

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/338 vom 11. März 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-03-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_338

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/338 du 11 mars 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/338 del 11 marzo 2020

Regeste

Art. 17 ATSG. Rentenrevision. Herabsetzung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. März 2020, IV 2017/338).

Volltext

Entscheid vom 11. März 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett
Geschäftsnr. IV 2017/338 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Atakan Özcelebi, HAK Rechtsanwälte, Teufener Strasse 8, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Herabsetzung) Sachverhalt A.____ meldete sich im Oktober 2005 unter Hinweis auf eine schwere depressive Episode zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an. Er gab an, dass er keinen Beruf erlernt habe und von September 2002 bis September 2004 als Sticker tätig gewesen sei (IV-act. 1). Die Ärzte der Klinik B.____ hatten am 11. April 2005 berichtet, dass der Versicherte an einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) mit schwierigen psychosozialen Umständen und ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszügen leide. Vom 24. bis 29. März 2005 war er wegen zunehmender Suizidalität und ausgeprägten Schlafstörungen stationär behandelt worden (IV-act. 10-6 ff.). Die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie C.____ berichtete am 27. Oktober 2005, dass der Versicherte seit dem Sommer 2004 an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) leide. Seit dem 30. September 2004 bis anhaltend sei er in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Er sei bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Die Grundstimmung sei gedrückt und von Schuld- und Schamgefühlen geprägt. Sie schwanke zwischen Verzweiflung und Gereiztheit. Positive Gefühle zu empfinden sei nicht mehr möglich. Der Versicherte sei antriebsgehemmt, psychomotorisch unruhig und nervös. Er habe schwere Ein- und Durchschlafstörungen und sei tagsüber müde. Eine latente Suizidalität sei vorhanden (IV-act. 9). Der Hausarzt berichtete am 14. November 2005, dass der Versicherte aufgrund eines deutlich depressiven Zustandsbilds zu 100% arbeitsunfähig sei. Intermittierend komme es immer wieder zu schweren depressiven Episoden (IV-act. 10-1 ff.). Am 30. Januar 2006 hielt der IV-interne Regionale Ärztliche Dienst (RAD) fest, dass aufgrund der ärztlichen Angaben des Hausarztes, der Klinik B.____ sowie der Fachstelle C.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit zweifelsfrei ausgewiesen sei (IV-act. 15). Mit einer Verfügung vom 16. März 2006 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2005 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zu (IV-act. 18, 22). Im Januar 2008 leitete die IV-Stelle ein amtliches Rentenrevisionsverfahren ein. Im entsprechenden Fragebogen gab der

Versicherte an, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Er leide neu zusätzlich an einem Diabetes mellitus II und an einer Hypercholesterinämie (IV-act. 25). Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums C.____ bezeichneten den Gesundheitszustand am 21. Januar 2008 als stationär. Die Diagnose habe sich nicht geändert. Der Versicherte zeige anhaltend ein schwer depressives Zustandsbild mit stark gedrückter Stimmung, stark vermindertem Antrieb, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, vollständigem sozialen Rückzug und zeitweise Suizidgedanken. Die Prognose sei ungünstig (IV-act. 28-4 f.). Der aktuelle Hausarzt bezeichnete den Zustand des Versicherten am 11. Februar 2008 ebenfalls als stationär (IV-act. 29). Am 18. Februar 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100%) bestehe (IV-act. 32). Im Dezember 2010 wurde ein weiteres Rentenrevisionsverfahren eingeleitet. Der Versicherte gab im Revisionsfragebogen an, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand verschlechtert habe. Zudem leide er an Schmerzen im Rücken, an den Schultern und den Hüften. Er sei mehrmals an der Hüfte operiert worden und habe jetzt Hüftprothesen. Wegen der Schmerzen könne er nur wenige Minuten laufen (IV-act. 37). Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums C.____ bezeichneten den Gesundheitszustand des Versicherten am 14. Januar 2011 als stationär. Er sei anhaltend stark depressiv. Die depressive Symptomatik sei so schwer, dass es dem Versicherten nur mit grösster Mühe möglich sei, seinen Alltag zu bewältigen. Jegliche berufliche Tätigkeit könne er aus diesem Grund nicht bewältigen. Wahrscheinlich sei von einer Chronifizierung auszugehen (IV-act. 41). Am 17. März 2011 stellte die IV-Stelle fest, dass der Fall des Versicherten auffällige Parallelitäten zum Versicherungsfall seiner ebenfalls IV-berenteten Ehefrau aufweise. Beide hätten sich am 5. Oktober 2005 bei der IV-Stelle angemeldet und beide seien bei den gleichen Ärzten in Behandlung und seit dem 27. September 2004 arbeitsunfähig geschrieben (IV-act. 43). Am 9. Juni 2011 notierte der RAD, dass es schwer vorstellbar sei, dass beim Versicherten seit nunmehr sieben Jahren ein gleichbleibender Gesundheitszustand ohne jegliche Änderung der Diagnose einer depressiven (an sich temporären) Episode vorliegen solle, ohne dass Zweifel an dem vom behandelnden Psychiater seit über sieben Jahren attestierten stationären Gesundheitszustand bestünden. Dass bei einer an sich gut behandelbaren psychischen Störung wie einer depressiven Episode keine Veränderungen stattgefunden hätten, sei nicht ganz plausibel nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht stelle sich die Frage, ob die diagnostische Einschätzung noch zutreffend sei (IV-act. 44). Der RAD erachtete eine polydisziplinäre Begutachtung als angezeigt (IV-act. 50). Im März 2012 wurde der Versicherte durch die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten vom 18. Juli 2012 hielten die Sachverständigen fest, beim Versicherten bestehe mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig, beginnend chronifiziert (ICD-10 F33.8), ein Status nach Hüfttotalprothese links 08/08 wegen einer Femurkopfnekrose sowie eine Femurkopfnekrose rechts (ICD-10 M16.1). Ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünden beim Versicherten akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und selbstunsicher-vermeidenden Anteilen, ein leichter Diabetes mellitus Typ 2, eine Adipositas, eine Periathropathia humeroscapularis sowie ein Nikotinabusus. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, bei der Untersuchung habe eine mittelgradige depressive Symptomatik mit Stimmungsschwankungen, Schlafstörungen, Antriebsminderung, Konzentrationsstörungen und Mutlosigkeit festgestellt werden können. Zudem seien lokal begrenzte Schmerzen geschildert worden. Diese Schmerzen liessen sich nach Angaben des somatischen

Gutachters im Wesentlichen nachvollziehbar physiologischen Prozessen zuordnen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne bei den im Wesentlichen erklärbaren Schmerzen ausgeschlossen werden. Im Vordergrund der Beschwerdeschilderung des Versicherten habe die Sorge wegen der Gerichtsverhandlung des Sohnes gestanden. Diagnostisch sei anhand der aktuellen Untersuchungsbefunde und anhand der anamnestischen Auskünfte von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Symptomatik auszugehen. Eine schwere depressive Episode habe sicher nicht vorgelegen. Neben der psychischen Problematik sei eine ganze Reihe psychosozialer Belastungsfaktoren eruierbar gewesen. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung finde gemäss den Angaben des Versicherten seit 2004 statt. Allerdings sei derzeit eine niedrige Frequenz von einem Gespräch pro Monat angesetzt. Zudem sei vor einigen Monaten das Antidepressivum abgesetzt worden. Damit müsse konstatiert werden, dass die Psychopharmakotherapie derzeit nicht optimal eingestellt und nicht alle Behandlungsoptionen ausgeschöpft seien. Somatischerseits habe sich im Röntgenbild die Hüfttotalprothese links normal ohne Lockerungszeichen bei leichten periartikulären Verkalkungen lateral dargestellt. Rechtsseitig hätten sich eine Inhomogenität des Femurkopfes mit einer bis zu zwei Zentimeter grossen zystoiden Strukturalteration zentral im Femurkopf sowie leichte Konturalterationen im medialen Anteil des Femurkopfes gezeigt. Bekannt sei ein leichter Diabetes mellitus Typ 2 bei einer erheblichen Adipositas, der bis jetzt keine medikamentöse Behandlung erfordert habe. Die Sachverständigen hielten zusammenfassend fest, dass für die Rentenzusprache ab September 2005 stets die psychischen Faktoren von entscheidender Bedeutung gewesen seien. Psychiatrischerseits werde die Arbeitsfähigkeit wegen der mittelgradigen depressiven Symptomatik, beginnend chronifiziert, spätestens ab dem Gutachtenzeitpunkt auf 50% geschätzt. Somatischerseits bestünden qualitative Einschränkungen nach dem komplikationsreichen Hüftersatz links 08/08 wegen einer Hüftkopfnekrose unklarer Ätiologie. Rechtsseitig sei mittelfristig ein Hüftersatz nötig. Der Versicherte sei durch diese Schädigungen zu dauerndem Gehen und Stehen, wie es wahrscheinlich in der ursprünglichen Tätigkeit der Fall gewesen sei (eine Arbeitsplatzbeschreibung mit Darstellung des Leistungsprofils liege nicht vor), nicht mehr in der Lage. Dies führe zu einer 100%igen mittel- und langfristigen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Für Tätigkeiten, die auch regelmässiges Absitzen zulassen, bestünden somatischerseits keine Einschränkungen. Polydisziplinär sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter einer Textilfabrik von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen. Für adaptierte Tätigkeit bestehe spätestens ab dem Gutachtenzeitpunkt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für abwechselnd sitzende und stehende, einfache und angelernte Tätigkeiten ohne spezielle Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz, die emotionale Belastbarkeit, die Konzentrationsfähigkeit und die Ausdauer. Eine zum aktuellen psychiatrischen Gutachten differierende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei wahrscheinlich erklärbar durch die andere Betrachtungsweise eines behandelnden Therapeuten, der zugunsten seiner Patienten auf die subjektiven Angaben abstelle und in der Regel auch von einem biopsychosozialen Krankheitsmodell unter Einbezug psychosozialer Belastungsfaktoren ausgehe. Psychiatrischerseits werde die aktuelle Behandlung als nicht optimiert angesehen mit einer möglichen Verbesserung des psychischen Zustandes, sodass in etwa einem Jahr nach einer optimierten Behandlung eine Nachbegutachtung als sinnvoll erachtet werde. Somatischerseits seien eine Gewichtsreduktion und ein Rauchstopp zu empfehlen. Mittelfristig werde wahrscheinlich

auch ein Hüftgelenkersatz rechts notwendig werden. Die Arbeitsprognose dürfte eher düster sein. Eine Rolle spielten dabei viele soziale, IV-fremde Faktoren wie bescheidene Deutsch- und fehlende Berufskennntnisse, wirtschaftliche und familiäre Belastungsfaktoren, eine langjährige Erwerbsabstinenz sowie subjektive Krankheitsüberzeugungen (IV-act. 55). Am 13. September 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass der Anspruch auf die bisherige Invalidenrente nicht mehr gegeben sei. Bevor die Rente herabgesetzt werde, seien berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (IV-act. 57). Ab November 2012 fanden Eingliederungsbemühungen statt. Ein von der Eingliederungsberatung erstmals im Januar 2013 vorgesehenes Arbeitstraining in einem geschützten Rahmen sowie ein Schnupperhalbtage im Recycling-Bereich im April 2013 konnten aus gesundheitlichen Gründen und einer subjektiv 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Versicherten nicht durchgeführt werden. Nachdem sich der Versicherte bis Ende Juni 2013 nicht in der Lage fühlte, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen, schloss die Eingliederungsberatung den Fall im Juni 2015 ab (vgl. das Verlaufsprotokoll vom 29. Juni 2015, IV-act. 66). Zwischenzeitlich war der Versicherte im Januar 2014 im Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) untersucht worden. Die behandelnden Ärzte hatten ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Gerbershagen II diagnostiziert. Dieses sei in erster Linie auf die bekannte Hüftpathologie links zurückzuführen und werde durch die Depression verstärkt (IV-act. 75-11). Im September 2015 wurde dem Versicherten in der Orthopädie D.____ aufgrund von Hüftschmerzen eine Hüfttotalprothese rechts eingesetzt. Der behandelnde Arzt hielt fest, dass der Versicherte zwar subjektiv über dies und das klage, aber insgesamt doch sehr zufrieden sei. Er sei im Heimatland E.____ bei seinem Vater gewesen. Zwischenzeitlich sei die Wunde verheilt. Der Arzt ging von einer guten Prognose aus (IV-act. 76). Im November 2015 berichtete der Hausarzt, dass der Gesundheitszustand des Versicherten bei mittelgradig bis starken Depressionen mit starken Schlafstörungen, gedrückter Stimmung, Nervosität, Gereiztheit, Gefühl der Gefühllosigkeit und Grübeleien, bei einem chronifizierten Schmerzsyndrom nach Gerbershagen II sowie bei einem Status nach Hüfttotalprothesen 2008 und 2015 und pseudoradikulären Hypästhesien der linken unteren Extremität weiterhin stationär sei. Der Versicherte sei auf dem aktuellen Arbeitsmarkt nicht einsetzbar (IV-act. 75-1 ff.). Das Psychiatrie-Zentrum C.____ ging im Verlaufsbericht vom 22. Februar 2016 ebenfalls von einem stationären Gesundheitszustand des Versicherten bei der Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Syndrome aus. Der psychische Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit 2012 nicht grundlegend geändert. Der Versicherte sei nach wie vor schwer depressiv (IV-act. 80). Am 12. April 2016 notierte der RAD, dass insbesondere auf psychiatrischer Ebene von einem vergleichbaren Gesundheitszustand wie zum Gutachtenzeitpunkt auszugehen sei (IV-act. 81). Am 3. Mai 2016 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten eine Herabsetzung der bisherigen ganzen Invalidenrente auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 48% an. Sie hielt fest, dass sich der Gesundheitszustand gemäss der gutachterlichen Abklärung und der aktualisierten versicherungsmedizinischen Einschätzung insoweit verbessert habe, dass der Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig sei (IV-act. 85). Dagegen wandte der Versicherte am 8. Juli 2016 ein, das MEDAS-Gutachten vom Juli 2012 sei unterdessen überholt, sodass darauf nicht abgestellt werden könne (IV-act. 92). Am 22. Juli 2016 hielten die Ärzte der Klinik B.____ fest, die gesundheitliche Situation des Versicherten scheine sich in den letzten Jahren insgesamt eher verschlechtert zu haben. Wegen der schweren Depression seien die Konzentrations-, die Auffassungs- und die Umstellungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Aufgrund des Hüftleidens sei auch die

körperliche Belastbarkeit stark herabgesetzt. Im Klinikalltag sei dem Versicherten bereits die Teilnahme an aktiven Therapien nur sehr begrenzt möglich. Dies liege zum Teil daran, dass der Versicherte nicht in der Lage sei, weiter entfernte Örtlichkeiten zu erreichen oder an Therapien, die mit leichten Anforderungen an den Bewegungsapparat verbunden seien, teilzunehmen. Der Versicherte werde in absehbarer Zeit keine Leistungsfähigkeit erreichen, die eine berufliche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erlauben werde (IV-act. 94). Im März 2017 wurde der Versicherte erneut polydisziplinär (internistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch) abgeklärt. Die Gutachter des Abklärungsinstituts (ABI) Basel hielten am 2. Mai 2017 fest, beim Versicherten bestünden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) sowie ein Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen zudem chronische Becken-Beinschmerzen links bei einem Status nach einer Implantation einer Hüfttotalprothese links, ein Status nach einer Implantation einer Hüfttotalprothese rechts, chronische Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite, eine Adipositas sowie ein fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch, vor (IV-act. 107- 28 ff.). Der internistische Gutachter hielt fest, dass aus rein allgemeininternistischer Sicht keine Diagnosen mit einem quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten. Aufgrund des Diabetes mellitus Typ II mit potentieller Hypoglykämie-Gefahr seien Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen oder in sturzgefährdender Höhe ungeeignet (IV-act. 107-11). Der psychiatrische Sachverständige berichtete, dass die Stimmung des Versicherten bei der Untersuchung herabgesetzt und depressiv gewesen sei. Er habe vor allem über die Krankheit seines Sohnes geklagt und die körperlichen Beschwerden nur am Rande erwähnt. Als er darüber berichtet habe, wie er von seinem Cousin betrogen worden sei, habe er sich sehr aufgeregt. Die Psychomotorik sei lebhaft gewesen. Er habe von einem Lebensverleider und gelegentlichen Suizidgedanken berichtet. Der Antrieb sei nicht vermindert gewesen. Das Denken sei von depressiven Inhalten geprägt gewesen. Der Versicherte sei bewusstseinsklar, zeitlich, örtlich und situativ gut orientiert gewesen. Er habe während der ganzen Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt und die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen oder Halluzinationen gegeben. Er habe nicht über Ängste berichtet und keine Phobien erwähnt. Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben. Der Versicherte leide am meisten darunter, dass sein Sohn seit sechs Jahren unter einer Schizophrenie leide. Er habe grosse Mühe im Umgang mit der Krankheit seines Sohnes. Dazu kämen immer wieder Vorwürfe seitens der Verwandten aufgrund des verlorenen Geldes. All dies belaste ihn. Dies sei auch der Grund gewesen, dass er depressiv geworden sei. Beim Versicherte könne eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert werden. Er leide unter Ein- und Durchschlafstörungen und verbringe den Alltag eher passiv. Er sehe aber regelmässig TV, sei in der Lage, Auto zu fahren, mache kleinere Ausflüge und reise mehr oder weniger regelmässig in seine Heimat. Der Versicherte sei im Alltag durch die depressiven Verstimmungen, die Perspektivlosigkeit, die verminderte psychische Belastbarkeit, das Gedankenkreisen und den Lebensverleider beeinträchtigt. Weiter sei er vermindert fähig, mit seinen somatischen Beschwerden umzugehen. Bei der Untersuchung habe ein mittelgradiges depressives Zustandsbild vorgelegen. Hinweise für eine lang

andauernde, schwere depressive Episode hätten sich keine gefunden. Daneben könne eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden. Das Ausmass der körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten. Diese habe sich seit der Begutachtung im Jahr 2012 nicht verändert (IV-act. 107-14 ff.). Der orthopädische Gutachter führte aus, dass die gesamte Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen problemlos habe durchgeführt werden können. Auf radiologischer Ebene hätten sich eine deutliche spinale und bilaterale foraminale Verengung LWK4/5 sowie erhebliche tieflumbale Spondylarthrosen gezeigt. Der Befund an der Schulter und am Knie der linken Seite sowie an den Hüft- und Iliosakralgelenken sei regelrecht. Zusammenfassend liessen sich die recht diffus zwischen der lumbalen Wirbelsäule und dem linken Vorfuss beklagten Beschwerden durch die Befunde nicht vollumfänglich begründen. Durchaus nachvollziehbar sei der Leidensdruck bei der tieflumbalen Degeneration, kaum aber die übrige Symptomatik, sodass von einer gewissen nicht-organischen Beschwerdekomponente ausgegangen werden könne. Aus rein orthopädischer Sicht sei der Versicherte für die frühere Tätigkeit in der Textilindustrie sowie für andere überwiegend stehende und gehende, körperlich mittelschwere bis schwere Verrichtungen mit wiederholtem Heben und Tragen von Lasten über 10kg, mit wiederholtem Bücken und dem häufigen Überwinden von Treppen bleibend und vollständig arbeitsunfähig. Für körperlich leichte Tätigkeiten unter Wechselbelastung mit immer wieder sitzenden Anteilen liege eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 107-22 f.). Der neurologische Gutachter berichtete, dass bei der aktuellen Untersuchung eine Minderung des PSR links aufgefallen sei, was als residuelles radikuläres Syndrom L4 gewertet werden könne. Dies würde dem früheren MRI-Befund mit möglicher Irritation L4 entsprechen, aber weitere Ausfälle könnten hierauf nicht bezogen werden. Die angegebene Hypästhesie sei keinesfalls auf eine Irritation der Wurzel L4 zurückzuführen und auch motorisch fänden sich keine Hinweise für eine Schwäche der L4-versorgten Muskulatur. Die sensible Halbseitenstörung sei als funktionell im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung anzusehen, wobei die Linksbetonung durch zusätzliche organische Elemente erklärbar sei. Neurologisch ergäben sich Zeichen einer Polyneuropathie, die aber keine weiteren funktionellen Auswirkungen habe. Neurologischerseits bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90% (IV-act. 107-26). Die Sachverständigen hielten zusammenfassend fest, auch wenn eine Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe, zeigten sich radiologisch eine deutliche spinale und beidseitig foraminale Enge LWK4/5 sowie erhebliche tieflumbale Spondylarthrosen. Damit bestehe eine objektivierbare verminderte Belastbarkeit des unteren Achsenskelettes. Aus neurologischer Sicht könne zudem ein residuelles radikuläres Syndrom L4 links nachgewiesen werden. Zusätzlich bestehe bei einem Diabetes mellitus Typ II eine diabetische Neuropathie. Aus somatischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit sowie für andere, überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten mit der Notwendigkeit des wiederholten Sich-Bücken-Müssens sowie für sämtliche körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht seien die Diagnosen einer aktuell mittelgradig ausgeprägten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer chronischen Schmerzstörung zu stellen. Letztere dürfte für die Diskrepanz zwischen dem

Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden verantwortlich sein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, immer wieder zu sitzen, ohne höhere Anforderungen an das Gleichgewicht, ohne Tätigkeiten in sturzgefährdender Höhe, ohne Notwendigkeit des Gehens auf unebenem Terrain, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10kg und ohne häufiges Überwinden von Treppen eine 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Das Pensum könne über vier bis sechs Stunden am Tag umgesetzt werden, je nach Möglichkeit, Pausen einzulegen oder stundenweise zu arbeiten. Die leichte Leistungseinschränkung aus somatischer Sicht wirke sich beim vorgegebenen Pausenbedarf aus psychiatrischer Sicht nicht zusätzlich aus. Berufliche Massnahmen seien angesichts der fixierten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Versicherten nicht sinnvoll durchzuführen. Auch könnten keine medizinischen Massnahmen vorgeschlagen werden, die zu einer Steigerung des zumutbaren Tätigkeitprofils oder zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit führen würden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus gesamtmedizinischer Sicht seit der Begutachtung durch die MEDAS im Jahr 2012 über die Zeit gemittelt unverändert geblieben sei (IV-act. 107-29 ff.). Am 1. Juni 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Herabsetzung der bisherigen ganzen auf eine halbe Invalidenrente in Aussicht. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50% und einem Teilzeitabzug von 10% ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 53% (IV-act. 111). Dagegen erhob der Versicherte am 6. bzw. 24. Juli 2017 Einwand. Er beantragte die Zusprache einer Dreiviertelsrente mit der Begründung, dass neben dem Teilzeitabzug von 10% ein weiterer Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 15% angebracht sei (IV-act. 112, 114). Am 7. August 2017 verfügte die IV-Stelle die Herabsetzung auf eine halbe Invalidenrente per 1. Oktober 2017 gemäss ihrem Vorbescheid. Zu den Einwänden hielt sie fest, dass die medizinischen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden seien. Mit der neurologischen Einschränkung von 10% bestehe in einer körperlich leichten Tätigkeit auch keine erhebliche zusätzliche Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit von 50%, die das Betätigungsfeld relevant einschränken könnte. Ein Pensum von 50% im Rahmen von vier bis sechs Stunden pro Tag sei auch bei wenig Entgegenkommen des Arbeitgebers bezüglich Pausen realisierbar. Auch die Adaptionskriterien seien nicht so eng gefasst, dass ein weiterer Abzug gerechtfertigt wäre. Faktoren wie die Schulbildung oder die Arbeitserfahrung seien beim Abzug nicht zu berücksichtigen (IV-act. 115, 118 f.). Gegen die Herabsetzungsverfügung vom 7. August 2017 erhob der Versicherte am 14. September 2017 Beschwerde. Er beantragte deren Aufhebung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventualiter sei die Sache zu neuer Sachverhaltsabklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen; subeventualiter sei ihm eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Er machte im Wesentlichen geltend, dass die Entwicklung des Gesundheitszustandes seit der letzten rechtskräftigen Verfügung im Jahr 2006 betrachtet werden müsse. Das ABI-Gutachten äussere sich nur über die gesundheitlichen Veränderungen seit der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2012. Dabei werde bezüglich der Beurteilung der Behandler lediglich vorgebracht, dass sich keine Hinweise für eine schwere depressive Störung fänden. Fraglich sei, ob die Einschätzung des ABI nicht bloss eine andere Wertung darstelle, was eine Revision

ausschliessen würde. Deshalb sei die Verfügung aufzuheben und eine ganze Rente zuzusprechen. Im Weiteren hätten die aus neurologischer Sicht vom ABI attestierte 10%ige Arbeitsunfähigkeit und die psychiatrisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% kumuliert werden müssen, womit sich ein Invaliditätsgrad von 66% ergebe. Selbst wenn die Kumulation nicht vorgenommen werde, müsste in Anbetracht des umfangreichen Katalogs an Adaptionskriterien sowie des erhöhten Pausenbedarfs ein zusätzlicher Abzug von 15% vorgenommen werden. Dies hätte einen Invaliditätsgrad von 60.62% und damit ebenfalls eine Dreiviertelsrente zur Folge (act. G 1). Am 16. November 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus, dass die ursprüngliche Verfügung vom 16. März 2006 die zeitliche Vergleichsbasis sei. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sei ein medizinischer Revisionsgrund zu bejahen. Das MEDAS-Gutachten habe sich einlässlich zur Veränderung des psychischen Zustandsbildes im Vergleich zu den im Zeitpunkt der Rentenzusprache vorliegenden fachärztlichen Berichten geäußert. Bezüglich der Kumulation der Arbeitsunfähigkeiten hätten die ABI-Gutachter festgehalten, dass sich die leichte Leistungseinschränkung von 10% wegen eines erhöhten Pausenbedarfs nach ihrer konsensualen Einschätzung nicht zusätzlich bzw. kumulativ zur psychiatrisch bedingten 50%igen Einschränkung auswirke. Bezüglich des Tabellenlohnabzuges sei anzumerken, dass dem Beschwerdeführer entgegen den Ausführungen in der Verfügung kein Teilzeitabzug von 10% zugestanden werde. Der Beschwerdeführer sei nicht auf Teilzeitarbeit, sondern auf Arbeitsunterbrüche angewiesen. Dem Beschwerdeführer sei allerdings ein Tabellenlohnabzug von 10% zu gewähren, da er sich wohl mit einem geringeren Lohn zu begnügen habe als vollleistungsfähige Arbeitnehmer (act. G 3). Am 20. November 2017 bewilligte das Versicherungsgericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 4). Am 5. Januar 2018 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest und bestätigte im Wesentlichen seine Standpunkte bezüglich der Kumulation der Arbeitsunfähigkeiten sowie des Tabellenlohnabzuges (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 9). Erwägungen Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Die Beantwortung der Frage, ob sich der massgebende Sachverhalt seit der ursprünglichen Rentenzusprache erheblich verändert hat, erfordert einen Vergleich zwischen dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache und jenem im Zeitpunkt des Abschlusses des Rentenrevisionsverfahrens. Zeitliche Vergleichsbasis bildet die rentenzusprechende Verfügung vom 16. März 2006, was zu Recht unbestritten geblieben ist. Der ursprünglichen Verfügung haben in medizinischer Hinsicht diverse Berichte des Hausarztes, der behandelnden Ärzte der Klinik B. ___ und der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie zugrunde gelegen. Die behandelnden Ärzte haben dem Beschwerdeführer übereinstimmend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer schweren depressiven Episode attestiert (vgl. IV-act. 9 f.). Der RAD hat die vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der ärztlichen Angaben als zweifelsfrei erstellt erachtet (IV-act. 15). Ob der im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache massgebende Sachverhalt damals hinreichend abgeklärt worden ist, ist mit Blick auf die eher dürftige Aktenlage fraglich. Bei der damaligen Sachlage hätte sich zumindest eine RAD-ärztliche Untersuchung aufgedrängt, da nicht auszuschliessen war, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihres ärztlichen Behandlungsauftrags die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers in ihre Beurteilung hatten einfließen lassen und deshalb

nicht auf den objektiv-klinischen Befund abgestellt hatten. Nach dem Sinn und Zweck des Art. 17 Abs. 1 ATSG muss die Revision einer Rente aber auch dann zulässig sein, wenn der Sachverhalt zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestanden hat. In einem solchen Fall muss der überwiegend wahrscheinliche Sachverhalt im Zeitpunkt des Abschlusses des Rentenrevisionsverfahrens mit jener Sachverhaltsannahme verglichen werden, die bei der ursprünglichen Rentenzusprache unter den gesetzlichen Tatbestand subsumiert und damit der rentenzusprechenden Verfügung zugrunde gelegt worden ist. Ein Revisionsgrund liegt in einem solchen Fall also dann vor, wenn der aktuelle Sachverhalt nicht mehr jener Sachverhaltsannahme entspricht, auf die die IV-Stelle bei der ursprünglichen Rentenzusprache abgestellt hatte (vgl. zum Ganzen ausführlich den Entscheid des Versicherungsgerichtes vom 25. Juni 2019, IV 2016/364 E. 1.1). Folglich muss hier davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer damals aufgrund einer schweren depressiven Episode für alle Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig gewesen ist. Mit Blick auf den revisionsrechtlich erforderlichen Sachverhaltsvergleich ist zu prüfen, ob der bei der Eröffnung der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2017 vorliegende Sachverhalt mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestanden hat. In medizinischer Hinsicht steht dabei das aktuellste polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 2. Mai 2017 (IV-act. 107) im Vordergrund. Die Sachverständigen haben in diesem Gutachten ausgeführt, dass aus orthopädischer Sicht aufgrund der Diagnose eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, während in einer entsprechend adaptierten Tätigkeit von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Sie haben weiter festgehalten, dass im Zeitpunkt der Begutachtung aus psychiatrischer Sicht die Diagnosen einer aktuell mittelgradig ausgeprägten Episode einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer somatoformen Schmerzstörung vorgelegen hätten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in sämtlichen Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Hinweise für eine andauernde schwere depressive Störung haben die Gutachter mehrmals verneint. Diese Schlussfolgerungen beruhen auf umfassenden persönlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers und auf einer vertieften Auseinandersetzung mit sämtlichen medizinischen Vorakten. Die Gutachter haben sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und detaillierte objektive Befunde erhoben. Sie haben den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers umfassend erhoben und gewürdigt. Ihre Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzungen sind anhand der objektiv-klinischen Befunde nachvollziehbar und überzeugend hergeleitet worden. Insbesondere besteht eine weitgehende Übereinstimmung zum Gutachten der MEDAS aus dem Jahr 2012, das sich ebenfalls als nachvollziehbar und überzeugend erweist. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass die neurologisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 10% mit der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50% zu kumulieren sei (act. G 1 S. 6, act. G 6), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Gutachter sind in ihrer Gesamtbeurteilung nämlich zum eindeutigen Schluss gekommen, dass insgesamt eine 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit vorliege, und dass sich die leichte Leistungseinschränkung aus somatischer (neurologischer) Sicht nicht zusätzlich auf den psychiatrischerseits festgelegten Pausenbedarf auswirke (IV-act. 107-29). Diese gutachterliche Schlussfolgerung überzeugt, da sich der Beschwerdeführer in der gleichen (Pausen-)Zeit ja sowohl körperlich als auch psychisch schonen bzw. ausruhen kann. Gesamthaft steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer im

Zeitpunkt der Begutachtung durch das ABI nur noch mittelgradig depressiv gewesen ist. Damit hat im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache neu nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer entsprechend leidensadaptierten Tätigkeit vorgelegen. Ausgehend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten bleiben die erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit zu prüfen. Der Beschwerdeführer hat keinen Beruf erlernt. Er ist bis zum Eintritt seiner Gesundheitsbeeinträchtigung als Hilfsarbeiter (Aufspanner in einer Textilfabrik) tätig gewesen; dabei hat er ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt (vgl. IV-act. 12). In den Akten fehlen Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung unterdurchschnittlich leistungsfähig gewesen wäre. Nur die Situation auf dem – invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten – tatsächlichen Arbeitsmarkt können ihn folglich gezwungen haben, sich mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen zu begnügen. Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich in eine mindestens durchschnittlich entlohnte Hilfsarbeitertätigkeit einer anderen Branche gewechselt hätte. Das Valideneinkommen entspricht folglich dem Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne. Da dem Beschwerdeführer trotz seiner Gesundheitsbeeinträchtigungen leidensadaptierte Hilfsarbeiten zugemutet werden können, entspricht der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens betraglich dem Valideneinkommen. Deshalb kann der Invaliditätsgrad anhand eines sogenannten Prozentvergleichs berechnet werden. Bei einem Prozentvergleich entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines zusätzlichen Abzuges (vgl. BGE 126 V 75). Mit diesem Abzug soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass es einer an einer Gesundheitsbeeinträchtigung leidenden versicherten Person aus betriebswirtschaftlich-ökonomischer Sicht unter Umständen nicht möglich sein wird, mit ihrer Arbeitsleistung denselben ökonomischen Mehrwert wie eine gesunde, im selben Pensum tätige Person zu generieren. Entsprechende Umstände liegen hier u.a. vor, weil die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers Schwankungen unterliegen wird; der Beschwerdeführer wird seine Arbeitsleistung also nicht konstant zuverlässig erbringen können. Zudem muss ein potentieller Arbeitgeber das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Ausfällen einkalkulieren. Auch muss ein strikt betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkender Arbeitgeber dem Umstand Rechnung tragen, dass der Beschwerdeführer keine Überstunden leisten kann. Damit wird der ökonomische Mehrwert der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers unter dem statistischen Zentralwert liegen, weshalb ein zusätzlicher Lohnabzug zu erfolgen hat. Dieser Abzug ist angesichts der gesamten Umstände und entsprechend der aktuellen Praxis vorliegend auf 15% festzusetzen (vgl. statt vieler den Entscheid des Versicherungsgerichtes vom 29. März 2016, IV 2015/47). Ob und zu welchen Teilen darin auch ein sog. "Teilzeitabzug" enthalten ist, kann offengelassen werden. Denn die Gewährung eines 25%igen Abzugs, wie es der Beschwerdeführer geltend macht, wäre eine unzulässige Ungleichbehandlung gegenüber anderen Versicherten, denen in vergleichbaren Fällen ein entsprechend tieferer Abzug gewährt worden ist. Bei einem 15%igen Abzug ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 57.5% ($100\% - 50\% \times 85\%$). Damit ist die bisherige ganze Invalidenrente auf eine halbe Rente herabzusetzen. Die angefochtene Verfügung erweist sich im Ergebnis als rechtmässig. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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 Ausgang des Verfahrens entsprechend ist diese dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist der Beschwerdeführer von der Bezahlung zu befreien. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung bezahlt der Staat 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 des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Im vorliegenden Verfahren erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen, wobei diese in Anwendung des Art. 31 Abs. 3 AnwG um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- herabzusetzen ist. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer wird zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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