

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/160 vom 22. Juli 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-07-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_160

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/160 du 22 juillet 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/160 del 22 luglio 2019

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG; Revisionsweise Überprüfung einer Invalidenrente. Erforderlichkeit der Prüfung von zumutbaren Eingliederungsmassnahmen, wenn wie vorliegend eine Absenz vom Arbeitsmarkt von 15 Jahren besteht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juli 2019, IV 2017/160).

Volltext

Entscheid vom 22. Juli 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers (Vorsitz) und Christiane Gallati Schneider, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Jakob Geschäftsnr. IV 2017/160 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsagent Edwin Bigger, RGB Consulting, Sonnenbühlstrasse 3, 9200 Gossau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Einstellung) Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 27. August 2002 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. In der Anmeldung erklärte er, an Depression, Diabetes, Blutdruckproblemen, Schmerzen und Hormonproblemen zu leiden (IV-act. 1). Im Arztbericht vom 16. September 2002 diagnostizierte Dr. med. B.____, Allgemeiner Arzt und Beinleiden, unklaren Schwindel, Schwächegefühle und psychische Probleme, wahrscheinlich akute Depression. Er ging von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 13-1 ff.). Im Arztbericht der Psychiatrischen Klinik C.____ vom 24. November 2002 wurden als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F 45.0) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z 60.3) diagnostiziert; ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Diabetes mellitus. Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Mai 2001 gegeben. In einer angepassten Tätigkeit als Hilfsarbeiter bestehe eine um mindestens 70% verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 15). Mit Verfügungen vom 6. Mai und 6. Juni 2003 sprach die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze Invalidenrente, eine Ehegatten-Zusatzrente sowie drei Kinderrenten ab 1. Mai 2002 zu (IV-act. 27 ff., vgl. IV-act. 16 ff.). Gestützt auf den vom Versicherten am 19. März 2004 ausgefüllten Fragebogen zur Revision der Invalidenrente (vgl. IV-act. 31) sowie den Arztbericht von Dr. B.____ vom 13. April 2004 (vgl. IV-act. 33: Die geklagten Beschwerden [Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, Schlaflosigkeit] seien wahrscheinlich auf die psychosomatischen Beschwerden sowie die Depression zurückzuführen; es bestehe eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 20. April 2004 mit, es sei bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden, weshalb weiterhin ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe (IV-act. 34). Mit Schreiben vom 9. Juni 2008 informierte eine Patientenschutzorganisation die

IV-Stelle darüber, dass beim Versicherten aufgrund einer genetischen Untersuchung die Diagnose familiäres Mittelmeerfieber erhoben worden sei (IV-act. 44, vgl. IV-act. 46). Im Jahr 2009 erfolgte die nächste revisionsweise Überprüfung der Invalidenrente. Der Versicherte machte bezüglich seines Gesundheitszustands eine Verschlechterung des Zustands der inneren Organe geltend. Er sei tagsüber und nachts auf andauernde Pflege und persönliche Überwachung angewiesen (IV-act. 47). Im Arztbericht vom 2. Juli 2009 erklärte Dr. med. D.____, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär. Dem Bericht legte Dr. D.____ Arztberichte des Kantonsspitals St. Gallen (nachfolgend: KSSG) vom 1. Februar 2007 (IV-act. 20 ff.), 19. März 2007 (IV-act. 25 ff.), 19. September 2007 (IV-act. 50-32 ff.), 6. Dezember 2007 (IV-act. 50-40 ff.), 2. Juni 2008 (IV-act. 50-18 f.), 13. Februar 2009 (IV-act. 50-14 ff.) und 24. März 2009 (IV-act. 50-5 ff.) sowie von der Klinik E.____ vom 13. Februar 2009 (IV-act. 14 ff.) bei. In den genannten Berichten wurden u.a. diagnostiziert ein familiäres Mittelmeerfieber, eine mittelgradige depressive Episode, ein Schlaf-Apnoe-Syndrom, rezidivierende Hypoglykämien unklarer Ätiologie, eine Nebenniereninsuffizienz unklarer Ätiologie, eine Dyslipidämie und Ganzkörper-Muskelschmerzen unklarer Ätiologie. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Gestützt auf die eingeholten Berichte teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 1. Dezember 2009 mit, dass er weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe (IV-act. 53, vgl. IV-act. 52). Wegen einer im Jahr 2010 bei einem Sturz erlittenen Fraktur wurde der Versicherte im Juni 2012 an der Wirbelsäule operiert (Korporektomie LWK1 und XLIF Th 11/12 bei posttraumatischer Hyperkyphose des thorakolumbalen Überganges; IV-act. 104). Am 19. November 2013 entschied die IV-Stelle gestützt auf die Krankheitsgeschichte und im Besonderen aufgrund der erhobenen Diagnosen nicht von einem rein syndromalen Leiden auszugehen, weshalb eine weitere Prüfung im Rahmen der IVG-Revision 6a nicht angezeigt sei (vgl. IV-act. 58). Am 2. Januar 2014 erklärte der Versicherte im Fragebogen Revision Invalidenrente/Hilflosenentschädigung, dass sich sein Gesundheitszustand hinsichtlich des Rückens und der Zuckerkrankheit verschlechtert habe. Beim Einkauf und im Haushalt sei er auf Unterstützung angewiesen (IV-act. 59). Im Arztbericht vom 28. Januar 2014 erklärte Dr. D.____, dass der Gesundheitszustand des Versicherten stationär sei und ihm auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar seien (IV-act. 62). Am 21. Februar 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, es habe bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine relevante Änderung festgestellt werden können, weshalb er weiterhin Anspruch auf eine ganze IV-Rente habe (IV-act. 64, vgl. IV-act. 63). Am 23. Juni 2015 entschied die IV-Stelle, eine weitere Rentenrevision einzuleiten (IV-act. 66). Sie stellte dem Versicherten einen Fragebogen mit Zusatzfragen zu den Auswirkungen der Einschränkungen auf den privaten und beruflichen Alltag zu, welchen der Versicherte am 10. Juli 2015 ausgefüllt retournierte. Darin erklärte er, dass sein Gesundheitszustand gleichgeblieben sei. Im Arztbericht vom 9./19. September 2015 diagnostizierte Dr. med. F.____, prakt. Arzt FMH, als Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Diabetes mellitus insulinresistent (Erstdiagnose [ED] 2009), ein metabolisches Syndrom bei Adipositas (BMI 31.3) ED 07/2001, ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom mittelschwer ED 12/2005 und ein chronisches Schmerzsyndrom (ED 2005, F32.1G). Die Frage, ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, verneinte der Arzt (IV-act. 77). In der Stellungnahme vom 20. Januar 2016 erklärte der RAD, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (25. Februar 2010, vgl. IV-act. 81-3) verändert habe. Es bestehe nur

noch ein chronisches Schmerzsyndrom. Der RAD erachtete eine polydisziplinäre Abklärung (Innere Medizin mit Pneumologie, Psychiatrie, Rheumatologie und Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) als angezeigt (vgl. IV-act. 81). Daraufhin beauftragte die IV-Stelle die MEDAS Bern mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (IV-act. 83). Die spezialärztlichen Untersuchungen fanden an sechs Tagen im August/September 2016 statt (IV-act. 86). Das interdisziplinäre Gutachten datiert vom 10. Januar 2017 (IV-act. 87). Die orthopädische Untersuchung wurde von Dr. med. G.____, die psychiatrische Untersuchung von Dr. med. H.____, die allgemein medizinische Untersuchung von Dr. med. I.____, die pneumologische Untersuchung von Dr. med. J.____ und die EFL von PD Dr. med. K.____ durchgeführt. Zusammenfassend aus allen Fachgebieten wurden folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt: chronisches Schmerzsyndrom belastungsabhängig dorso-lumbal und im Bereich der oberen und unteren Extremitäten, multifaktorielle Genese; DD: im Rahmen einer "Small-fiber-Erkrankung" bei familiärem Mittelmeerfieber bei Status nach Wirbelkörperfraktur 2011 mit Status nach perkutaner Instrumentierung Th11 bis L2 und Korporektomie L1 und XLIF Th 11/12 mit Mikrothoraktomie am 12.01.2012 mit guter knöcherner Konsolidierung und Stabilisierung. In psychiatrischer Hinsicht wurden keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit wie auch für Verweistätigkeiten erhoben. Der Psychiater führte aus, dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit von Anfang an gelte, auch retrospektiv. Um eine bessere Verarbeitung der vorhandenen Defizite durch die Schmerzen zu erzielen, empfahl er jedoch eine psychiatrische/psychotherapeutische Betreuung und eventuell die Teilnahme an Entspannungsübungen. Im Weiteren wurde ausgeführt, dass der Versicherte aus allgemein-internistischer Sicht für alle Tätigkeiten geeignet sei, welche einer gesunden Person gleichen Alters zumutbar seien, ausser Nacht- und Schichtarbeit und berufsmässiges Lenken von Fahrzeugen sowie bei interkurrenten Schüben des "Familiären Mittelmeerfiebers". In orthopädischer Hinsicht wurde erklärt, dass der Versicherte in der Lage sei, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 12 kg in rückenschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen und ohne Zeitdruck mit kleinen Erholungsphasen für Gymnastik zu verrichten. Das Tragen von Gewichten über 12 kg, ausserhalb des Körperlotes, ständige Zwangshaltungen, häufige Vibrationen sowie ruckartige plötzliche Bewegungsausschläge und verstärktes Rumpfneigen sowie Rotationen könnten glaubhaft nicht mehr im vollen Masse toleriert werden. Der Versicherte sollte keiner Kälte- sowie Nässeexposition und Zugluft ausgesetzt werden. Nicht nachvollziehbar seien die angegebenen Funktionseinschränkungen und die verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule, die von orthopädischer Seite im beschriebenen Masse nicht hätten objektiviert werden können. Anhand des orthopädischen Befunds seien die früheren Tätigkeiten mit Ausnahme der postoperativ notwendigen Arbeitsunfähigkeiten weiterhin auch rückwirkend zu 80% möglich, nachdem sich postoperativ eine gute Konsolidierung des orthopädischen Befunds eingestellt habe. In einer Verweistätigkeit bestünden keine wesentlichen Einschränkungen, wobei die angegebenen Einschränkungen des Versicherten beachtet werden sollten. Aus pneumologischer Sicht sollten Tätigkeiten im Wechsel zwischen warmem und kaltem Klima vermieden werden. Auch sollten keine Tätigkeiten mit Wechsel zwischen Tag- und Nachtarbeit ausgeführt werden. Infolge der pulmonalen Erkrankung gebe es keine Einschränkungen. Die EFL habe ergeben, dass die angestammte Tätigkeit als Schweisser nicht mehr zumutbar sei. Leichte bis mittelschwere Arbeit sei

ganztags mit zusätzlichen Pausen von 2 Stunden vertretbar. Aktuell nur manchmal (insgesamt ca. ½ h bis 3 h) ausgeübt werden könnten vorgeneigte Positionen, Gehen, Arbeit über Schulterhöhe, Rotation im Sitzen. Es sei davon auszugehen, dass sich die aktuelle Belastbarkeit des Versicherten mit einem intensiven und spezifischen Training verbessern lasse. Interdisziplinär betrachtet sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit grundsätzlich ganztags zumutbar mit den genannten Einschränkungen. Es bestehe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 75%. Im Falle einer beruflichen Eingliederung wäre aufgrund der langen Abwesenheit und fehlenden Gewohnheit ein abgestufter Einstieg über 6 Monate notwendig, wahrscheinlich am ehesten im Rahmen eines Arbeitstrainings. Auch wenn bereits seit 1998 Myalgien und skeletale Beschwerden bestanden hätten, lasse sich retrospektiv keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in leidensangepasster Verweistätigkeit seit dem Jahr 2001 ableiten. Auch aus den damals berichteten psychischen Begleiterscheinungen, welche der Versicherte anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung detailliert geschildert habe, wäre die Arbeitsunfähigkeit von 100% keineswegs begründbar gewesen. Eine exakte retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht vornehmen. Für leidensangepasste Verweistätigkeiten habe durchgehend überwiegend wahrscheinlich eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit 75% Leistungsfähigkeit durch die zusätzlichen Pausen bestanden. In der Stellungnahme vom 26. Januar 2017 (IV-act. 88) erklärte der RAD, dass die früheren Diagnosen, die zur Zusprache einer ganzen Rente geführt hätten (vorrangig die Somatisierungsstörung), nicht zutreffend gewesen seien. Es müssten ein anderer medizinischer Sachverhalt und eine andere versicherungsmedizinische Bewertung vorgenommen werden. Die angegebene Schmerzsymptomatik finde teilweise eine Erklärung im familiären Mittelmeerfieber. Dies sei vom KSSG mit der klinischen Symptomatik als vereinbar bewertet worden. Auch wenn als Ursache der Schmerzen das familiäre Mittelmeerfieber eine Erklärung darstelle, so müsse doch stark an der Ausprägung dieser Beschwerden gezweifelt werden. Im Weiteren führte der RAD aus, dass davon ausgegangen werden müsse, dass in die frühere medizinische wie auch versicherungsmedizinische Bewertung versicherungsfremde psychosoziale und soziokulturelle Aspekte in unzulässiger Weise eingeflossen seien. Auch rückblickend sei deshalb mindestens in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich gewesen. Seit dem Unfallereignis 02/2010 sei zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 75% medizinisch zumutbar. Der Gesundheitszustand habe sich nach dem Unfall rentenrelevant verändert, weshalb die medizinischen Voraussetzungen für die Rentenrevision gegeben seien. Mit Vorbescheid vom 13. Februar 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass vorgesehen sei, die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufzuheben. Ausgehend von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ermittelte die IV-Stelle gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (Valideneinkommen: Fr. 66'453.-, Invalideneinkommen: Fr. 49'840.-) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 25% (IV-act. 91). Am 8. März 2017 erhob der Rechtsvertreter des Versicherten, Rechtsagent Edwin Bigger, Gossau, Einwand gegen den Vorbescheid vom 13. Februar 2017. Er beantragte von der in Aussicht genommenen verfügungsweisen Aufhebung der Invalidenrente abzusehen. Zur Begründung führte er insbesondere aus, dass die vorliegend massgebende Verfügung vom 6. Mai 2003 und nicht - wie von der IV-Stelle fälschlicherweise angenommen - vom 25. Februar 2010 stamme. Ein Revisionsgrund sei nicht gegeben, denn wie aus dem Gutachten vom 10. Januar 2017 ersichtlich sei, handle es

sich im Wesentlichen um den gleichen Sachverhalt wie zum Referenzzeitpunkt. So liege keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen persönlichen Situation vor (z.B. wesentliche Besserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes), lediglich die Beurteilung sei anders ausgefallen (andere Diagnosen, höhere Arbeitsfähigkeitsschätzungen). Im Weiteren wurde gerügt, dass ohne Anlass nur sechzehn Monate nach der letzten Bestätigung der Rente wieder eine Rentenüberprüfung eingeleitet worden sei (IV-act. 95). Eingereicht wurden weitere Arztberichte u.a. vom KSSG vom 19. Januar 2012 (IV-act. 104), 4. Oktober 2015 (IV-act. 97), 3. November 2015 (IV-act. 98), 11. Juli 2016 (IV-act. 100), 3. Februar 2017 (IV-act. 101), 22. Februar 2017 (IV-act. 102) und vom 2. März 2017 (IV-act. 103). In der Stellungnahme vom 21. März 2017 erklärte der RAD, dass bezüglich dem psychiatrischen Gesundheitszustand keine erhebliche Änderung seit der massgeblichen Rentenverfügung vom 6. Mai 2003 vorliege. Demgegenüber sei aus somatischer Sicht aufgrund des Unfallereignisses vom 25. Februar 2010 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (IV-act. 105). Mit Verfügung vom 21. März 2017 hob die IV-Stelle die Rente des Versicherten auf Ende des der Zustellung folgenden Monats auf. Durch das Unfallereignis vom 25. Februar 2010 habe sich der Gesundheitszustand wesentlich verändert, weshalb ein Revisionsgrund vorliege. Das in Auftrag gegebene medizinische Gutachten habe ergeben, dass in leidensangepassten Tätigkeiten eine 75%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. Es bestehe ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25%. Berufliche Eingliederungsmassnahmen vor der Renteneinstellung seien nicht erforderlich, da der Versicherte bei Einleitung des Revisionsverfahrens im Jahr 2015 weder 55-jährig gewesen noch die Rente während mindestens 15 Jahren ausgerichtet worden sei (IV-act. 106). Gegen die Verfügung vom 21. März 2017 liess der Beschwerdeführer am 4. Mai 2017 Beschwerde erheben (act. G 1). Beantragt wurden deren Aufhebung und die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung. Zur Begründung wurde insbesondere ausgeführt, dass kein Revisionsgrund vorliege, denn der Sachverhalt sei im Vergleich zur Verfügung vom 6. Mai 2003 im Wesentlichen unverändert. Die Gutachter hätten keine wesentliche Veränderung des Sachverhaltes aufgezeigt, sondern lediglich erklärt, dass die ursprünglich gestellte psychiatrische Diagnose und die damalige Einschätzung der Leistungsfähigkeit falsch gewesen seien. Das zur Rechtfertigung der Revision nachträglich ins Feld geführte Unfallereignis im Jahr 2010 sei untauglich, denn gemäss den Gutachtern bestünden in Bezug auf eine leidensadaptierte Tätigkeit nur leichte, nicht rentenrelevante Einschränkungen. Bei dieser Ausgangslage sei eine revisionsweise Aufhebung der IV-Rente unzulässig. Da der Beschwerdeführer bereits seit 1. Mai 2002 eine Invalidenrente beziehe, hätten vor einer Rentenaufhebung solange Eingliederungsmassnahmen durchgeführt werden müssen, bis er in der Lage sei, das medizinisch-theoretisch ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten. In der Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Die Revision sei zu Recht erfolgt, denn gemäss dem Gutachten habe sich durch den Unfall im Jahr 2010 der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers teilweise verschlechtert und es sei eine Operation an der Wirbelsäule erforderlich gewesen. Die Folgen des Unfalls begründeten eine leicht verminderte Rückenbelastbarkeit, weshalb auch leidensadaptierte Tätigkeiten leicht eingeschränkt, zumindest aber ganztägig mit einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 75% medizinisch möglich seien. Folglich liege eine erhebliche Veränderung des medizinischen Sachverhalts vor, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu

prüfen sei. Zu den vom Beschwerdeführer verlangten vorgängig durchzuführenden Eingliederungsmassnahmen wird ausgeführt, dass diese nicht geboten seien, da der Beschwerdeführer noch nicht 55-jährig sei und noch kein Rentenbezug von 15 Jahren vorliege. Es sei auch nicht erkennbar, dass der Beschwerdeführer seine hohe Arbeitsfähigkeit von 75% in einer adaptierten Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwerten könne. Mit Präsidialverfügung vom 6. Juni 2017 wurde dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht entsprochen (act. G 6). In der Replik vom 15. Juni 2017 hält der Beschwerdeführer an den Beschwerdeanträgen fest (act. G 8). Auch aus der Beschwerdeantwort gehe im Ergebnis hervor, dass sich durch den Unfall im Jahr 2010 der Invaliditätsgrad nicht in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert habe. Gemäss dem Gutachten führe der Unfall zu keiner längerfristigen Einschränkung der Leistungsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten. Folglich fehle es an der erheblichen Veränderung des Sachverhalts, des Gesundheitszustandes und der erwerblichen Auswirkungen. Hinsichtlich der ursprünglich gestellten psychiatrischen Diagnosen hätten die Gutachter lediglich eine komplett andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorgenommen. Diese andere Beurteilung lasse jedoch keine Rentenrevision zu. Im Weiteren wird geltend gemacht, dass die Voraussetzung der 15-jährigen Rentenbezugsdauer für die Anspruchsprüfung auf Eingliederungsmassnahmen vor einer Renteneinstellung exakt erfüllt sei. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. G 9 f.). Erwägungen Umstritten ist die revisionsweise Einstellung der Invalidenrente. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 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). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung.

Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, E. 2.1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 17 N 26, mit Hinweisen). Die Beantwortung der Frage, ob eine wesentliche Sachverhaltsveränderung eingetreten ist, setzt einen Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt des Abschlusses des Rentenrevisionsverfahrens (vorliegend: 21. März 2017) mit jenem im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (vorliegend: 6. Mai 2003) oder mit jenem im Zeitpunkt des Abschlusses eines früheren Rentenrevisionsverfahrens mit materieller Prüfung voraus. Die Beschwerdegegnerin ging beim Vergleichszeitpunkt unzutreffenderweise nicht vom 6. Mai 2003, dem Zeitpunkt der letzten materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs, sondern vom 25. Februar 2010 aus, dem Tag, an dem sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz verletzt hatte (vgl. Gutachtensauftrag vom 28. Juni 2016, vgl. IV-act. 82-3). Die in den Jahren 2004 und 2009 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren beschränkten sich im Wesentlichen auf das Einholen von Fragebogen (IV-act. 31, 33, 47, 50). Auch wenn Dr. D.____ im zweiten Verfahren weitere medizinische Berichte einreichte, wurde auch in jenem Verfahren keine umfassende materielle Prüfung vorgenommen. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bezüglich der für die revisionsweise Renteneinstellung erforderlichen Veränderung (Verbesserung oder Verschlechterung) des Gesundheitszustands im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 10. Januar 2017 (vgl. IV-act. 87). Dem Beschwerdeführer ist darin zuzustimmen, dass sich eine rentenrevisionsrechtlich erhebliche Änderung des Gesundheitszustands trotz der Ausführlichkeit des Gutachtens nicht belegen lässt, da sich die Gutachter zwar mit der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers zum Untersuchungszeitpunkt ausführlich auseinandergesetzt haben, den erforderlichen Vergleich mit der Sachlage, wie

sich diese im Jahr 2003 darstellte, jedoch nur beschränkt vorgenommen haben. Dieses Manko ist nicht den Gutachtern anzulasten, sondern der Beschwerdegegnerin, welche im Gutachtensauftrag nur den Vergleich mit der Sachlage verlangte, wie sich diese am Unfalltag im Jahr 2010 darstellte. Dies führt vorliegend dazu, dass sich mit dem Gutachten nicht zumindest im Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen belegen lässt, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Selbst unter Berücksichtigung der weiteren Ausführungen im Gutachten und in den Stellungnahmen des RAD ist davon auszugehen, dass es sich bloss um eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen, jedenfalls aber nicht rentenrelevant verbesserten Gesundheitszustands handeln dürfte. Die angeführte Begründung zur Rechtfertigung der Revision, der Gesundheitszustand habe sich durch den Unfall im Jahr 2010 verschlechtert und danach (u.a. wegen der Rückenoperation im Jahr 2012) wieder verbessert, ist unbehelflich, gehen doch die Gutachter und der RAD nicht von verbleibenden erheblichen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Unfallfolgen aus. Es fehlt daher an der wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands bzw. an entsprechenden erwerblichen Auswirkungen. Würde der Unfall im Jahr 2010 (welcher gemäss den Gutachtern im Jahr 2016 keine erheblichen Folgen mehr zeitigte und folglich auch keine Invaliditätsgradänderung zu bewirken vermag) eine Rentenrevision zu begründen vermögen, wäre das mit Art. 17 Abs. 1 ATSG u.a. verfolgte Ziel der Rechtssicherheit gefährdet, könnte doch jedes Krankheits- oder Unfallereignis, selbst wenn dieses nur zeitlich begrenzte Auswirkungen hätte - wie oft bei Knochenbrüchen oder einer Grippe -, dazu genutzt werden, Rentenzusprachen, die aus anderen gesundheitlichen Gründen erfolgt sind und aus heutiger Sicht als (zu) grosszügig erscheinen, zu korrigieren. Im Weiteren ist festzuhalten, dass sich auch aus der übrigen Aktenlage und dabei insbesondere aus den Berichten der behandelnden Ärzte keine Hinweise dafür ergeben, dass sich der bei der Rentenzusprache massgebende Gesundheitszustand bzw. die Erwerbsfähigkeit verbessert haben. So weisen die Gutachter denn sinngemäss auch darauf hin, dass, wenn man den seinerzeit erhobenen Gesundheitszustand aus aktuellem Blickwinkel betrachte, sich die damals attestierte gänzliche Arbeitsunfähigkeit nicht (mehr) begründen lasse. Aus den Stellungnahmen des RAD lässt sich im Vergleich zum massgebenden Referenzzeitpunkt (2003) keine Verbesserung erkennen. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2003 keine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung nachgewiesen ist, womit die Möglichkeit einer Rentenanpassung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ausser Betracht fällt. Die revisionsweise Rentenaufhebung ist daher als rechtswidrig zu qualifizieren und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Selbst wenn vom Vorliegen eines Revisionsgrunds ausgegangen würde, ist die Einstellung der Rente (zumindest aktuell noch) nicht zulässig. Der Grundsatz "Eingliederung vor Rente", der insbesondere bei der erstmaligen Anspruchsprüfung auf Leistungen der Invalidenversicherung zum Tragen kommt, findet sein Pendant im Grundsatz "Eingliederung nach Rente", welcher zum Zuge kommt, wenn die Aufhebung von Dauerleistungen in Betracht kommt. Eine revisionsweise Aufhebung einer Rente kann nach der Rechtsprechung erst erfolgen, wenn die versicherte Person im Rahmen des Zumutbaren bestmöglich eingegliedert ist. Die Eingliederungsfrage ist auch im Revisionsverfahren prioritär und von Amtes wegen zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2009, 9C_921/2009, E. 5.3). Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der

Selbsteingliederung verwertbar. Indes sind bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen (vgl. neben vielen Urteilen des Bundesgerichts vom 4. April 2016, 8C_19/2016, E. 5.1). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2015, 9C_183/2015, E. 5). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen kann bereits vor einer 15jährigen Rentenbezugsdauer bestehen wie im Falle einer vorgängigen Arbeitslosigkeit oder (Teil-) Absenz vom Arbeitsmarkt (z.B. wegen Mutterschaft), denn gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist die andauernde Abwesenheit vom Arbeitsmarkt massgebend. Zudem kann die Eingliederung auch in Grenzfällen (wie im Alter von knapp 54 Jahren oder einem Rentenbezug von 14 Jahren und 11 Monaten) angeordnet werden, wenn aus den Akten hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2 mit Verweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juni 2018, 9C_720/2017, E. 7.1) Zum Zeitpunkt der Renteneinstellung per Ende April 2017 bezog der Beschwerdeführer seit genau 15 Jahren eine ganze Rente. Der von der Beschwerdegegnerin geführten Argumentation, dass für die Erfüllung der 15jährigen Rentenbezugsdauer der Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens und nicht derjenige der Renteneinstellung relevant sei, kann nicht gefolgt werden, da in erster Linie die Dauer der Absenz vom Arbeitsmarkt relevant ist bzw. sich diese regelmässig erschwerend auf die Integration in den Arbeitsmarkt auswirkt. Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen zweifelsohne auch nicht vor. Entsprechend war dem Beschwerdeführer rechtsprechungsgemäss die Selbsteingliederung zumindest aufgrund der langen Rentendauer nicht mehr zumutbar. Vorliegend kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer bereits vor der Rentenzusprache keine feste Arbeitsstelle mehr hatte. Soweit aus den Akten ersichtlich, hat die Beschwerdegegnerin weder Massnahmen zur Wiedereingliederung des Beschwerdeführers vor der Renteneinstellung geprüft noch solche Massnahmen veranlasst, obwohl der Rechtsvertreter dies in den Eingaben stets forderte. Gemäss den bundesgerichtlichen Ausführungen wird ein Eingliederungspotential insbesondere bei Rentenbezügern vermutet, die bei gleich gebliebenem Sachverhalt aufgrund der strenger gewordenen Rentenzusprechungspraxis heute keine Rente mehr erhalten würden bzw. nicht mehr im selben Umfang (vgl. BGE 145 V 2 E. 4.2.3.1 mit Verweis auf BBI 2010 1840 ff.). Wie das Gutachten und die Akten insgesamt nahe legen, würde die Situation, wie sie sich im Jahr 2003 bei der Rentenzusprache darstellte, heute strenger beurteilt und infolgedessen die Arbeitsunfähigkeit geringer eingeschätzt. Da die Rentenaufhebung ohne vorherige Abklärungen bzw. ohne eine den Verhältnissen angepasste Durchführung befähigender Massnahmen grundsätzlich bundesrechtswidrig ist, hätte die Beschwerdegegnerin die Verwertbarkeit der "wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit" prüfen und gegebenenfalls

Eingliederungsmassnahmen an die Hand nehmen müssen. Die Wiedereingliederung gestützt auf Art. 8a IVG bildet jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, weshalb sich eine nähere Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen vorliegend erübrigt. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 21. März 2017 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Das Beschwerdeverfahren bezüglich der Einstellung der Rente 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 betreffend Leistungseinstellung als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.- bis Fr. 15'000.-. Die Parteientschädigung ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In der vorliegenden Streitsache erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Die Festsetzung einer Entschädigung aus der für das Beschwerdeverfahren gewährten unentgeltlichen Rechtsverteidigung erübrigt sich, die Bewilligung wird gegenstandslos. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde vom 4. Mai 2017 wird gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 21. März 2017 betreffend die Einstellung der Rente aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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