

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/401 vom 10. Dezember 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2013_401

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/401 du 10 décembre 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2013/401 del 10 dicembre 2015

Regeste

Art. 53 Abs. 2 ATSG: Wiedererwägung einer Verfügung wegen Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (unzureichende medizinische Abklärung). Abstellen auf ein medizinisches Gutachten und gestützt darauf Einstellung der Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Dezember 2015, IV 2013/401).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdegegnerin begründet die Aufhebung der Verfügung vom 10. Juni 2004 damit, dass der medizinische Sachverhalt vor ihrem Erlass nicht ausreichend abgeklärt worden sei. Sie macht hingegen nicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und damit einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) geltend. 1.2 Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die erstgenannte Voraussetzung meint, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Das Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache unvertretbar ist, weil sie aufgrund falscher oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder weil massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Zweifellos unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 138 V 328 E. 3.3, Urteile des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2014, 9C_146/2014, E. 4.3, mit weiteren Verweisen, und vom 29. November 2014, 8C_736/2014, E. 2.1, mit weiteren Verweisen, und vom 14. April 2009, 9C_1014/2008, E. 3.2.2).

E. 2

2.1 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a); in diesem Sinn trifft die Verwaltung grundsätzlich auch die Beweisführungslast. 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 (BGE 117 V 282 E. 4a).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

2.3 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten geht die Praxis davon aus, dass die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen; vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Die Schmerzangaben müssen also zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 130 V 399 E. 5.3.2 mit weiteren Verweisen). Sodann ist fachärztlich (durch einen Psychiater) zu beurteilen, ob Ressourcen vorhanden sind, mit welchen sich die Beschwerden überwinden lassen (Urteile des Bundesgerichts vom 27. Oktober 2010, 8C_420/2010 E. 4.3 und vom 26. März 2014, 9C_620/2013, E. 4.2).

E. 3

Umstritten ist, ob die ursprüngliche Rentenverfügung vom 10. Juni 2004 auf offensichtlich ungenügenden medizinischen Abklärungen beruht.

3.1 Prof. Dr. med. B.____, Arzt der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen, berichtete am 13. Februar 2003, der Beschwerdeführer zeige ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom L4 und L5 rechts. Ein radiologisches Korrelat lasse sich für diese Schmerzen nicht finden; dabei lag Prof. Dr. B.____ das MRI vom 7. Januar 2003 vor (IV-act. 10-9 f.). Die behandelnden Ärzte der Klinik Valens hielten am 20. März 2003 ebenfalls fest, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom. Klinisch seien aktuell keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Reizung zu erheben, obwohl in dem im Januar 2003 durchgeführten MR eine mögliche Nervenwurzelirritation der S1-Wurzel bestehe. Es bestünden mehrsegmentäre strukturelle Veränderungen im Sinne von Osteochondrosen und Diskushernien ohne Nervenwurzelkompression. Zusätzlich habe der Beschwerdeführer einen deutlichen Hinweis einer Selbstlimitierung im Schmerzverhalten gezeigt (IV-act. 10-5 f.). Während des Klinikaufenthalts wurden Belastbarkeitstests durchgeführt, wobei im Wesentlichen vermerkt wurde, dass sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage bzw. bereit gezeigt habe, die Aufgaben aussagekräftig auszuführen (IV-act. 10-15 f.). Im Austrittsbericht vom 18. Juni 2003 vermerkten die Ärzte, dass sich der Beschwerdeführer meist selbstlimitierend gezeigt habe, so dass durch die Therapien keine Verbesserungen zu

erzielen gewesen seien. Gemeinsam habe man sich für den vorzeitigen Austritt entschieden. Es wurde eine Arbeitsfähigkeit von 0 % vom 14. Mai 2003 bis 31. Mai 2003, mithin einzig für die Dauer des Klinikaufenthaltes, attestiert (IV-act. 10-11 f.). Im Arztbericht vom 1. September 2003 hielt Dr. C. ___ fest, als Maurer und in körperlich schweren Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. In rückschonenden Arbeiten, teils sitzend, teils stehend, wäre eine Besserung bzw. Erhöhung der Arbeitsfähigkeit wahrscheinlich bzw. möglich; es sollte eine Umschulung auf eine entsprechende Tätigkeit erfolgen. Eine rückschonende Arbeit sollte halbtags möglich sein. Ob dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, müsste zuerst ausprobiert werden. Der Beschwerdeführer sei halbtags mit voller Leistung bei entsprechend adaptierter Arbeit arbeitsfähig (IV-act. 10-1 ff.). Gestützt auf diese medizinischen Unterlagen ging die IV-Stelle von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 21).

3.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, Dr. C. ___ habe in seinem Arztbericht vom 1. September 2003 seine Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht nachvollziehbar begründet. Zudem sei er als Allgemeinmediziner nicht fachärztlich kompetent gewesen, die Arbeitsfähigkeit festzulegen. Weiter habe er vor allem auf Angaben des Beschwerdeführers abgestellt, was invalidenversicherungsrechtlich unzulässig sei. Die Arbeitsfähigkeit sei vielmehr aufgrund von objektiven Befunden zu bestimmen. Sodann sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung zugunsten ihrer Patienten aussagen. Bei der ursprünglichen Abklärung sei zudem übersehen worden, dass die Klinik Valens dem Beschwerdeführer nur für die Dauer seines Aufenthalts eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte. Es hätten demnach zwingend weitere medizinische Abklärungen erfolgen müssen. Ihre Verfügung vom 10. Juni 2004 sei demnach zweifellos unrichtig (IV-act. 113-2; act. G 4 S. 3 ff.). Der Beschwerdeführer bestreitet dies. Dr. C. ___ hätten Berichte der Klinik Valens und des Kantonsspitals St. Gallen vorgelegen, weshalb sich die Beschwerdegegnerin nicht auf seine fehlende fachärztliche Kompetenz berufen könne. Schon damals seien relevante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bzw. objektivierbare Befunde vorhanden gewesen, welche die Beschwerden - wenn auch möglicherweise nicht im gesamten Ausmass - zu erklären vermochten. Die Annahme einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit habe Dr. C. ___ abgeklärt und begründet. Seine Einschätzung habe nicht zweifellos gegen medizinische Fakten verstossen. Einwände gegen seine Beurteilung als Hausarzt hätte die Beschwerdegegnerin damals erheben sollen. Von einer Wiedererwägung sei bereits im Jahre 2008 abgesehen worden; bereits damals hätte erkannt werden müssen, dass die ursprüngliche Verfügung unrichtig sein soll. Die AEH habe den Beschwerdeführer im Jahre 2007 in einer zweitägigen Begutachtung abgeklärt. Sie habe festgestellt, dass sich die medizinische Sachlage seit 2003 nicht wesentlich (im Sinne einer Verbesserung) verändert habe und eine adaptierte Tätigkeit zu 70 % als zumutbar erachtet. Selbst wenn die Abklärung im Jahre 2003 ungenügend gewesen wäre, wäre dieser Mangel durch das Gutachten der AEH korrigiert worden. Die (trotz der höheren Arbeitsfähigkeit erfolgte) Bestätigung der Rente habe eine verstärkte Rechtssicherheit geschaffen. Auch seit der Begutachtung im Jahre 2008 - das korrekterweise als Referenzzeitpunkt zu betrachten sei - habe sich der medizinische Zustand nicht verändert, sodass lediglich eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts zur Diskussion stehe (act. G 1 S. 3 ff.; act. G 10 S. 2 ff., 7; vgl. auch IV-act. 11-2 ff. und IV-act. 89-2 f.).

3.3 Nach der anzuwendenden Rechtsprechung (E. 1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2014, 9C_146/2014, E. 4.3) ist für die Frage, ob eine Verfügung in

Wiedererwägung zu ziehen sei, massgebend, ob sie zum Zeitpunkt ihres Erlasses unter den damals geltenden Masstäben vertretbar war. In den Berichten des Kantonsspitals (IV-act. 10-9 f.) und der Klinik Valens (IV-act. 10-5 ff.; IV-act. 10-11 ff.) finden sich keine Schätzungen der Arbeitsfähigkeit. Dr. C.____ konnte sich somit zwar auf fachärztliche Befunde und Diagnosen, nicht aber auf eine fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützen. Er bezeichnete eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierten Tätigkeiten denn auch als „möglich“ bzw. „wahrscheinlich“ und liess eine Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausdrücklich offen (IV-act. 10-3 f.). Seine Schätzung war somit nicht abschliessend. Weiter hatte Prof. Dr. B.____ festgehalten, ein radiologisches Korrelat für die angegebenen Schmerzen sei nicht zu finden, und die Ärzte der Klinik Valens hatten berichtet, der Beschwerdeführer habe sich selbstlimitierend gezeigt. Aus diesen Gründen war der medizinische Sachverhalt offensichtlich unzureichend abgeklärt, als mit Verfügung vom 10. Juni 2004 eine ganze Rente zugesprochen wurde, und die ihr zugrundeliegende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit erscheint auch aus damaliger Sicht unvertretbar, zumal nicht erkennbar ist, dass und inwiefern der RAD die medizinischen Akten effektiv gewürdigt hätte (vgl. IV-act. 21 und 22).

3.4 Einer Wiedererwägung der ursprünglichen Verfügung steht sodann weder entgegen, dass mit dem späteren Gutachten der AEH vom 12. Juli 2007 der medizinische Sachverhalt weiter abgeklärt wurde, noch dass sie daraufhin am 9. April 2008 (IV-act. 62) bestätigt wurde. Dies ergibt sich aus der Massgeblichkeit der Verhältnisse im Zeitpunkt des Erlasses der ursprünglichen Verfügung. Hierzu hat das Bundesgericht in einem ähnlich gelagerten Fall festgehalten, die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung ergebe sich aus den ursprünglich (fehlenden) medizinischen Unterlagen (Urteil vom 19. Dezember 2014, 9C_146/2014, E. 4.4). Von einem Mangel behebenden Wirkung der Begutachtung durch die AEH kann schon deshalb nicht ausgegangen werden, weil die ursprüngliche Verfügung in Kenntnis des AEH-Gutachtens bestätigt und somit ihr Mangel nicht behoben, sondern weitergeführt wurde. Sodann führt die - selbst mehrmalige - revisionsweise Bestätigung einer Rente nicht dazu, dass erhöhte Anforderungen an die zweifellose Unrichtigkeit zu stellen wären (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Das Bundesgericht begründet diese Rechtsprechung damit, dass eine Wiedererwägung unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen für eine Revision zulässig sei (BGE 105 V 30 E. 1c). Dazu kommt, dass eine Wiedererwägung auch mehr als 10 Jahre nach Verfügungserlass noch in Betracht gezogen werden kann (BGE 140 V 514 ff.). Schliesslich kann der Beschwerdegegnerin die Bestätigung der ursprünglichen Verfügung auch deshalb nicht entgegengehalten werden, weil der RAD Vorbehalte gegenüber dem AEH-Gutachten geäussert hatte, eine Klärung durch Rückfrage mangels Relevanz damals aber unterlassen wurde (IV-act. 51, Stellungnahme vom 28. September 2007).

3.5 Eine erhebliche Bedeutung der Unrichtigkeit ist bei Dauerleistungen in der Regel gegeben (BGE 140 V 87 E. 4.4). Damit sind die Voraussetzungen für die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 10. Juni 2004 erfüllt.

E. 4

4.1 Zu beurteilen bleibt, ob der medizinische Sachverhalt eine rechtsgenügende Beurteilung des Gesundheitszustands für den Rentenanspruch ex nunc im Sinn der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, E. 6.1 mit Hinweis) erlaubt. Die angefochtene Verfügung stützt sich auf das ABI-Gutachten vom 28. Dezember 2011 (IV-act. 79), weshalb zu prüfen ist, ob auf dieses abgestellt werden kann.

4.2 Der RAD erachtete das Gutachten als beweistauglich. Es sei

in Kenntnis und unter Berücksichtigung aller Akten sowie nach persönlicher Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers erstellt worden. Es sei in sich widerspruchsfrei, die medizinischen Schlussfolgerungen seien medizinisch plausibel nachvollziehbar. Auf das Gutachten könne für die medizinisch-theoretische Beurteilung des Gesundheitsschadens und der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit voll abgestellt werden (IV-act. 81; Stellungnahme vom 14. Februar 2012).

4.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, die Untersuchungen durch das ABI seien oberflächlich erfolgt. Insbesondere habe die rheumatologische Untersuchung lediglich zehn bis 15 Minuten gedauert. Anamnestische Angaben seien unzulänglich erhoben bzw. den Akten entnommen und nicht erfragt worden. Es seien lediglich konventionelle Röntgenbilder, nicht aber ein MRI, welches zur Abklärung seiner Beschwerden erforderlich gewesen wäre, angefertigt worden. Das Gutachten genüge den rechtlichen Anforderungen nicht und sei daher nicht verwertbar (IV-act. 89-4 ff.; act. G 10 S. 2; IV-act. 111-1, 4 und IV-act. 89-4 f.). Die Einschätzung, er sei in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig, sei nicht nachvollziehbar (act. G 10 S. 6 f.).

4.4 Zur Dauer der Untersuchungen nahmen die begutachtende Rheumatologin und die ärztliche Leiterin des ABI am 15. November 2012 Stellung (IV-act. 96). Wie im Gutachten dokumentiert, hätten ausführliche internistische, rheumatologische und neurologische Untersuchungen stattgefunden. Die internistische Untersuchung habe mindestens eine Viertelstunde und die neurologische und rheumatologische Untersuchung hätten etwa 20 Minuten beansprucht. Neben dieser insgesamt mindestens eine halbe Stunde dauernden Untersuchung seien die Anamnesen erhoben und die eigene Zukunftsvorstellung des Beschwerdeführers erfragt worden. Dies alles sei in einer Viertelstunde nicht möglich. Bei völlig unauffälligem neurologischem Status habe keine Veranlassung für eine Kernspintomographie bestanden. Der RAD hielt dazu im Wesentlichen fest, die dokumentierten Befunde sprächen für ausführliche körperliche Untersuchungen. Da die Angaben des Beschwerdeführers notiert worden seien, sei nicht davon auszugehen und auch nicht üblich, dass Untersuchung und Anamneseerhebung gleichzeitig stattgefunden hätten. Die Zeitangaben seien zusammenzuzählen und nicht voneinander zu subtrahieren, woraus eine gesamte Untersuchungsdauer von rund einer Stunde resultiere (IV-act. 112-2; Stellungnahme vom 21. Juni 2013). Dass die körperliche Untersuchung und die Anamneseerhebung nicht gleichzeitig erfolgen konnten, erscheint plausibel, zumal beide Aufgaben seitens des Beschwerdeführers Antworten und seitens der untersuchenden Person fortlaufende Fragen und Aufzeichnungen erfordern. Auch wenn eine Untersuchungsdauer von gut einer Stunde für eine polydisziplinäre Begutachtung wohl knapp bemessen sein dürfte, lässt sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung allein daraus noch kein erheblicher Mangel am ABI-Gutachten begründen.

4.5 Was die Durchführung einer weiteren MRI-Untersuchung anbelangt, ist es grundsätzlich der Gutachterperson überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden. Aufgabe des Versicherers und des Sozialversicherungsgerichts ist es alsdann, das Gutachten bei der Beweiswürdigung u.a. darauf zu prüfen, ob es für die streitigen Belange umfassend ist und auf allseitigen Untersuchungen beruht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; Urteile des Bundesgerichts vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 4.2 und vom 23. Mai 2014, 8C_96/2014, E. 4.3). Der RAD befand hierzu, eine Indikation für eine Kernspintomographie bestehe nur bei Verdacht auf neurokompressiv wirksame Diskushernien, welcher nicht vorgelegen habe. Es sei zudem wissenschaftlich anerkannt, dass bildgebend festgestellte Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule per se noch keinen Krankheitswert besäßen (IV-act. 112-2; Stellungnahme

vom 21. Juni 2013). Der begutachtenden Rheumatologin hat der Bericht über das MRI vom 7. Januar 2003 vorgelegen (IV-act. 111-5; IV-act. 79-13). Darin wird unter anderem eine kleinvolumige Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 ohne Verlagerung erwähnt. Die begutachtende Rheumatologin stellte weder bei der HWS- noch bei der LWS-Funktionsprüfung eine Provokation einer radikulären oder pseudoradikulären Symptomatik fest. Sie fand einzig eine leichte Wirbelsäulenfehlstatik mit einem Reizzustand der interspinösen Bandverbindungen L4-S1 und iliolumbal beidseits, hingegen keine Reflexausfälle oder Abschwächung der Kennmuskeln (IV-act. 79-13). Insoweit dürfte der Verzicht auf eine MRI-Untersuchung nicht zu beanstanden sein, wie die RAD-Ärzte in der Beurteilung vom 21. Juni 2013 festhalten (IV-act. 112-2).

4.6 Die Gutachter kamen zum Schluss, aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde seien dem Beschwerdeführer überwiegend schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines Hilfsmaurers in einem Zweimannbetrieb liege im Grenzbereich der körperlichen Belastbarkeit und sei in einem 50 %-Pensum zumutbar. Für mittelschwere bis gelegentlich schwere, wechselbelastende Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeits- und leistungsfähig und seit Dezember 2002 nie längerfristig eingeschränkt gewesen (IV-act. 79-14, 16). Ob die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Hilfsmaurer tatsächlich im Grenzbereich der körperlichen Belastbarkeit gelegen hat und noch zu 50% zumutbar wäre, mag mit Blick auf die dokumentierten Wirbelsäulenveränderungen und die in den Akten liegenden anderslautenden Beurteilungen fraglich sein, ist aber im vorliegenden Fall nicht von entscheidender Bedeutung. Wesentlich ist hier allein die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100% in einer angepassten Tätigkeit. Im Vergleich zum AEH-Gutachten ist zu bemerken, dass dieses dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht für sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten eine uneingeschränkte ganztägige Arbeitsfähigkeit attestierte (IV-act. 50-6). Interdisziplinär wurde aufgrund der psychiatrischen Beeinträchtigung (Schmerzverarbeitungsstörung) und wegen notwendiger Kurzpausen eine Leistungsminderung von 30 % angenommen (IV-act. 50-6), welche, wie auch der RAD feststellte, nicht hinreichend begründet wurde (IV-act. 51). Das psychiatrische Teilgutachten des ABI hält zum AEH-Gutachten fest, rückwirkend könne aufgrund einer damals gutachterlich diagnostizierten Symptomausweitung ohne deutliche psychische Komorbidität keine Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden (IV-act. 79-11). Die rheumatologische Gutachterin des ABI führt zum AEH-Gutachten aus, die damalige und die aktuelle Untersuchung hätten lediglich leichte degenerative Veränderungen im Lumbalbereich ohne sensomotorische Defizite oder Reflexausfälle gezeigt. Diese würden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen (IV-act. 79-14 f.). Insgesamt wird die damals angenommene Einschränkung schlüssig und nachvollziehbar als nicht ausreichend begründet beurteilt.

4.7 Insgesamt beruht das Gutachten des ABI vom 28. Dezember 2011 nach dem Gesagten auf den massgeblichen Akten und auf ausreichenden Untersuchungen. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geschilderten gesundheitlichen Einschränkungen und ist in sich widerspruchsfrei, schlüssig und nachvollziehbar. Es ist daher grundsätzlich darauf abzustellen und von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in rückenadaptierten Tätigkeiten auszugehen.

4.8 Der vom Beschwerdeführer nachträglich ins Recht gelegte Bericht über das MR LWS und ISG vom 25. September 2012 (IV-act. 111-6) vermag daran nichts zu ändern. Der RAD hält in der Stellungnahme vom 21. Juni 2013 nachvollziehbar fest, dass auch darin keine neurokompressiv wirksame Diskushernie beschrieben werde. Es seien darüber hinaus allein die in der klinischen Untersuchung objektivierbaren Funktionseinschränkungen für

die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit massgebend (IV-act. 112-2). Dass sich in dieser Hinsicht seit der Begutachtung eine Änderung ergeben hätte, geht aus den Akten nicht hervor. Damit bleibt es bei der Einschätzung des ABI-Gutachtens.

E. 5

Nachdem es um die Wiedererwägung der ursprünglichen Rentenverfügung geht, kann auf die damaligen Einkommensverhältnisse abgestellt werden. Es ist nämlich nicht anzunehmen, dass sich die mutmasslichen Einkommen unterschiedlich entwickelt hätten. Das Valideneinkommen betrug per 2003 Fr. 78'000.-- (13 x Fr. 6'000.--; act. 14-2). Das Invalideneinkommen ist ausgehend vom durchschnittlichen Tabellenlohn mit Anforderungsniveau 4, Männer, auf Fr. 57'745.-- (Lohnentwicklung, IV, Gesetze und Verordnungen, Ausgabe 2006, Anhang 2) festzusetzen. Da der Beschwerdeführer vollzeitlich und selbst für gelegentlich schwerere Tätigkeiten arbeitsfähig ist, inzwischen aber aufgrund des Rentenbezugs seit langem vom Arbeitsmarkt und seinen Anforderungen entfernt war, rechtfertigt sich ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10 %. Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 33 % (Fr. 78'000.-- - [0,9 x Fr. 57'745.--] : Fr. 78'000.-- x 100). Damit entfällt in jedem Fall ein Rentenanspruch.

E. 6

6.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 6.2 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem unterliegenden Beschwerdeführer sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist er von der Bezahlung zu befreien. 6.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 6.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Der Beschwerdeführer wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).