

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/261 vom 12. Oktober 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-10-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_261

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/261 du 12 octobre 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/261 del 12 ottobre 2020

Regeste

Art. 17 ATSG Revisionsweise Einstellung der Rente, nachdem gemäss zwei Gutachten keine rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Oktober 2020, IV 2018/261).

Volltext

Entscheid vom 12. Oktober 2020 Besetzung Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/261 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Marcel Köppel, Mätzler & Partner, Grossfeldstrasse 45, 7320 Sargans, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherter) meldete sich am 12. Januar 2004 wegen Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Er war am 10. März 1998 auf einer Treppe bzw. von einer Leiter gestürzt (Unfallmeldung UVG vom 12. Mai 1998, Fremdakten, act. 1-1; Arztzeugnis UVG vom 30. Mai 1998; Fremdakten, act. 1-2) und litt unter einem Lumbovertebralsyndrom mit Diskusprolaps LWK5/S1, welches laut dem Versicherten im Zusammenhang mit Zügelarbeiten erneut zu Beschwerden und zu einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit ab 30. Juni 2003 geführt hatte (Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, Arztzeugnisse vom 27. Oktober 2003 und folgende, Fremdakten, act. 2-8 und 2-10 ff., und Arztbericht zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 11. November 2003, Fremdakten, act. 2-9). Gestützt auf einen Untersuchungsbericht der RAD-Ärzte Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Innere Medizin, und Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 26. April 2005, gemäss welchem im erlernten und zuletzt ausgeübten Beruf als Automonteur sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer wirbelsäulenentlastenden Verweistätigkeit aus psychiatrischer Sicht im freien Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von aktuell 30 % vorliege (IV-act. 41), sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 16. Januar 2006 eine ganze Rente ab Juni 2004 zu (IV-act. 57 f.). Im Rahmen des am 15. August 2006 eingeleiteten Revisionsverfahrens (IV-act. 63) liess die IV-Stelle den Versicherten durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) Basel begutachten (Gutachten vom 4. Februar 2008; PD Dr. med. E.____, Innere Medizin; Dr. med. F.____, Psychiatrie; Dr. med. G.____, Neurologie; Untersuchung 5. Dezember 2007; IV-act. 83). Die Gutachter kamen zum Ergebnis, aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms mit ischialgiformer Schmerzsymptomatik und neurologisch dokumentierten Veränderungen sei dem

Versicherten die bisherige Tätigkeit als Automonteur seit dem 30. Juni 2003 bleibend nicht mehr zuzumuten. Wegen der gleichzeitig bestehenden aktuell mittelgradigen depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestehe auch für eine somatisch angepasste Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; diese betrage seit spätestens November 2007 50 %, da sich die depressive Störung zurückgebildet habe (IV-act. 83-18). Mit Vorbescheid vom 13. Mai 2008 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Herabsetzung der bisher ganzen auf eine halbe Rente an (IV-act. 90) und verfügte am 9. Juli 2008 entsprechend (IV-act. 94). Am 20. November 2008 erlitt der Versicherte als Folge eines Auffahrunfalls (Schadenmeldung UVG vom 1. Dezember 2008, Fremdakten, act. 3-90 f.) ein Aufpralltrauma mit HWS-Distorsion, Sternum- und Thoraxkontusion, Schulter- und Beckenkontusion links sowie LWS-Kontusion (Arztzeugnis UVG, Fremdakten, act. 3-81; Austrittsbericht Rehaklinik Bellikon vom 14. Mai 2009, IV-act. 100-1). Während der Rehabilitation in der Rehaklinik Bellikon vom 26. März bis 15. Mai 2009 wurden sodann unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittleren Grades (ICD-10: F33.1), eine erhebliche Persönlichkeitsstörung mit wenig gereiften und passiv aggressiven Anteilen (ICD-10: F60.8, differenzialdiagnostisch F61) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bei bekannter erheblicher Somatisierungstendenz diagnostiziert (IV-act. 100-1). Es wurde ausgeführt, aufgrund der Adipositas permagna, der depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien die psychophysische Belastbarkeit und Motivation erheblich eingeschränkt (IV-act. 100-2). Der Versicherte habe keine Tagesstruktur und zeige ein allgemeines Schon- und Vermeidungsverhalten (IV-act. 100-10). Aus psychiatrischer Sicht sei er aktuell zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 100-2, 9). Der Versicherte teilte der IV-Stelle am 28. Juli 2009 unter Beilage dieses Austrittsberichts mit, er habe einen Autounfall erlitten (IV-act. 98). Vom 10. August bis 30. November 2009 stand der Versicherte während zunächst drei und ab Oktober 2009 während zwei Halbtagen in tagesklinischer Behandlung im Psychiatriezentrum H.____. Es wurde festgehalten, der Versicherte sei durch die Schmerzsymptomatik stark beeinträchtigt und vom intensiven tagesklinischen Therapieangebot überfordert gewesen, so dass es zum Austritt in die ambulante Behandlung gekommen sei (Bericht zuhanden des Krankenversicherers vom 31. März 2010, IV-act. 118-8 f.; Bericht vom 4. November 2009 zuhanden der SUVA, Fremdakten, act. 5-6 f.). Die SUVA tätigte verschiedene Abklärungen und stellte ihre Leistungen mangels Adäquanz per 31. März 2010 ein (Verfügung vom 15. März 2010, Fremdakten, act. 7-1 f.; Einspracheentscheid vom 13. Dezember 2010, Fremdakten, act. 8). RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, nahm am 23. März 2010 Stellung, nach dem erlittenen Verkehrsunfall sei bis zur Einstellung der Leistungen der SUVA am 31. März 2010 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft. Danach habe sich dieser wieder auf Vorniveau stabilisiert (IV-act. 110). Dr. med. J.____, FMH Innere Medizin, attestierte dem Versicherten am 24. März 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 16. Mai 2009. Mit Vorbescheid vom 16. April 2010 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, das Erhöhungsgesuch abweisen zu wollen. Der Gesundheitszustand habe sich nach erlittenem Verkehrsunfall vom 20. November 2008 wieder auf Vorniveau stabilisiert. Es bestehe kein medizinischer Revisionsgrund (IV-act. 114). Mit Einwand vom 21. Mai 2010 machte der Versicherte geltend, er leide seit dem Unfall an Muskelzuckungen und Schwindelzuständen. Die psychischen Beschwerden träten in gesteigertem Masse in Erscheinung (IV-act. 118-1 ff.). RAD-Arzt Dr. I.____ nahm

am 2. Juni 2010 ausführlich zur medizinischen Aktenlage Stellung (IV-act. 119). Der Versicherte legte am 17. August 2010 einen MRI-Befund der LWS vom 1. Juli 2010 ins Recht (IV-act. 120). In einer undatierten Stellungnahme zuhanden des RAD führte der zuständige Radiologe aus, im Vergleich zur Voruntersuchung bestehe eine deutliche Zunahme des medialen Bandscheibenvorfalles im zweituntersten Fach, welcher in der Voruntersuchung nicht erkennbar gewesen sei. Auch die Affektion der im nächsttieferen Fach abgehenden Radices sei so in der Voruntersuchung nicht vorhanden gewesen (IV-act. 125). Die IV-Stelle beauftragte die ABI mit einer Verlaufsbeurteilung (Gutachten vom 17. August 2011; Dr. med. K.____, Innere Medizin und Rheumatologie, Dr. med. F.____, Psychiatrie; Untersuchungen 8. Juni 2011; IV-act. 136). Die Gutachter erkannten gesamt betrachtend, als objektivierbare schmerzauslösende Befunde hätten eine myostatische Insuffizienz, eine ISG-Funktionsstörung links sowie eine Diskushernie L5/S1 ohne radikuläre Symptomatik oder sensomotorische Defizite festgestellt werden können. Hierdurch erkläre sich jedoch nicht das gesamte geklagte Schmerzausmass. Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei eine Schmerzverarbeitungsstörung. Diese werde durch die gleichzeitig bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, verstärkt und beeinflusst. Aufgrund dieser psychischen Komorbidität sei die Arbeitsfähigkeit ab spätestens Juni 2011 für jegliche Tätigkeit noch um 20 % vermindert. Aufgrund der objektivierbaren rheumatologischen Befunde sei dem Versicherten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Automonteur seit dem 30. Juni 2003 nicht mehr zumutbar. Für leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus polydisziplinärer Sicht sei der Versicherte für adaptierte Tätigkeiten zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, vollschichtig realisierbar mit leicht reduziertem Rendement. Im Anschluss an den Autounfall vom 20. November 2008 habe für die Dauer von maximal 8 Wochen eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 136-24 f.). Nachdem RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie FMH, am 6. September 2011 befunden hatte, auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-act. 137), sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 19. Oktober 2011 Berufsberatung zu (IV-act. 147) und erteilte am 9. März 2012 Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung an der M.____ vom 30. Januar bis 29. April 2012 (IV-act. 57) und in der Folge für die insgesamt (einschliesslich Weiterführung) vom 1. Dezember 2012 bis 31. Januar 2014 dauernde Umschulung zum CNC-Programmierer/Operator bei der N.____ (Mitteilungen vom 13. Dezember 2013, IV-act. 169, vom 11. März 2013, IV-act. 179, und vom 27. November 2013, IV-act. 192). Diese schloss der Versicherte erfolgreich ab (Abschlusszeugnis vom 24. November 2013, IV-act. 188). Am 10. März 2014 genehmigte die IV-Stelle dem Versicherten einen Arbeitsversuch bei der O.____ GmbH vom 10. Februar bis 8. August 2014 (Mitteilung, IV-act. 204). Der den Versicherten behandelnde med. pract. P.____, FMH Psychiatrie/Psychotherapie, teilte der IV-Stelle am 23. Mai 2014 mit, der Versicherte habe letzte Woche seinen Vater unter belastenden Umständen in den Krebstod begleitet. Er sei seit 7. Mai 2014 bis voraussichtlich 2. Juni 2014 nicht arbeitsfähig, es sei von einer Bewältigung in einem absehbaren Zeitraum auszugehen. Zuvor habe sich das Arbeitsklima über Wochen verschlechtert. Der Versicherte habe das Vertrauen zu seinem Chef verloren und werde dort voraussichtlich unabhängig von der momentanen Trauerreaktion nicht weitermachen können (IV-act. 208; vgl. auch Telefonat mit dem Versicherten am 26. Mai 2014, IV-act. 219-2). Mit Mitteilung vom 11. Juni 2014 hob die IV-Stelle diejenige vom 10. März 2014 auf, da der Arbeitsversuch aus gesundheitlichen

Gründen per 26. Mai 2014 habe abgebrochen werden müssen (IV-act. 210). Sie beauftragte am 12. August 2014 Q.____ mit der Betreuung des Versicherten (IV-act. 213). Da der Versicherte ein Stellenangebot wegen eines zu langen Arbeitsweges ablehnte und wegen der Eurokrise gelang es nicht, für ihn eine Praktikumsstelle zu finden (Schlussbericht Q.____ vom 22. Juli 2015, IV-act. 217; Verlaufsprotokoll Eingliederung vom 18. August 2015, IV-act. 219). Mit Mitteilung vom 25. August 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um weitere berufliche Massnahmen ab (IV-act. 221). Med. pract. P.____ hielt im Verlaufsbericht vom 8. September 2015 fest, der psychische Zustand des Versicherten habe sich seit dem Gutachten vom August 2011 eindeutig verschlechtert (IV-act. 222). RAD-Arzt Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 14. September 2015 Stellung, seit dem ABI-Gutachten habe sich die Situation durch die erfolgreiche Ausbildung stabilisiert. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig, da med. pract. P.____ unveränderte Diagnosen stelle (IV-act. 226). Mit Vorbescheid vom 20. November 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, die Rente einzustellen (Ersatz des Vorbescheids vom 16. April 2010, IV-act. 233), wogegen der Versicherte mit Einwand vom 8. Januar 2016 vorbringen liess, auf das ABI-Gutachten aus dem Jahr 2011 könne nicht mehr abgestellt werden, da sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe (IV-act. 234). Gestützt auf Stellungnahmen des RAD vom 18. Januar 2016 (IV-act. 235) und des Rechtsdienstes vom 21. Januar 2016 (IV-act. 236) verfügte die IV-Stelle am 22. Januar 2016 die Einstellung der Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats (IV-act. 237). Am selben Tag reichte der Versicherte einen Bericht von med. pract. P.____, datiert vom 12. Januar 2015 (richtig: 2016; IV-act. 242-2), und einen Aufnahmebericht des Psychiatriezentrums H.____ vom 1. Dezember 2015 (IV-act. 242-3 f.) zu den Akten (IV-act. 242). Die IV-Stelle widerrief am 4. April 2016 die Verfügung vom 22. Januar 2016 (IV-act. 256), und das Versicherungsgericht schrieb am 20. April 2016 ein am 12. Februar 2016 gegen diese anhängig gemachtes Beschwerdeverfahren ab (Beschwerde: IV-act. 250-2 ff.; Verfügung Versicherungsgericht IV 2016/51: IV-act. 260). Die IV-Stelle veranlasste eine weitere polydisziplinäre Begutachtung durch die medexperts AG (Gutachten vom 10. Januar 2017, Dr. med. S.____, Psychiatrie; Dr. med. T.____, Rheumatologie; Dr. med. U.____, Dr. med. V.____, Neurologie; Dr. med. W.____, Allgemeine Innere Medizin; Untersuchungen 14. und 17. November 2016). Die Experten kamen zum Ergebnis, aus polydisziplinärer Sicht bestehe eine volle und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Automonteur. In körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren beruflichen Tätigkeiten ohne lang dauernde Arbeiten in Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen/-torsionen sowie ohne kraftanfordernde Arbeiten mit dem linken Arm oder mit beiden Armen über Kopfhöhe bestehe aus polydisziplinär massgeblicher psychiatrischer Sicht (vgl. IV-act. 274-60) eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Die umgeschulte Tätigkeit als CNC-Programmierer/CNC-Operateur sei aus polydisziplinärer Sicht als adaptiert zu bezeichnen (IV-act. 274-87). RAD-Arzt Dr. R.____ würdigte am 13. Januar 2017 das Gutachten, die Untersuchungsergebnisse in den einzelnen Fachgebieten würden ausführlich dokumentiert und zunächst innerhalb jeder Fachdisziplin einzeln zu einer konsistenten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit geführt. Der psychiatrische Gutachter setze sich eingehend mit den von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geforderten Indikatoren auseinander. Alle Gutachter nähmen ausführlich zu bisherigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit Stellung (IV-act. 275). Mit Vorbescheid vom 6. Juli 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten erneut das rechtliche Gehör zur

vorgesehenen Einstellung der Invalidenrente (IV-act. 280). Mit Einwand vom 1. September 2017 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend, die Gutachter hätten von ihm explizit beklagte Beschwerden (Suizidgedanken, beim Aus- und Ankleiden vorhandene Schmerzen) nicht berücksichtigt; der neurologische Gutachter verneine eine Diagnose, obwohl er ihm gegenüber explizit geäußert habe, er gehe von einer 20 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus. Es sei von einem IV-Grad von zumindest 50 % auszugehen (IV-act. 282). RAD-Arzt Dr. R. ___ liess sich am 3. November 2017 dazu vernehmen, es würden keine fachärztlich attestierten, neuen medizinischen Fakten dargelegt. Aus medizinischer Sicht sei weiterhin auf die durch die Sachverständigen erhobenen Befunde abzustellen (IV-act. 283). Der Rechtsdienst führte am 16. November 2017 im Wesentlichen aus, der erhobene objektive psychiatrische Befund habe keinen Anhalt für Fremd- oder Selbstgefährdung ergeben. Dass der neurologische Gutachter dem Versicherten gegenüber geäußert habe, er gehe von einer 20 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus, finde keine Stütze im Gutachten und sei auch nicht plausibel, da keine relevanten funktionellen Einschränkungen erhoben worden seien. Der rheumatologische Gutachter habe auf deutliche Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden und den objektivierbaren pathologischen und radiologischen Befunden hingewiesen. Die Vorbringen im Einwand vermöchten die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen (IV-act. 284). Mit Verfügung vom 26. Juni 2018 stellte die IV-Stelle die Invalidenrente rückwirkend per Ende Februar 2016 ein. Aus dem Gutachten der medexperts vom 10. Januar 2017 gehe hervor, dass seither keine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit (mehr) vorgelegen habe. Die Vorbringen im Einwand vermöchten die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Für das Einkommen ohne gesundheitliche Einschränkungen sei auf den Gesamtarbeitsvertrag für das Autogewerbe Ostschweiz, Automobilfachmann EFZ nach 10 Jahren Berufserfahrung abzustellen. In einer adaptierten Tätigkeit werde eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestätigt. Das Invalideneinkommen bemesse sich nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Männer. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 27 % (IV-act. 289). Mit Beschwerde vom 17. August 2018 beantragt der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. M. Köppel, die Verfügung vom 26. Juni 2018 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Es sei ihm rückwirkend ab Februar 2016 zumindest eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Der psychiatrisch attestierte Einschränkungsgrad von 30 % sei in Anbetracht der Auswirkungen auf die alltägliche Lebensgestaltung deutlich zu tief. Die Einschränkung der Planungs- und Handlungsfreiheit lasse eine Belastung von maximal 50 % halbtags zu. Es sei diesbezüglich ein Bericht des behandelnden Psychiaters und gegebenenfalls eine nochmalige psychiatrische Expertise einzuholen. Es werde die Befragung des behandelnden Psychiaters als sachverständiger Zeuge beantragt. Der neurologische Gutachter habe ihm gegenüber bestätigt, dass in neurologischer Hinsicht funktionelle Einschränkungen bzw. eine 20 %-ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen würden. Dieser sei damit im Vorbescheidverfahren nicht konfrontiert worden. Es werde bestritten, dass dem rheumatologischen Gutachter im Zusammenhang mit dem Aus-/Anziehen kein Schmerz- bzw. Schonverhalten aufgefallen sei. Die Beeinträchtigungen in rheumatologischer Hinsicht hätten durchaus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. Insgesamt sei von einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auszugehen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Oktober 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der psychiatrische Gutachter habe für die nach dem Abbruch des Arbeitsversuchs eingetretene Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes, die

sich im Vergleich zum ABI-Gutachten von 2011 in einer um 10 % höheren Arbeitsunfähigkeit niedergeschlagen habe, vor allem eine verschärfte psychosoziale Belastungssituation (Konfliktsituation mit der Ehefrau, finanzielle Probleme) verantwortlich gemacht. Sowohl das ABI-Gutachten vom 8. Juni 2011 als auch das medexperts- Gutachten vom 10. Januar 2017 erfüllten die Anforderungen an beweismässige ärztliche Entscheidungsgrundlagen. Die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erscheine insgesamt angemessen, da sie sowohl den verbleibenden Ressourcen als auch den vorhandenen Handicaps ausgewogen Rechnung trage. Sie überzeuge auch im Lichte der massgeblichen Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. Dass der neurologische Gutachter dem Versicherten gegenüber geäussert habe, er gehe von einer 20 %-igen Arbeitsunfähigkeit aus, finde keine Stütze im Gutachten und sei unglaubwürdig, da keine relevanten funktionellen Einschränkungen erhoben worden seien. Der rheumatologische Gutachter habe auf deutliche Diskrepanzen zwischen den beklagten Beschwerden und den objektivierbaren pathologischen und radiologischen Befunden hingewiesen. Zusammenfassend habe ab der Verlaufsbeurteilung im ABI am 8. Juni 2011 bis zur Beendigung der Umschulung Ende Januar 2014 im Wesentlichen eine lediglich leicht ausgeprägte depressive Störung mit Auswirkung einer 20 %-igen Arbeitsunfähigkeit vorgelegen und sei im weiteren Verlauf eine vor allem durch psychosoziale Belastungsfaktoren geprägte Verschlechterung des depressiven Geschehens eingetreten, welche sich nach dem im Mai 2014 erfolgten Abbruch des Arbeitsversuchs in der umgeschulten Tätigkeit als CNC-Operator in einer 30 %-igen Arbeitsunfähigkeit auswirke. Ein medizinischer Revisionsgrund liege vor. Die Vergleichseinkommen würden zu Recht nicht beanstandet. Die Rücknahme der Sache ins Verwaltungsverfahren bedeute nicht, dass das Ergebnis der (widerrufenen) Verfügung vom 22. Januar 2016 falsch gewesen sei, sondern bloss, dass es beim damaligen Abklärungsstand noch nicht hinreichend habe bestätigt werden können. In Anbetracht des sechseinhalb Jahre dauernden Revisionsverfahrens mit umfassender polydisziplinärer Beurteilung und Durchführung beruflicher Massnahmen sei nicht davon auszugehen, dass in missbräuchlicher Weise ein möglichst früher Revisionszeitpunkt provoziert worden sei. Deshalb habe der mit der Verfügung vom 22. Januar 2016 verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung trotz der Zurücknahme der Sache ins Verwaltungsverfahren für die Dauer des Abklärungsverfahrens andauert. Der Beschwerdeführer habe denn auch seither mit diesem Ergebnis rechnen müssen (act. G 4). Mit Replik vom 27. November 2018 bestreitet der Beschwerdeführer, dass das Verhältnis der Ehefrau bzw. die finanzielle Lage zu den aktuellen gesundheitlichen Problemen geführt haben. Vielmehr habe der schlechte Gesundheitszustand nachweislich zuerst bestanden und dazu geführt, dass er arbeitsunfähig geworden sei und Probleme habe, sein Leben zu bewältigen. Hierzu wird erneut die Befragung von med. pract. P. ___ als sachverständiger Zeuge beantragt (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 7. Dezember 2018 auf eine Duplik (act. G 10). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin behandelte die Mitteilung des Beschwerdeführers vom 28. Juli 2009 (IV-act. 98) zu Recht als Revisions- bzw. Erhöhungsgesuch, nachdem das vorherige, am 15. August 2006 eingeleitete amtliche Revisionsverfahren (IV-act. 63) mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 9. Juli 2008 (IV-act. 94) abgeschlossen worden war. Somit ist eine Rentenanpassung ab Juli 2009 zu prüfen (Art. 88 bis Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Streitgegenstand bildet die Renteneinstellung per Ende Februar 2016 (IV-act. 289-1). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen

oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 548 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand (vgl. Urteil 9C_896/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.1, in: SVR 2012 IV Nr. 36 S. 140; Urteil 9C_410/2015 vom 13. November 2015 E. 2). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrads ist bei der Prüfung eines Gesuchs um Erhöhung der Rente wie auch bei der Prüfung einer Rentenanpassung von Amtes wegen die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108; BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2010, 9C_438/2009, E. 1). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1; Urteil vom 5. Dezember 2012, 9C_427/2012, E. 3.4). 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). 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). 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 ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Medizinische Grundlage der angefochtenen Einstellungsverfügung ist das

Gutachten der medexperts AG vom 10. Januar 2017, worin dem Beschwerdeführer im Wesentlichen aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert wird (IV-act. 274). Für den Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit der Referenzverfügung ist zudem das Verlaufsgutachten der ABI vom 17. August 2011 (IV-act. 136) massgeblich. Während der medexperts-Begutachtung im November 2016 berichtete der Beschwerdeführer, aktuell bestünden Schmerzen lumbal mit Ausstrahlungen in das Bein bis in die Zehen. Diese seien im Liegen weniger stark als im Stehen und Gehen. Die Schmerzintensität betrage 5 bis 8 auf der Schmerzskala von 0 bis 10 (IV-act. 274-46). Im Nacken-/Schulterbereich verspüre er linksbetonte Verspannungen, aber keine eigentlichen Schmerzen. Ausserdem habe er Schmerzen im Sternumbereich (IV-act. 274-46). Der Arbeitsversuch bei der O.____ AG sei aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden. Gründe seien die Schmerzen und die hohe psychische Belastung durch den Tod seines Vaters gewesen. Ausserdem sei es beinahe zu einer Schlägerei mit dem Chef gekommen. Die Tätigkeit als CNC-Programmierer/Operateur sei körperlich nicht wesentlich leichter gewesen als die zuletzt ausgeübte als Automonteur. Aktuell besuche er zweimal wöchentlich vormittags die Tagesklinik des Psychiatrischen Zentrums H.____. Davon müsse er sich jeweils während zwei Stunden erholen. Im Übrigen verbringe er den Tag mit Liegen und Spaziergängen, letzteres auch alleine, da er "keine Nerven" mehr habe. Er habe Durchschlafstörungen, erwache wegen Träumen, einem Einschlafgefühl in den Armen oder Schmerzen (IV-act. 274-41, 50). Die Herabsetzung der ganzen auf eine halbe Rente 2008 und die Begutachtung 2010 mit Ergebnis einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit sei für ihn ein grosser Schock gewesen. Er sei damals kurz vor einem Suizid gestanden und habe auch aktuell immer wieder Suizidgedanken und -impulse. Seit 2011 fühle er sich immer schlechter. Seit Februar 2016 erhalte er kein Geld mehr von der IV. Er habe bisher nicht den Mut aufbringen können, sich beim Sozialamt zu melden. Um die finanzielle Enge, die Kinder und das "Leben allgemein" gebe es täglich Streit. Er habe die Kinder früher teils geschlagen, wenn es zu einer Überforderung gekommen sei, und sei so wütend gewesen, dass er Angst gehabt habe, ihnen etwas anzutun oder sie umzubringen. Er sei besorgt, dass seine Frau sich scheiden lassen könnte, und würde sich dies andererseits manchmal auch wünschen (IV-act. 274-50 f., 53 und 58). Er sei seit ca. fünf Jahren in Behandlung bei med. pract. P.____ und habe aktuell alle zwei bis vier Wochen eine Sitzung. Er sehe kaum eine Zukunft und fühle sich schuldig, weil sein Vater im Mai 2014 an Nierenkrebs verstorben sei (IV-act. 274-51 f.). Aufgrund der klinischen Befunde ordnete der neurologische Gutachter der medexperts AG die Schmerzen im Ober- und Unterschenkel am ehesten einer Reizsymptomatik der Nervenwurzeln L5 und S1 zu, fand weiter aber, wie schon der rheumatologische Vorgutachter im Jahr 2011 (IV-act. 136-22), keinen Anhalt für eine relevante Radikulopathie oder radikuläre Reizsymptome, insbesondere keine motorischen oder anhaltenden sensiblen Ausfälle. Anamnestisch und klinisch seien seit Jahren keine neuen Aspekte aufgetreten (vgl. IV-act. 274-71, 85). Der rheumatologische Gutachter kam zum Schluss, es bestehe unverändert ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei leichter Skoliose, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung, Sakroiliakalgelenksdysfunktion rechts, lumbosakraler Übergangsanomalie mit Teillumbalisation von SWK 1 rechts, kernspintomographisch breitbasigem Diskusprolaps L5/S1 linksbetont mit anamnestisch möglicher intermittierender Irritation der S1-Wurzeln beidseits, mittel- bis hochgradiger Osteochondrose L5/S1 und linksbetonter hypertropher Spondylarthrose L5/S1 mit Erguss links und geringer Einengung des Recessus lateralis und des Foramen intervertebrale ohne Neurokompression (IV-act. 274-85). Bereits im

Erstgutachten 2008 wurde aus neurologischer Sicht festgehalten, aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms mit ischialgiformer Schmerzsymptomatik und neurologisch dokumentierten Veränderungen sei dem Versicherten die bisherige Tätigkeit als Automonteur, welche als mindestens körperlich mittelschwer eingestuft werden müsse, seit dem 30. Juni 2003 bleibend nicht mehr zuzumuten. Aus somatischer Sicht bestehe für leichte bis intermittierend mittelschwere körperliche Arbeiten in wechselhafter Stellung eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 83-18). Die SUVA verneinte gestützt auf ihre Abklärungen eine strukturelle Verschlimmerung der Lendenwirbelsäulenproblematik durch den Unfall vom 20. November 2008 (Einspracheentscheid vom 13. Dezember 2010, Fremdakten, act. 8-5). Im Verlaufsgutachten des ABI vom 2011 wurde diese Beurteilung aus rheumatologischer Sicht bestätigt (IV-act. 136-23). Das medexperts-Gutachten kam aus rheumatologischer Sicht zum Schluss, aufgrund des Anforderungsprofils als Automonteur sei nach wie vor und unverändert gegenüber dem Vorgutachten von einer vollen und dauerhaften Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit auszugehen. In einer adaptierten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (mit allerdings zusätzlichen Adaptationskriterien, dazu nachfolgend, IV-act. 274-86). Diese Einschätzung entspricht den Vorgutachten, insbesondere auch demjenigen vom 4. Februar 2008 (IV-act. 83-18; IV-act. 136-24). Somit ist hinreichend nachvollziehbar dargetan, dass mit Bezug auf die organisch nachweisbaren Beschwerden der Lendenwirbelsäule keine Verschlimmerung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die HWS-, Schulter-, Arm- und Thoraxbeschwerden wurden hauptsächlich beginnend mit dem Unfallereignis vom 20. November 2008 geltend gemacht (Austrittsbericht Rehaklinik Bellikon vom 14. Mai 2009, IV-act. 100-6 f.; Verlaufsgutachten 2011, IV-act. 136-19 f., wo allerdings schon vor dem Unfall vorhandene Nackenschmerzen erwähnt wurden; Gutachten medexperts AG, IV-act. 274-45 f.; 64). Der Kreisarzt der SUVA berichtete aufgrund seiner Untersuchung am 23. Februar 2009, im Rahmen der kurzstationären Aufnahme im Spital X.____ hätten keine strukturell fassbaren, unfallkausalen Verletzungen festgestellt werden können. Objektiv bestehe aufgrund der Schmerzsymptomatik und der multiplen Beschwerden noch eine Belastungseinbusse. Aktuell sei die volle Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 20. November 2008 ausgewiesen (Fremdakten, act. 3-45 ff.). Eine MRI-Untersuchung vom 31. Juli 2009 ergab diskrete Protrusionen C5/6 und C6/7 sowie eine diskrete Discusdegeneration C3/4 und C5/6 ohne Nachweis einer Nervenwurzelalteration sowie eine Streckhaltung der Halswirbelsäule (Fremdakten, act. 3-9). Anlässlich einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung vom 25. November 2009 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer beschreibe ausgedehnteste Schmerzen im Bereich fast des gesamten Körpers, die er auf die Auffahrkollision zurückführe. Klinisch fänden sich kaum relevante Pathologien in Bezug auf die HWS-Verletzung bei unauffälligem Muskelstatus, recht guter Beweglichkeit der HWS sowie nicht klar pathologischen neurologischen Befunden (Fremdakten, act. 5-2 ff.). Prof. Dr. med. Y.____, Facharzt FMH Neurologie, führte in seinem Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2009 aus, in der klinischen Untersuchung zeige sich lediglich eine Sensibilitätsstörung am linken Arm, die keinem Nervenversorgungsgebiet oder Dermatom zuzuordnen sei. Sie lasse sich nicht substantiieren. Ansonsten sei der Untersuchungsbefund regelrecht. In der Neurographie zeige sich lediglich ein beginnendes Carpaltunnelsyndrom, das vermutlich noch asymptomatisch sein dürfte. Somit bestünden auf neurologischem Gebiet eine unspezifische Zervikobrachialgie links, ein chronischer Kopfschmerz vom Spannungstypus mit okzipitaler Betonung sowie eine unspezifische Lumboischialgie. Eindeutige neurologische

Defizite seien nicht festzustellen, auch die Elektroenzephalographie habe einen regelrechten Befund erbracht (Fremdakten, act. 6). Die SUVA stellte die Leistungen per 31. März 2010 ein, da die aktuell noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz nicht gegeben sei (Verfügung vom 15. März 2010, Fremdakten, act. 7-1 f.; Einspracheentscheid vom 13. Dezember 2010, Fremdakten, act. 8-5, wonach der medizinische Sachverhalt umfassend geklärt sei und keine strukturelle Läsion der Halswirbelsäule vorliege). Mit Blick auf die medizinischen Vorakten erscheint schlüssig und nachvollziehbar, dass der neurologische und der rheumatologische Gutachter der medexperts einen Einfluss des chronischen zervikospodylogenen Schmerzsyndroms mit kernspintomographisch und radiologisch unauffälligem Befund auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten verneinten (IV-act. 274-73, 86). Aus rheumatologischer Sicht wurde insbesondere festgehalten, die muskulären Verspannungen im Schulter-/Nackebereich und die Kopfschmerzen hätten sich zwischenzeitlich gebessert (IV-act. 274-84). Den Schulterschmerzen wurde ergänzend zum Zumutbarkeitsprofil gemäss ABI-Gutachten 2011 mit einer zusätzlichen Einschränkung bezüglich kraftanfordernder Arbeiten mit der linken oberen Extremität und mit beiden Armen über Kopfhöhe Rechnung getragen (IV-act. 274-86). Nach dem Gesagten ist schlüssig und nachvollziehbar, dass in somatischer (neurologischer / rheumatologischer) Hinsicht für adaptierte Tätigkeiten keine quantitative Einbusse der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Für eine Einschränkung von 20 % aus neurologischer Sicht ergeben sich aus den Ausführungen der Gutachter oder den medizinischen Vorakten keine Anhaltspunkte. Möglicherweise bezog sich die vom Beschwerdeführer angerufene Aussage des neurologischen Gutachters auf die 20 %-ige Arbeitsunfähigkeit gemäss ABI-Gutachten 2011. Im Übrigen wäre eine neurologisch attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit aus einem anderen Fachgebiet zu addieren. Dem Beschwerdeführer wurde in sämtlichen psychiatrischen Berichten eine depressive Störung diagnostiziert. Diese wurde bereits vor dem Unfall vom 20. November 2008 im ABI-Gutachten vom 4. Februar 2008 (IV-act. 83-13) und danach im Psychiatriezentrum H.____ (Bericht vom 31. März 2010 zuhanden des Krankenversicherers, IV-act. 118-8 f.) sowie in der Rehaklinik Bellikon (Austrittsbericht vom 14. Mai 2009, IV-act. 100-2, 7) als mittelgradig eingestuft. Im Verlaufsgutachten der ABI vom 17. August 2011 wurde aufgeführt, es bestehe eine Diskrepanz zwischen aktuell demonstrierten und beklagten Beschwerden einerseits und der realen Alltagsgestaltung andererseits. So sei der Beschwerdeführer während der Untersuchung in Schluchzen ausgebrochen, habe sich bedrückt, verstimmt und lustlos gezeigt und auf verschiedene Schmerzlokalisationen verwiesen. Andererseits habe er eine fünfwöchige Reise nach Z.____ unternehmen können und benütze für die Fahrt nach Ba.____ und zum Einkaufen das Auto. Er sei nicht isoliert, habe Kontakte zu Familienangehörigen und ehemaligen Arbeitskollegen und seit der Berentung 2003 zwei Kinder gezeugt, woraus eine zukunftsweisende Lebensgestaltung abgeleitet werden könne. Die antidepressive Therapie werde durch ein relativ schwach wirksames Phytotherapeutikum durchgeführt (Johanniskraut, IV-act. 136-16). Gegenwärtig seien daher lediglich die Kriterien für eine leichtgradige depressive Störung erfüllt. Es fehlten eine vitale Traurigkeit, ein zirkadianer Rhythmus, eine erkennbare Antriebsstörung, eine nachvollziehbare Suizidalität und ein wesentlicher Interessenverlust an den familiären Aktivitäten, um die Kriterien einer mittel- oder schwergradigen depressiven Störung zu sichern (IV-act. 136-18). Im psychiatrischen Teilgutachten der medexperts AG wurde die depressive Episode wiederum als mittelgradig bezeichnet; für die Ausprägung und den Verlauf der depressiven Störung spielten psychosoziale Probleme in Form eines massiven

Ehekonflikts mit teils gewalttätigem Verhalten, aber auch berufliche Perspektivenlosigkeit, eine wesentliche Rolle (IV-act. 274-57 f.). Die unterschiedliche Einstufung der Depression beruht demnach mehr auf einer unterschiedlichen Betonung der Ressourcen gegenüber den diesen hemmenden psychosozialen Belastungsfaktoren und wird nicht durch die Anzahl der erfüllten Diagnosekriterien begründet. Dass sich die Auswirkungen der psychosozialen Belastungsfaktoren seit der Verlaufsbeurteilung 2011 verschärft haben, erscheint in Anbetracht der Ausführungen des Beschwerdeführers und der Gutachter plausibel. Die Ehestreitigkeiten werden heftiger beschrieben (IV-act. 274-59), hingegen sind die Fähigkeiten gemäss Mini-ICF weitgehend uneingeschränkt (IV-act. 274-61). Im Verlaufsgutachten der ABI von 2011 wurde anstelle einer somatoformen Schmerzstörung eine Schmerzverarbeitungsstörung mit algogener Verstimmung (ICD-10: F54.00) diagnostiziert, da eine in der Kindheit stattgefundene Stresssituation mit erhöhter Vulnerabilität beim Beschwerdeführer nicht auszumachen sei (IV-act. 136-19). In Anbetracht der in der Beurteilung durch die medexperts berichteten durch einen gewalttätigen Vater geprägten Kindheit (IV-act. 274-57) sowie der übrigen Beurteilungen (Berichte Psychiatriezentrum H. ___ vom 31. März 2010, IV-act. 118-8 f., und vom 1. Dezember 2015, IV-act. 242-3 f.) ist die Herleitung der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung durch den psychiatrischen medexperts-Gutachter nachvollziehbar (IV-act. 274-59). Letztlich ist die diagnostische Einordnung vor dem Hintergrund der am 3. Juni 2015 geänderten Rechtsprechung (BGE 141 V 281) nicht mehr von vorrangiger Bedeutung (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1 und vom 8. August 2019, 9C_344/2019, E. 4.2). Nachvollziehbar verneint der psychiatrische medexperts-Gutachter das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (IV-act. 274-57) und einer Persönlichkeitsstörung (IV-act. 274-58). Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters der medexperts AG erfolgte unter Berücksichtigung des ressourcenhemmenden Einflusses psychosozialer - insbesondere finanzieller und familiärer - Belastungsfaktoren und der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens. Gesamtbetrachtet werden die Beschwerden stimmig in geringerem Ausmass den objektivierbaren somatischen Befunden, einer mittelgradigen depressiven Störung und einer somatoformen Schmerzstörung zugeschrieben. Nachvollziehbar ist auch, dass sich die depressive Störung im Zusammenhang mit den zunehmenden psychosozialen Belastungen stärker auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Diesem Umstand wurde durch eine gegenüber dem ABI-Gutachten von 2011 um 10 % höheren Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit Rechnung getragen. Aus den medizinischen Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass darüber hinaus eine somatisch begründete quantitative Arbeitsunfähigkeit bestünde, die über eine psychiatrisch begründete hinausgehen würde. Der Beschwerdeführer beantragt die Befragung von med. pract. P. ___ zum Vorliegen einer höheren als vom psychiatrischen medexperts-Gutachter attestierten Arbeitsunfähigkeit (act. G 1-4). Der behandelnde Psychiater äusserte sich insbesondere im Verlaufsbericht vom 8. September 2015 zur Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und hielt mit Blick auf die gesteigerten familiären Spannungen eine eindeutige Verschlechterung des Zustandsbildes fest (IV-act. 222). Der psychiatrische Gutachter legte nachvollziehbar dar, dass hier eine gegenseitige systemische Wechselwirkung vorliege, dass aus gutachterlicher Sicht klar psychosoziale Probleme eine Rolle spielten und dass das impulsive Verhalten des Beschwerdeführers nicht auf einer Persönlichkeitsstörung beruhe (IV-act. 274-56 ff.). Diese Auffassung wird mit Hinweis auf die erfolgreich abgeschlossene Umschulung auch vom RAD ausführlich begründet geteilt

und der Sachverhalt als ausreichend abgeklärt bezeichnet (Stellungnahmen vom 14. September 2015, IV-act. 226, und vom 18. Januar 2018, IV-act. 235). Zu Recht weist der Gutachter auch darauf hin, dass med. pract. P.____ in seinen Berichten keine detaillierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgegeben habe (IV-act. 274-56). Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgte gestützt auf die Mini-ICF (IV-act. 274-61) und berücksichtigt die Zuspitzung der psychosozialen Situation insofern, als eine - durch deren ressourcenhemmende Wirkung bedingt - um 10 % höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert wird als im Vorgutachten. Somit ist nicht davon auszugehen, dass von einer Befragung von med. pract. P.____ zusätzliche Erkenntnisse zum medizinischen Sachverhalt zu erwarten wären, welche am Gutachten der medexperts begründete Zweifel zu erwecken vermöchten. Es kann daher davon abgesehen werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung, BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148). Gesamtbetrachtend ist mithin gestützt auf das Gutachten der medexperts AG vom 10. Januar 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % spätestens seit dem Scheitern des Praktikums nach dem Abschluss der Umschulung 2014 (IV-act. 274-87) auszugehen. Für die Bemessung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf den Lohn gemäss Gesamtarbeitsvertrag für das Autogewerbe Ostschweiz ab und setzte dieses mit Fr. 62'400.-- ein (angefochtene Verfügung, IV-act. 289). Der Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) beträgt für das Jahr 2014 im Wirtschaftszweig Handel, Instandhaltung und Reparatur von Motorfahrzeugen (T_1, Ziff. 45-47) im zufolge abgeschlossener Lehre als Automobilfachmann anwendbaren Kompetenzniveau 2, Männer, Fr. 5'240.--. Bei einer durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,9 Wochenstunden ergibt sich so ein Valideneinkommen von Fr. 5'240.-- : 40 x 41,9 x 12 = Fr. 65'867.--. Das Invalideneinkommen berechnete die Beschwerdegegnerin anhand des Durchschnittslohnes Kompetenzniveau 1, Männer. Dieses betrug 2014 Fr. 66'453.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2) und entspricht bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % Fr. 46'517.--. Somit ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 29,4 %. Selbst wenn stattdessen auf das Einkommen als CNC-Mechaniker, welches aktuell mit Fr. 67'602.-- angegeben wird (<https://www.lohnanalyse.ch/ch/loehne/details/cnc-mechanikerin.html>; eingesehen am 14. Juni 2020), abgestellt und ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10 % berücksichtigt würde, würde ein Invaliditätsgrad von lediglich 35 % resultieren ([Fr. 67'602.--x 0,7 x 0,9 - Fr. 65'867.--] : Fr. 65'867.--). Der Beschwerdeführer hat somit keinen Rentenanspruch mehr. Die streitige Renteneinstellung erfolgte per Ende Februar 2016. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte der Beschwerdeführer gestützt auf die Verfügung vom 9. Juli 2008 Anspruch auf eine halbe Rente. Dieser beruhte auf einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (IV-act. 94). Dass die Arbeitsunfähigkeit nach Einreichung des Revisionsgesuchs vom 28. Juli 2009 vorübergehend höher gewesen wäre, ergibt sich weder aus dem ABI-Verlaufsgutachten vom 17. August 2011 (IV-act. 136) noch aus dem Gutachten der medexperts vom 10. Januar 2017. Der Beschwerdeführer hat somit auch rückwirkend befristet keinen höheren Rentenanspruch. 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 sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und durch den von ihm geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Der Beschwerdeführer hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine

Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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