deren Abweichung zur Schätzung von Dr. D.____ in nachvollziehbarer Weise insbesondere mit dem sinngemässen Hinweis, dass er die somatische (rheumatologische) Situation beurteilt und psychiatrische Probleme (im Gegensatz zu Dr. D.____) sowie psychosoziale Aspekte ausgeklammert habe (IV-act. 143-26/32f; act. G 27.2 S. 22). Es besteht kein konkreter Anlass, welcher geeignet wäre, die rheumatologische Beurteilung und Schlussfolgerung im Gutachten des SAM von 2009, welche im Ergebnis mit der Beurteilung der Klinik Valens vom September 2005 übereinstimmt (vgl. IV-act. 12-12/18ff), in Frage zu stellen. Zu prüfen bleibt hingegen, inwiefern auf die psychiatrischen Beurteilungen in den Gutachten des SAM von 2007 und 2009 abgestellt werden kann.

E. 4

4.1 Ein psychischer Gesundheitsschaden führt nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - wie auch die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Somatisierungsstörung bzw. affektive Störung (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts [bis 31. Dezember 2006: Eidgenössisches Versicherungsgericht, EVG] vom 25. Oktober 2005 [I 437/05]) - als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass diese Gesundheitsschäden oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem

therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

4.2 Der Beschwerdeführer liess im IV-Verwaltungsverfahren beanstanden, dass im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L.____ vom 5. Juli 2007 bereits die Anamnese unvollständig und falsch sei. In den Akten fänden sich mehrere Hinweise des Hausarztes auf eine Depression, welche mit entsprechenden Antidepressiva medikamentös behandelt und sogar vom psychiatrischen Gutachter (auf S. 10; IV-act. 80-10/30) erwähnt worden sei. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der psychiatrische Gutachter das im Bericht von med. pract. E.____ vom 27. September 2007 festgehaltene und seit Jahren bestehende schwere depressive Zustandsbild mit somatischem Syndrom, Ängsten und Suizidalität habe ignorieren können (IV-act. 80-20/30: "nessuna diagnosi psichiatrica"). Die in der Stellungnahme vom 26. Oktober 2007 geäusserte Auffassung des RAD, dass aufgrund des Berichts von med. pract. E.____ vom 22. September 2007 nun von einer akuten Verschlechterung des Zustandsbilds auszugehen sei, sei unhaltbar und lasse sich durch den Bericht E.____ nicht stützen, welcher von jahrelanger Depression berichte. Am 4. Januar 2008 habe med. pract. E.____ ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich um eine längst chronifizierte Depression handle. Im Weiteren seien die im Verlaufsgutachten von Dr. G.____ gestellten Diagnosen einer sonstigen anhaltenden affektiven Störung, einer Somatisierungsstörung und einer passiv-abhängigen Persönlichkeit durch die Untersuchungsergebnisse nicht belegt. Der Arztbericht von med. pract. E.____ vom 6. September 2008 sowie ihre beiden Schreiben vom 22. November 2008 und 29. Januar 2009 seien unberücksichtigt geblieben. Der Gutachter des SAM habe sich nicht mit der erheblich abweichenden Beurteilung von med. pract. E.____ auseinandergesetzt (IV-act. 164). In der Stellungnahme vom 20. August 2009 zum Gutachten 2009 des SAM legte med. pract. E.____ unter anderem dar, es sei für sie nicht nachvollziehbar und es werde auch nicht begründet, weshalb die Diagnose der Depression nicht gestellt werde. Sie verweise auf ihre früheren Berichte, wo sie für die Diagnose einer schweren Depression nebst anderen Kriterien die Hamilton-Depressionsskala verwendet habe. Im Gutachten von Dr. med. G.____ vom 29. April 2009 (IV-act. 143-15/32ff) sei es nicht für nötig erachtet worden, eine genauere Untersuchung des Depressions-Grades vorzunehmen. Stattdessen sei ein grobkursorischer Psychostatus bevorzugt worden, der weniger aussagekräftig sei. Die Suizidäusserungen des Beschwerdeführers würden die Diagnose einer sonstigen anhaltenden affektiven Störung zweifelhaft machen, denn für diese Diagnose dürfe eine depressive Episode nicht ausreichend schwer sein und nicht lange dauern. Es dürften nicht einmal die Kriterien der leichten und mittelgradigen Depression erfüllt sein. Es gebe keinen Grund, von der Diagnose der mittelgradigen bis zeitweise schweren Depression abzuweichen. Bei den (wahrscheinlich rein hypothetischen) Aussagen zur angenommenen Arbeitsfähigkeit vermisste sie eine Begründung. Sie halte nach wie vor an ihrer Arbeitsunfähigkeits-Beurteilung fest. Leider gehöre der Beschwerdeführer zu jenen 25-30% depressiver Patienten, welche Therapieresistenz aufweisen würden trotz fachgerechter Behandlung. Aufgrund der Ungereimtheiten und Widersprüche im psychiatrischen Gutachten schlage sie eine neutrale und vor allem differenzierte psychiatrische Begutachtung vor. Im Übrigen erwähnte die Ärztin, dass sie ihre Praxis in Bälde aufgeben werde und für den Beschwerdeführer ein neuer Psychiater gesucht werden müsse (IV-act.

165). In der Stellungnahme vom 18. November 2009 führte Dr. I.____ im Wesentlichen aus, der Gutachter habe zum Zeitpunkt der Exploration keine depressiven Elemente feststellen können; der Psychostatus decke sich auch recht gut mit den Feststellungen des rheumatologischen Gutachters. Die Berichte von med. pract. E.____ würden im psychiatrischen Gutachten wohl nicht als solche erwähnt, doch sei den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zu entnehmen, dass er die Berichte der behandelnden Fachärztin würdige, ansonsten er nicht einen verbesserten Gesundheitszustand beschreiben könnte. Der von Dr. G.____ erstellte Psychostatus könne nicht als "grobkursorisch" bezeichnet werden. Der Gutachter habe die Vorakten gekannt und sei sich bewusst gewesen, dass eine depressive Problematik zu erhellen sei. Die Hamilton-Skala könne dabei höchstens als Hilfsmittel dienen (IV-act. 166). Dr. G.____ führte in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 14. Dezember 2009 unter anderem sinngemäss aus, er habe den Beschwerdeführer während ungefähr einer Stunde untersucht und zuvor das Dossier mit den medizinischen Unterlagen studiert. Er habe alle bestehenden Akten, insbesondere auch die Berichte von med. pract. E.____, gekannt und berücksichtigt sowie die Diagnosestellung und den unter Psychopharmaka gebesserten Verlauf mit Verminderung der Angst und Suizidalität mit einbezogen. Die diagnostische Einordnung, wie sie med. pract. E.____ vorgenommen habe, sei seines Erachtens übereinstimmend mit derjenigen, welche er in seinem Bericht formuliert habe, wo er mit anhaltender affektiver Störung eine lang anhaltende Depression von mittlerem Schweregrad in Verbindung mit einer Somatisierungsstörung meine. Er sei zum Schluss gekommen, dass das depressive Zustandsbild gebessert habe (IV-act. 169; act. G 27.3). Dr. I.____ hielt am 13. Januar 2010 dazu im Ergebnis fest, dass keine neuen medizinischen Elemente vorliegen würden (IV-act. 170).

4.3 Depressive Stimmungslagen sind nach der Rechtsprechung in der Regel (reaktive) Begleiterscheinungen einer somatoformen Schmerzstörung bzw. einer der zum selben Formenkreis gehörenden Somatisierungsstörung (und Ausdruck und Begleitsymptome des Schmerzgeschehens). Sie können keine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität darstellen (vgl. BGE 130 V 358 Erw. 3.3.1; Urteil des EVG [I 437/05], a.a.O.). Es kann aber auch sein, dass sie sich aufgrund ihres Schweregrades von einer somatoformen Störung bzw. der Somatisierungsstörung unterscheiden lassen (Urteil des EVG i/S D. vom 20. April 2004 [I 805/04] Erw. 5.2.1). Es stellt sich damit die Frage, inwiefern konkret eine unabhängig von der gutachterlich vermerkten Somatisierungsstörung bestehende Depression zu bejahen ist. Hierbei ist von Bedeutung, dass die 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 (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil des EVG vom 13. Juni 2001 [I 506/00]) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, 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 EVG vom 13. März 2006 [I 676/05] Erw. 2.4).

4.4 Konkret lassen sich die erwähnten Einwände von med. pract. E.____ (IV-act.

165) gegen das psychiatrische Gutachten 2009 des SAM nicht ohne weiteres von der Hand weisen. Eine Befangenheit dieser Ärztin zugunsten des Beschwerdeführers, wie die Beschwerdegegnerin geltend machen lässt (act. G 10 S. Ziff. 2.2), lässt sich dabei aus dem Umstand, dass die Psychiaterin die familiären Umstände (Beziehung des Beschwerdeführers zu seiner Frau) darlegte und den Einbezug der Ehefrau in die Abklärung vorschlug, offensichtlich nicht ableiten. Vielmehr war es Aufgabe der Psychiaterin, die konkreten Gegebenheiten und das soziale Umfeld des Beschwerdeführers umfassend zu schildern. Dabei erscheint die Feststellung von Dr. I.____, wonach der psychiatrische Gutachter des SAM keine depressiven Elemente habe feststellen können (IV-act. 166), insofern nicht stichhaltig, als trotz entsprechender klarer Anhaltspunkte für eine Depression nicht weitere entsprechende Abklärungen getätigt wurden, wie med. pract. E.____ zu Recht beanstandete. Da die depressive Problematik bei der Begutachtung in Form von unmissverständlichen Äusserungen des Beschwerdeführers zu Tage trat (vgl. IV-act. 143-17/32 Mitte; act. G 27.2 S. 15), wäre sie auch entsprechend zu klären gewesen. Der von Dr. I.____ angeführte Umstand, dass die (von Dr. G.____ nicht verwendete) Hamilton-Skala dabei höchstens als Hilfsmittel hätte dienen können, mag zutreffen; er vermag jedoch am Klärungsbedarf nichts zu ändern. Dies trifft auch auf den Umstand zu, dass der SAM-Psychiater Dr. G.____ eine aktuell bestehende erhebliche depressive Problematik im Gutachten 2009 zwar nicht aufgeführt hatte (IV-act. 143; act. G 27.2 S. 16), im ergänzenden Schreiben vom 14. Dezember 2009 jedoch insofern eine "Präzisierung" vornahm, als er nunmehr eine lang anhaltende Depression von mittlerem Schweregrad anerkannte und der durch med. pract. E.____ vorgenommenen diagnostischen Einordnung zustimmte (IV-act. 169; act. G 27.3). Dabei ist mit Blick auf den langanhaltenden Charakter der Erkrankung (vgl. bereits Bericht med. pract. E.____ vom 22. September 2007 [IV-act. 84] sowie IV-act. 101) zu beachten, dass noch im Gutachten des SAM vom 6. August 2007 eine psychiatrische Erkrankung ohne nähere Begründung gänzlich verneint wurde (IV-act. 80; act. G 27.1). Sodann bestätigte der Psychiater Dr. med. F.____, der am 21. Dezember 2009 die Weiterbehandlung des Beschwerdeführers von med. pract. E.____ übernommen hatte, am 10. Februar 2010 ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Er legte dar, Dr. G.____ bestätige (im Bericht vom 14. Dezember 2009) die Einschätzung des Schweregrads der Depression als mittelgradig und erkläre, dass er nur die lange Dauer habe zum Ausdruck bringen wollen. Die Arbeitsfähigkeit von 70% trotz eines anerkanntermassen mittelschweren depressiven Zustandsbildes werde von ihm nicht begründet. In der Stellungnahme des RAD vom 28. Mai 2009 werde dann aber nicht von einer mittelschweren Depression ausgegangen, sondern wegen der Diagnosenummer F34.8 damit argumentiert, dass dies bedeute, dass die Kriterien für eine leichte Depression nicht erfüllt seien und deshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 30% einen Maximalwert darstelle. In der Stellungnahme vom 13. Januar 2010 (IV-act. 170) erwähne der RAD zwar ausdrücklich die von Dr. G.____ bestätigte Übereinstimmung zwischen seiner diagnostischen Einschätzung und derjenigen von med. pract. E.____. Trotzdem werde behauptet, dass keine neuen Elemente vorliegen würden. Es sei stossend, wenn mit dieser Argumentation behauptet werde, der Beschwerdeführer leide nicht einmal an einer leichten depressiven Episode. Wenn die Anzahl depressiver Symptome des Beschwerdeführers berücksichtigt würden, sei man gezwungen, eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren. Er leide unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert, so dass er die Tätigkeiten aufgegeben habe, die ihm Freude gemacht hätten. Selbstwertgefühl und

Selbstvertrauen seien schwer beeinträchtigt. Er leide ausgeprägt unter Gedanken über die eigene Wertlosigkeit bis zu Gedanken an Suizid. Die gedrückte Stimmung verändere sich von Tag zu Tag wenig. Er leide somit unter mehr als vier der Symptome der depressiven Episode und er habe grosse Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen. Seine Arbeitsfähigkeit sei somit schwer beeinträchtigt, so dass er (der Arzt) sich der Beurteilung von med. pract. E.____ anschliesse (IV-act. 178). Im Bericht vom 8. September 2010 nahm Dr. F.____ erneut ausführlich im erwähnten Sinn Stellung (act. G 16.1.1). 4.5 Bei der rezidivierenden depressiven Störung des Beschwerdeführers handelt es sich, wie die geschilderte Aktenlage zeigt, um ein mehrjähriges, im Zeitverlauf von mittelschwer bis schwer schwankendes Geschehen (vgl. vorstehende Erw. 2.2, 2.3), wobei der psychiatrische Konsiliararzt des SAM das lang andauernde depressive Zustandsbild wie erwähnt ebenfalls bestätigte (vgl. IV-act. 143, 169; act. G 27.2, 27.3). Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass das Vorliegen von belastenden psychosozialen bzw. familiären Gegebenheiten (vgl. act. G 27.2 S. 14f) entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (act. G 10 Ziff. 2.2) für sich allein nicht genügt, eine ausnahmsweise invalidisierende Wirkung des psychogenen Teils des Schmerzleidens auszuschliessen. Vielmehr ist eine gesamthafte Prüfung der Sachlage nach den von der Rechtsprechung formulierten Kriterien vorzunehmen (BGE 131 V 49 und 130 V 352; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Juni 2008 i/S M. [9C_25/2008] Erw. 3.2). Bei der IV-rechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustände darf sodann nicht unbesehen auf die ärztlichen - selbst die gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur ist (Art. 8 ATSG) ist und nicht zwingend mit dem medizinischen Krankheits- oder Invaliditätsverständnis übereinstimmt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Behörde zunächst die - aufgrund der medizinischen Aktenlage zu beantwortende - Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei der versicherten Person nebst der diagnostizierten, allein nicht invalidisierenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zusätzliche psychische Beeinträchtigungen im Sinn des von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterienkatalogs vorliegen, welche einer adäquaten Schmerzbewältigung objektiv entgegenstehen. Die weitere Frage, ob eine allenfalls festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und/oder einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten, ist rechtlicher Art. Ihre abschliessende Beantwortung obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden (Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2008 i/S K. [9C_820/2008] Erw. 4.1 mit Hinweisen). Wenn es an der erforderlichen Erheblichkeit der Schwere, Ausprägung und Dauer der Komorbidität fehlt, ist nach der Rechtsprechung eine invalidisierende Wirkung der Gesundheitsschädigung nicht gegeben, selbst wenn eine mittelschwere depressive Episode als selbständiges, von der somatoformen Schmerzstörung losgelöstes Leiden vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2010 i/S B. [8C_144/2010] Erw. 3.5). 4.6 Ärztliche Behandlungsmassnahmen ab 2006 führten beim Beschwerdeführer nicht zu einer eigentlichen Verbesserung der depressiven Problematik, und er stand im Zeitpunkt der SAM-Begutachtung im Jahr 2009 sowie auch danach nach wie vor in psychiatrischer Behandlung (vgl. IV-act. 84, 101, 110, 125f, 178). Anhaltspunkte für einen mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lassen sich somit mit Bezug auf die

Schmerzproblematik des Beschwerdeführers nicht in Abrede stellen und werden auch vom Psychiater des SAM implizit bestätigt (IV-act. 143-18/32 oben [act. G 27.1]; IV-act. 169 [act. G 27.3]). Hieran vermag nichts zu ändern, dass ein solcher Verlauf für Somatisierungsstörungen als "diagnosespezifisch" (ICD-10: F45.0/F.45.1; Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2007 [I 937/06] Erw. 4.3) erachtet wird. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens lässt sich aufgrund der Darlegungen von Dr. F.____ ebenfalls nicht ausschliessen (act. G 16.1.1 S. 3). Der psychiatrische Gutachter des SAM diskutierte die sogenannten Förster-Kriterien und damit auch die Frage des Bestehens einer selbstständigen, vom Schmerzsyndrom losgelösten psychischen Komorbidität nicht. Diese kamen erstmals in der Beschwerdeantwort des vorliegenden Verfahrens zu Sprache (act. G 10). Von einer blossen (zeitlich befristeten) depressiven Episode kann angesichts des mehrjährigen, im Begutachtungszeitpunkt und auch später andauernden Verlaufs nicht gesprochen werden, so dass sich auch das Vorliegen eines gefestigten, nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufs (missglückte, psychisch aber entlastende Konfliktbewältigung) und damit eine selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Erkrankung nicht ohne Weiteres ausschliessen lässt (vgl. dazu auch Bericht Dr. F.____ vom 8. September 2010; act. G 16.1.1). Allein die (nicht belegte) Behauptung der Beschwerdegegnerin, es handle sich bei der Depression um eine bloss reaktive Begleiterscheinung der Schmerzstörung (act. G 10 Ziff. 2.3), führt hier nicht weiter. Chronifizierung und Therapieresistenz sind bei der Beurteilung der Frage, ob ein Schmerzsyndrom mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sei, mitentscheidende Faktoren (vgl. BGE 131 V 49 mit Hinweisen und Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2008 i/S M. [9C_136/2008] Erw. 4). Im Weiteren ins Gewicht fällt, dass sich die Einschätzungen der früher behandelnden Psychiaterin und von Dr. F.____ einerseits und jene des psychiatrischen Gutachters des SAM andererseits in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit insofern nicht widersprechen, als auch letzterer eine teilweise Arbeitsunfähigkeit als effektiv vorhanden erachtete und - allerdings erst in einer nachträglichen Stellungnahme zum Gutachten 2009 - hinsichtlich der Diagnose (mittelgradige Depression) ausdrücklich auf die Feststellungen der behandelnden Psychiaterin verwies. Im Gutachten 2009 selbst hatte er das Bestehen einer solchen Depression noch gänzlich verneint und sie dort (IV-act. 143-8/32, 143-18/32) dementsprechend auch nicht als Diagnose (weder mit noch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) aufgeführt. Damit bleibt letztlich unklar, was aus der Sicht des SAM-Gutachters als Beurteilung des Beschwerdeführers auf dem psychiatrischen Gebiet nun effektiv gelten soll. Er vermag unter den dargelegten Umständen die Annahme einer psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 30% nicht überzeugend zu begründen. Schon gar nicht erlauben die dargelegten Umstände, ohne weiteres von einer von psychiatrischer Seite uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen, wie die Beschwerdegegnerin dies (in Abweichung vom SAM-Gutachten; act. G 10 Ziff. 2.3) tut.

4.7 Einem Gutachten kommt rechtsprechungsgemäss schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen seine Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass das Gutachten effektiv nicht den Tatsachen entspricht, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden nicht beurteilen können und dürfen (Urteil des EVG vom 16. Oktober 2002 [I 779/01] Erw. 4.2). Vorliegend bildet die psychiatrische Beurteilung des Gutachtens des SAM, auf welche sich das Gesamtgutachten im Wesentlichen stützt, keine genügend aussagekräftige Grundlage zur Beurteilung des Rentenanspruchs. Andererseits kann jedoch auch nicht unesehen auf die früheren Beurteilungen von med. pract. E.____

und sowie die Berichte von Dr. F.____ vom 10. Februar und 8. September 2010 abgestellt werden, zumal die Arbeitsfähigkeitsschätzungen im Verlauf des hier streitigen langen Zeitraums erheblich divergieren. Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine erneute psychiatrische Begutachtung vornehme. Der zu beauftragende Experte wird dabei die gesamte bislang ergangene medizinische Aktenlage einzubeziehen und danach die Frage nach der verbliebenen Restleistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu beantworten haben. Was die anschliessend vorzunehmende Rentenbemessung betrifft, ist festzuhalten, dass der in der (aufgehobenen) Verfügung vom 31. Oktober 2006 (mit 10%) noch gewährte Leidensabzug (IV-act. 43) in der angefochtenen Verfügung ohne nähere Begründung nicht mehr vorgesehen wurde. Dementsprechend wird auch die Frage des Leidens- und Teilzeitabzuges erneut zu überprüfen sein.

E. 5

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Verfügung vom 14. Januar 2010 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache zur Anordnung erneuter medizinischer (psychiatrischer) Abklärungen und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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. Die Kosten der vom Gericht veranlassten Gutachtenübersetzung könnten lediglich dann nicht der Beschwerdegegnerin auferlegt werden, wenn entsprechende Sprachkenntnisse ohne weiteres vorauszusetzen wären (vgl. dazu SVR-IV 2010 Nr. 9, 27 [9C_141/2009] Erw. 3.2). Im vorliegenden Fall wurden in den Gutachten des SAM sprachlich anspruchsvolle Sachverhalte abgehandelt und gewürdigt, so dass sich zur sachgerechten Prüfung der Angelegenheit eine Übersetzung aufdrängte. Eine Auferlegung der Übersetzungskosten im Betrag von Fr. 8'000.-- erscheint deshalb gerechtfertigt (vgl. BGE 128 V 34). 5.3 Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxismässig als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 Erw. 6.1). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es erscheint gerechtfertigt, nicht eine Pauschalentschädigung zuzusprechen, sondern auf die Kostennote vom 29. November 2010 mit einem in Rechnung gestellten Betrag von Fr. 3'983.75 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) abzustellen, zumal der Betrag auch die Auslagen (2 x Fr. 200.--) für die Berichte von Dr. F.____ vom 8. Februar und 9. September 2010 umfasst (act. G 20.1). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 14. Januar 2010 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--; dem Beschwerdeführer wird der Kostenvorschuss in gleicher Höhe zurückerstattet. 3. Der Beschwerdegegnerin werden die Kosten der Gutachtenübersetzung von Fr. 8'000.-- auferlegt. 4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'983.75 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.