

# GL\_GERICHTE GL-1651 vom 9. Februar 2023

GL Gerichte, 2023-02-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl\\_gerichte\\_GL-1651](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_GL-1651)

FR: GL\_GERICHTE GL-1651 du 9 février 2023

IT: GL\_GERICHTE GL-1651 del 9 febbraio 2023

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der am [ ] geborene A.\_\_\_\_\_ meldete sich am 2. April 2013 unter Hinweis auf Rückenschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Nach Einholung verschiedener Berichte sprach ihm die IV-Stelle ab dem 1. Februar 2014 eine ganze Invalidenrente zu.

1.2 Am 14. September 2016 eröffnete die IV-Stelle von Amtes wegen ein Revisionsverfahren. Sie holte Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein und beauftragte die Neurologie Toggenburg AG mit einer polydisziplinären Begutachtung. Das Gutachten mit den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie wurde am 29. Dezember 2020 erstattet. Am 19. Januar 2021 stellte die IV-Stelle der Neurologie Toggenburg AG verschiedene Ergänzungsfragen, welche am 3. Februar 2021 beantwortet wurden.

1.3 Gestützt auf das Gutachten der Neurologie Toggenburg AG stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 3. August 2021 in Aussicht, die Invalidenrente von A.\_\_\_\_\_ aufzuheben und einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu entziehen. Gleichentags forderte sie A.\_\_\_\_\_ zur Mitwirkung und zur Befolgung einer Alkoholabstinenz auf. Die von ihm dagegen erhobenen Einwände beantwortete sie abschlägig und erliess am 10. Mai 2022 die rentenaufhebende Verfügung.

### E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, auf das eingeholte Gutachten könne nicht abgestellt werden, weshalb eine gerichtliche Begutachtung zu erfolgen habe. Beim begutachtenden Rheumatologen handle es sich um einen vorbefassten Arzt, da dieser früher beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) massgeblich für seine medizinische Beurteilung verantwortlich gewesen sei. Sofern von der Verwertbarkeit des Gutachtens ausgegangen werde, enthalte dieses mehrere unzutreffende Annahmen. So sei ihm lediglich eine Arbeitsleistung von zwei bis drei Stunden für körperlich sehr leichte Tätigkeiten zumutbar, welche vom behandelnden Facharzt jedoch als rein theoretisch qualifiziert worden sei. Seine Hausärztin habe am 15. Juli 2019 überdies darauf hingewiesen, dass sich die medizinische Situation seit der Rentenzusprache nicht wesentlich verbessert habe. Unrichtig sei sodann die abweichende Beurteilung der Gutachter, wonach von einer dauerhaften und stabilen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen und er für leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten als voll arbeitsfähig zu qualifizieren sei. Seine gesundheitliche Situation habe sich seit dem 27. Oktober 2020 nachhaltig und wesentlich verschlechtert, weshalb das Gutachten überholt sei. Zwischenzeitlich seien mehrere Operationen erforderlich gewesen, wobei sich auch die onkologische Problematik wieder verstärkt habe. Es sei deshalb tatsachenwidrig und rechtsfehlerhaft, von einer dauerhaften

und wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen. Ferner hätte die Beschwerdegegnerin den maximalen Abzug vom Tabellenlohn gewähren müssen, sofern überhaupt von der Verwertbarkeit einer allenfalls noch vorhandenen Resterwerbstätigkeit ausgegangen werden könne. Unzutreffend sei letztlich auch die Auffassung der Beschwerdegegnerin betreffend Alkoholkonsum. So sei zwar richtig, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine diesbezügliche Abstinenz empfehlen würden. Allerdings hätten die Gutachter keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit dem regelmässigen Alkoholkonsum festgestellt. Mit Blick auf die medizinischen Unterlagen sei die rentenbegründende Invalidität nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab dem 1. Juli 2022 weggefallen. Sie habe sich auch nicht wesentlich reduziert bzw. 70 % unterschritten.

2.2 Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, indem sie eine eingehende versicherungsmedizinische Abklärung und eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt habe, sei sie ihren Abklärungspflichten rechtsgenügend nachgekommen. Sodann erfülle das Gutachten die Qualitätskriterien und sei verwertbar, womit eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen sei. Letzterer sei seit spätestens Februar 2021 in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig, sodass ein Invaliditätsgrad von weniger als 40 % vorliege und daher kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr bestehe. Auch sei es ihm zumutbar, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten, da keine relevanten Erschwernisse vorlägen, die ihn als nicht vermittelbar einstufen. Überdies sei kein Abzug vom Tabellenlohn geschuldet. Mit Blick auf den Alkoholkonsum des Beschwerdeführers sei weiter darauf hinzuweisen, dass sich dieser gemäss Gutachten und RAD-Stellungnahme durchaus auf seinen Gesundheitszustand auswirke. Aufgrund der Schadenminderungspflicht sei eine Abstinenz daher geboten. Ab August 2022 müsse schliesslich von einer mutmasslich neuen gesundheitlichen Situation ausgegangen werden. Aufgrund der Fixierung des Verfahrensgegenstands mit der Verfügung vom 10. Mai 2022 sei dies jedoch im Rahmen einer Neuanschuldung geltend zu machen.

### **E. 3**

3.1 Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab mindestens 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

## **E. 4**

4.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG ist eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich ändert. Eine Revision wird von Amtes wegen durchgeführt, wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads bei der Festsetzung der Rente auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist oder wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads als möglich erscheinen lassen (Art. 87 Abs. 1 IVV).

4.2 Ein Revisionsgrund, d.h. eine für den Rentenanspruch massgebliche Veränderung der Verhältnisse, ist unter anderem bei einer Besserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands gegeben, aber auch bei einer Erhöhung oder Verminderung des massgeblichen Validen- oder Invalideneinkommens sowie bei einer Änderung der spezifischen Arbeitsfähigkeit. Keinen Revisionsgrund stellt hingegen eine nur vorübergehende Änderung des Gesundheitszustands oder die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten (medizinischen) Sachverhalts dar (BGer-Urteil 9C\_767/2008 vom 3. Oktober 2008 E. 1.2). Bei gleich gebliebenen tatsächlichen Verhältnissen muss ein Revisionsgrund, welcher zur Herabsetzung oder zur Aufhebung der Invalidenrente führt, somit aktenmässig zuverlässig ausgewiesen sein (BGer-Urteil 9C\_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 3.1.2).

4.3 Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) ■ sei es aufgrund eines objektiv geminderten Schweregrads desselben Leidens, sei es aufgrund verbesserter Leidensanpassung der versicherten Person ■ nicht aus. Ob eine derartige tatsächliche Änderung oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands vorliegt, bedarf ■ auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person ■ einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, wobei die blossе Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art nicht genügt (BGer-Urteil 8C\_666/2013 vom 25. März 2014 E. 2.3).

4.4 Zur Ermittlung der Revisionsvoraussetzungen ist grundsätzlich der Sachverhalt der ursprünglichen Rentenverfügung mit den aktuellen Verhältnissen im Zeitpunkt der Neubeurteilung zu vergleichen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet rechtsprechungsgemäss die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

## **E. 5**

5.1 Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweismwürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 Rechtsanspruchs 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

5.2 Es ist Aufgabe der Ärztin oder des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person im Hinblick auf ihre persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132V 93E. 4).

5.3 Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich gemacht werden. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärztinnen und -Ärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4).

## **E. 6**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt vom 10. Mai 2022 (rentenaufhebende Verfügung) im Vergleich zu demjenigen vom 6. Mai 2015 (rentenzusprechende Verfügung) in rentenbeeinflussender Weise verändert hat und welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer (noch) zugemutet werden können.

6.1 Beim Beschwerdeführer besteht seit 2013 ein Thymom im Stadium II nach Masoaka, was regelmässige Behandlungen zur Folge hatte. Auch im Zeitraum vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung kam es zu einer Tumorrezidiv-Behandlung. Dem Austrittsbericht des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 17. Januar 2015 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer zur thorakospischen Biopsiegewinnung am 14. Januar 2015 operiert worden sei. Dabei seien pleurale Metastasen festgestellt worden. Von Februar bis April 2015 fand eine neoadjuvante Chemotherapie am Spital B. \_\_\_\_\_ statt. Im Juni 2015 folgte eine Resektion des Rezidivs mit linksseitiger Pleuropneumonektomie und radikaler mediastinaler Lymphadenektomie.

### **E. 6.2**

6.2.1 Die behandelnde Hausärztin Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, führte am 15. Juli 2019 aus, in den letzten Jahren sei von keiner wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen. Sitzende Tätigkeiten seien ihm seit Januar 2013 nicht mehr zumutbar, womit die Restarbeitsfähigkeit maximal 10 % betrage. Aufgrund der Schmerzen im Thoraxbereich sei durch medizinische Massnahmen keine Arbeitsfähigkeitssteigerung möglich.

6.2.2 Am 29. Juli 2019 ersuchte die Beschwerdegegnerin bei der Abteilung Thoraxchirurgie des Spitals B. \_\_\_\_\_ um die Beantwortung verschiedener Fragen. Prof. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ leitender Arzt für Gefäss- und Thoraxchirurgie, hielt im Arztbericht vom 26. September 2019 fest, dass sich der klinische Zustand des Beschwerdeführers in der Zeit seit 2015 deutlich verbessert habe. Körperlich leichte und sitzende Tätigkeiten seien ihm derzeit sicherlich zuzumuten. Seit wann dies der Fall sei, könne er nicht sicher beantworten. Diesbezüglich erscheine es sinnvoll, bei der Hausärztin nachzufragen.

6.3 Am 27. Oktober 2020 wurde der Beschwerdeführer durch die Neurologie Toggenburg AG polydisziplinär begutachtet.

6.3.1 Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte am 13. November 2020 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisch lumbo-vertebrales, chronisch cerviko-vertebrales und chronisches Postthoraktomie Schmerzsyndrom links. Daneben stellte er eine ausgedehnte Suprascapularis- und Supraspinatussehnen-Ruptur rechts fest. Die objektivierbaren degenerativen Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie die Postthoraktomie-Beschwerden seien geeignet, beim Beschwerdeführer die statische und dynamische Belastbarkeit des Rumpfes sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht einzuschränken. Spätestens seit der zweiten Operation an der Lendenwirbelsäule vom 5. März 2013 würden die tätigkeitsspezifischen Belastbarkeitsanforderungen die beim Beschwerdeführer verbliebenen körperlichen Ressourcen deutlich übersteigen, weshalb seit diesem Zeitpunkt eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von 100 % in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als [ ] bestehe. Zumutbar seien ihm leichte, selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten. Dies unter der Voraussetzung, dass die qualitativen Einschränkungen in Bezug auf Zwangshaltungen, statische und dynamische Belastungen und hinsichtlich der Exposition gegenüber Vibrationen eingehalten würden. Aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2015 nicht verbessert.

6.3.2 Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, verfasste das psychiatrische Teilgutachten. Darin stellte er lediglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, namentlich eine Agoraphobie (ICD-10 F40.0), ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) sowie ein Verdacht auf Legasthenie bei Verdacht auf Lernbehinderung. Seit 2015 sei keine Verbesserung eingetreten und es bleibe unklar, ob die agoraphobische Symptomatik bereits 2015 vorgelegen habe. Der schädliche Gebrauch von Alkohol habe bereits 2015 bestanden.

6.3.3 Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte im internistischen Teilgutachten ein Thymom im Stadium II nach Masoaka ED 07/2013. Den schädlichen Alkoholkonsum, die arterielle Hypertonie und das Übergewicht ordne er den internistischen Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. Aufgrund des thorakalen Tumorleidens und seiner Behandlungsfolgen

sei für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten keine Leistungsfähigkeit mehr gegeben. Dementsprechend bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als [ ]. Als angepasste Tätigkeiten seien ihm körperlich sehr leichte bis leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten bis maximal zehn Kilogramm zumutbar. In einer solchen sei eine Präsenz von acht bis neun Stunden mit einer Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund eines leicht erhöhten Pausenbedarfs und eines leicht verminderten Arbeitstempos möglich. Daraus ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Überwiegend wahrscheinlich bestehe retrospektiv seit September 2015 nach Behandlung des Tumorrezidives durch neoadjuvante Chemotherapie, thoraxchirurgische Rezidivsektion mit Pleuropneumektomie und mediastinaler Lymphadenektomie ein weitgehend stabiler Gesundheitszustand.

6.3.4 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als [ ] aus allgemeininternistischer und rheumatologischer Seite seit dem 5. März 2013 zu 100 % arbeitsunfähig.

Psychiatrischerseits bestehe weder für eine angepasste noch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe allgemein-internistisch noch eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Seit September 2015 bestehe internistisch ein weitgehend stabiler Gesundheitszustand. Aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht seien keine Verbesserungen eingetreten. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand seit 2015 nicht verbessert.

6.3.5 Die Gutachter hielten am 3. Februar 2021 ergänzend fest, bei der Konsensabfassung sei in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit seit September 2015 ein Fehler unterlaufen. Die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe tatsächlich seit September 2015. Von Februar bis und mit Juni 2015 habe sich der Beschwerdeführer einer Tumorrezidiv-Behandlung mit neoadjuvanter Chemotherapie unterzogen, wobei von einer dreimonatigen Rekonvaleszenz nach dieser eingreifenden und umfassenden Behandlung auszugehen sei. Im September 2015 könne von einem gegenüber Januar 2015 verbesserten und seither überwiegend stabilen Gesundheitszustand ausgegangen werden. Auch der Bericht von Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ nehme auf diese Behandlung im Jahr 2015 Bezug, welche eine Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Situation vor der Behandlung ermöglicht habe.

## **E. 6.4**

6.4.1 Im Bericht vom 11. November 2021 stellte Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ ein erneutes Rezidiv des Thymoms fest. Vom 17. Dezember 2021 bis am 23. Dezember 2021 wurde der Beschwerdeführer zur Resektion der Tumorrezidive im Bereich der linken Thoraxwand und der Bauchhöhle sodann am Spital B. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss dem Austrittsbericht vom 22. Dezember 2021 hätten sich intraoperativ sechs Rezidivherde (ohne histologischen Malignitätsnachweis) gezeigt. Am 23. Dezember 2021 sei der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

6.4.2 In der Stellungnahme vom 20. Januar 2022 hielt pract. med. H. \_\_\_\_\_ fest, dass die Operation vom Dezember 2021 nicht zu neuen, bisher unberücksichtigten, dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen geführt habe. Zwar sei bis zum Abschluss der postoperativen Heilungs- und Erholungsphase eine erneute Arbeitsunfähigkeit von 100 % für einen begrenzten Zeitraum (drei bis sechs Monate) plausibel. Danach könne aus arbeitsmedizinischer Hinsicht aber wieder von der gutachterlich festgelegten

Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden.

6.4.3 Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik für Chirurgie vom 17. Mai 2022 befand sich der Beschwerdeführer zur Kyroablation einer Läsion im 7. ICR links vom 28. April 2022 bis am 29. April 2022 erneut im Spital B. \_\_\_\_\_.

6.5 Am 1. Juni 2022 wiederholte Prof. Dr. D. \_\_\_\_\_ den Verlauf der Krankengeschichte im Zusammenhang mit dem im Jahr 2013 erstdiagnostizierten Thymom und wies auf die regelmässig wiederauftretenden Tumorrezidive hin. Im Jahresverlauf sei mit der Notwendigkeit weiterer Tumorbehandlungen zu rechnen. Zudem seien bei dem vergleichsweise jungen Patienten auch grössere chirurgische Folgeeingriffe nicht auszuschliessen. Überdies äusserte er Zweifel an der Aktualität des polydisziplinären Gutachtens und forderte, dass die Beurteilung an die aktuelle Situation des Beschwerdeführers mit mehreren Folgeinterventionen angepasst werde.

6.6 Dem Bericht von Dr. phil. I. \_\_\_\_\_ und med. pract. J. \_\_\_\_\_ vom 20. September 2022 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 31. Mai 2022 der Beratungs- und Therapiestelle K. \_\_\_\_\_ zugewiesen worden sei. Dabei seien eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.2), eine Störung durch Alkohol/Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F 10.2) sowie eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F 43.22) diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer sei vom 8. August bis am 11. August 2022 wegen akuter Alkoholintoxikation notfallmässig nach [ ] eingewiesen worden. Zur Stabilisierung der Situation und für einen Alkoholentzug sei ab dem 26. September 2022 ein stationärer Eintritt in das Spital L. \_\_\_\_\_ vorgesehen.

6.7 Pract. med. H. \_\_\_\_\_ hielt am 29. September 2022 fest, dass eine gewisse Diskrepanz zwischen der Notwendigkeit einer notfallmässigen stationären Behandlung und den Ausführungen des Spitals B. \_\_\_\_\_ bestünde. Im Bericht betreffend die ambulante Vorstellung vom 11. August 2022 sei von einem guten Allgemeinzustand die Rede gewesen. Dennoch müsse ab August 2022 von einer neuen gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ausgegangen werden, die wahrscheinlich zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch in einer angepassten Tätigkeit führe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht dränge sich deshalb ein Fallabschluss per August 2022 auf. Aufgrund des instabilen Gesundheitszustands könne derzeit keine Prognose zur weiteren Entwicklung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt abgegeben werden.

## **E. 7**

7.1 In zeitlicher Hinsicht ist zunächst zu klären, ob und inwieweit diejenigen ärztlichen Berichte zu berücksichtigen sind, die nach Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Mai 2022 ergangen sind, wobei grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt hat. Später eingereichte Arztberichte können dabei ausnahmsweise berücksichtigt werden, soweit sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung erlauben (BGE 130 V 138 E. 2.1; 121 V 362 E. 1b).

7.2 Die Berichte des Spitals B. \_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2022, vom 1. Juni 2022 und vom 11. August 2022 wurden nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung eingereicht. Sie beziehen sich auf die Behandlung des seit Jahren bekannten Thymoms und stehen damit im Zusammenhang mit einem vorbestehenden Leiden. Da die Berichte Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt zulassen, sind sie im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen (vgl. auch das Urteil des

Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2009/272 vom 5. Dezember 2011 E. 3).

7.3 Anders verhält es sich mit dem Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ und med. pract. J. \_\_\_\_\_ vom 20. September 2022 bzw. den darin gestellten psychiatrischen Diagnosen. Zwar wird darin festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit 30 Jahren an depressiven Episoden leide. In den im Verfügungszeitpunkt vorhandenen Akten lassen sich jedoch keine Anhaltspunkte für eine rezidivierende depressive Störung finden. Vielmehr verneinte Dr. F. \_\_\_\_\_ im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung das Vorliegen einer depressiven Störung. Auch die Anpassungsstörung (mit Angst und depressiver Reaktion gemischt) ist bis am 10. Mai 2022 nicht aktenkundig. Der Beschwerdeführer gelangte erst am 31. Mai 2022 (und damit nach Verfügungserlass) an die Beratungs- und Therapiestelle K. \_\_\_\_\_. Vor diesem Zeitpunkt sind keine Hinweise auf eine fachärztliche psychiatrische Behandlung ersichtlich. Der Bericht von Dr. I. \_\_\_\_\_ und med. pract. J. \_\_\_\_\_ vom 20. September 2022, in welchem aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgegangen wird, hat im vorliegenden Verfahren deshalb unberücksichtigt zu bleiben.

## **E. 8**

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Entscheidung hauptsächlich auf das Gutachten der Neurologie Toggenburg AG, weshalb zu prüfen ist, ob darauf abgestellt werden kann bzw. diesem erhöhter Beweiswert zukommt.

### **E. 8.2**

8.2.1 In Bezug auf den Einwand des Beschwerdeführers, wonach Dr. E. \_\_\_\_\_ sowohl als RAD-Arzt als auch als Gutachter mit seinem Fall befasst gewesen sei, wurde bereits in der Präsidialverfügung vom 6. Juli 2022 darauf hingewiesen, dass verfahrensrechtliche Mängel aufgrund des Grundsatzes von Treu und Glauben und des Rechtsmissbrauchsverbots so früh wie möglich vorgebracht werden müssen. Wer sich auf ein Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (BGer-Urteil 8C\_909/2018 vom 26. Juni 2018 E. 5.2).

8.2.2 Die Beschwerdegegnerin gab dem Beschwerdeführer die begutachtenden Ärzte bereits am 4. Februar 2020 bekannt, wobei sie auch Dr. E. \_\_\_\_\_ ausdrücklich als Gutachter nannte. Dagegen hat der Beschwerdeführer keine Einwendungen erhoben, obwohl er von der Beschwerdegegnerin im vorerwähnten Schreiben ausdrücklich auf diese Möglichkeit hingewiesen wurde. Sodann wurden dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf dessen Verlangen hin am 3. September 2021 die Akten zugestellt. Daraus war ohne Weiteres erkennbar, dass Dr. E. \_\_\_\_\_ sowohl als RAD-Arzt als auch als Gutachter tätig war. Im Einwandverfahren wurde dies vom nunmehr anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer aber nicht bemängelt. Vielmehr verzichtete er stattdessen sogar darauf, den nur vorsorglich erhobenen Einwand weiter zu begründen. Indem die Einwendungen gegen Dr. E. \_\_\_\_\_ als Gutachter erst im Beschwerdeverfahren erhoben wurden, können diese nun nicht als bei erster Gelegenheit gerügt gelten. Dies nicht zuletzt deshalb, weil der Beschwerdeführer seit dem 27. August 2021 anwaltlich vertreten war. Die Rüge der Vorbefassung erfolgte damit verspätet.

### **E. 8.3**

8.3.1 Bei der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers möglicherweise verbessert habe, handelt es sich in erster Linie um eine medizinische Fragestellung, weshalb an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen sind. Namentlich wird verlangt, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit den massgeblichen Fragestellungen auseinandersetzen (vgl. dazu BGE 139 V 547 E. 10.2; BGer-Urteil 8C\_505/2013 vom 8. Januar 2014 E. 4.2). Wie lange ein Gutachten aktuell ist, lässt sich nicht abstrakt beziffern, sondern ist anhand der Umstände des Einzelfalls zu bestimmen, wobei der Dynamik des Gesundheitszustands des Betroffenen angemessen Rechnung zu tragen ist.

8.3.2 Der Beschwerdeführer wurde am 27. Oktober 2020 durch die Neurologie Toggenburg AG begutachtet. Die Rentenaufhebung erfolgte am 10. Mai 2022 und damit mehr als eineinhalb Jahre später. Angesichts der Instabilität des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, sind vorliegend erhöhte Anforderungen an die Aktualität des Gutachtens zu stellen. Dies hat gerade vor dem Hintergrund, dass seit der Untersuchung des Beschwerdeführers durch die Gutachter im Jahr 2020 mehrere Spitalaufenthalte erforderlich waren, zu gelten. So fand im Dezember 2021 ein ausgedehnter chirurgischer Eingriff zur Tumorsektion statt. Auch im April 2022 kam es zu einer erneuten Hospitalisation. Die Auswirkungen dieser jüngsten Eingriffe auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers konnten im polydisziplinären Gutachten noch nicht berücksichtigt werden. Mit Blick auf die Komplexität der Krankheitsgeschichte und die mit jedem zusätzlichen Eingriff potentiell zunehmende Belastung, ist ungewiss, ob vorliegend noch von einer unveränderten gesundheitlichen Ausgangslage oder von einem verbesserten Gesundheitszustand seit Rentenzusprache gesprochen werden kann. Deshalb erweist sich eine aktuellere Einschätzung als unumgänglich.

8.4 Selbst wenn von einer hinreichenden Aktualität des Gutachtens ausgegangen würde, ist fraglich, ob sich die Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers daraus rechtsgenügend ergibt. In Bezug auf die von der Beschwerdegegnerin gestellte Frage, ob eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 2015 eingetreten sei, äussern sich die Gutachter nämlich nicht genügend deutlich und teilweise sogar widersprüchlich. Dr. G.\_\_\_\_\_ verneinte im internistischen Teilgutachten zunächst eine Verbesserung des Gesundheitszustands und spricht von einem seit September 2015 weitgehend stabilen Gesundheitszustand nach der Tumorzidivbehandlung. Auch im rheumatologischen Teilgutachten verneinte Dr. E.\_\_\_\_\_ eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit 2015. Erst im Rahmen der Rückfragen der Beschwerdegegnerin wird präzisiert, dass die umfassende und tiefgreifende Tumorzidivbehandlung von Februar bis Juni 2015 zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands gegenüber Januar 2015 geführt habe. Dieser lediglich pauschalen Feststellung der Gutachter fehlt es aber an einer vertieften Auseinandersetzung. Insbesondere wird die Frage, inwiefern sich der Gesundheitszustand vor und nach der Behandlung im Jahr 2015 unterscheidet, nicht beantwortet. Damit kann auch nicht beurteilt werden, ob es sich bei den gutachterlichen Ausführungen nur um eine andere Würdigung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts oder um eine tatsächliche Verbesserung des Gesundheitszustands handelt. Diese Aspekte sind im Rahmen einer vorliegend angezeigten Neuabklärung ebenso zu berücksichtigen, wie die Prüfung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit.

9.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn ein Administrativgutachten in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Eine Rückweisung an die Vorinstanz bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1 ff.).

9.2 Die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung rechtsgenügend abzuklären. Sie hätte zusätzliche Abklärungen veranlassen müssen, nicht zuletzt, weil sich der Beschwerdeführer in einem instabilen Gesundheitszustand befindet und nach Erstattung des Gutachtens von erneuten Tumorbehandlungen berichtet wird. Hierbei genügt der lediglich pauschal gehaltene Hinweis des RAD, wonach aus den jeweiligen Behandlungen eine nur kurze Arbeitsunfähigkeit resultiere, nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu schliessen. Die zentrale Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügung in einer erheblichen Weise verändert hat, kann gestützt auf die vorhandenen Akten somit nicht ohne Weiteres beantwortet werden. Diese Unzulänglichkeiten lassen sich auch durch die weiteren im Recht liegenden ärztlichen Berichte nicht ausgleichen, da sich diese einerseits nur ungenügend mit den anderen ärztlichen Meinungen auseinandersetzen und sich andererseits nicht rechtsgenügend zur Resterwerbsfähigkeit äussern. Da es nicht Aufgabe des kantonalen Sozialversicherungsgerichts sein kann, im Verwaltungsverfahren versäumte Abklärungen zu veranlassen, hat die Beschwerdegegnerin neue Abklärungen vorzunehmen, um Klarheit über den massgebenden Gesundheitszustand zu erhalten. Mit Blick auf die vorliegenden Umstände erweist sich die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin somit als zulässig, nicht zuletzt weil der Beschwerdeführer selbst die Rückweisung der Sache beantragt.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. Mai 2022 ist aufzuheben und die Sache ist im Sinne der Erwägungen an diese zurückzuweisen.

### III.

#### 1.

Nach Art. 134 Abs. 1 lit. c VRG i.V.m. Art. 69 Abs. 1 bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Als Obsiegen gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen auch die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zum Neuentscheid an den Versicherungsträger (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. A., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 61 N. 224), weshalb die Gerichtskosten von pauschal Fr. 600.- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. Da die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind, ist das am 6. Juli 2022 bereits gutgeheissene Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos geworden abzuschreiben.

#### 2.

2.1 Der obsiegende und berufsmässig vertretene Beschwerdeführer hat gemäss Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf eine angemessene Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und vorliegend auf Fr. 1'800.- (inkl. Mehrwertsteuer) festzusetzen.

2.2 Das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung wurde ebenfalls bereits am 6. Juli 2022 gutgeheissen und ihm wurde in der Person von Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Dieser ist mit Fr. 1'800.- (inkl. Mehrwertsteuer und Auslagen) zu entschädigen. Daran anzurechnen ist die Parteientschädigung seitens der Beschwerdegegnerin in gleicher Höhe.

3.

Gegen diese Zwischenentscheidung steht die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten ans Bundesgericht nur nach Massgabe von Art. 93 Abs. 1 des Gesetzes über das Bundesgericht vom 17. Juni 2005 (BGG) offen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.