

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/94 vom 3. November 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2020\\_94](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_94)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/94 du 3 novembre 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/94 del 3 novembre 2021

## **Regeste**

Art. 28 IVG, Art. 17 ATSG. Unfall mit Handverletzung. Rentenrevision. Revisionsgrund bejaht. Würdigung mehrerer Gutachten. Abweisung (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. November 2021, IV 2020/94).

## **Volltext**

Entscheidung vom 3. November 2021 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Annina Janett Geschäftsnr. IV 2020/94 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Arthur Andermatt, Teufener Strasse 8, Postfach 130, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ zog sich am 20. September 2005 bei der Arbeit eine distale, dislozierte Radiusfraktur der dominanten rechten Hand zu, die gleichentags im Spital B.\_\_\_\_ operativ versorgt wurde. Bei im Verlauf persistierenden Handgelenksbeschwerden wurde der Versicherte zur stationären Handrehabilitation und neurologischen Abklärung an die Rehaklinik Bellikon überwiesen (vgl. zum Ganzen Fremd-act. 1-64 ff., 1-94 f., 1-119 f., 1-133 ff., 1-143). Im Rahmen des Rehabilitationsaufenthalts kamen die behandelnden Ärzte zum Schluss, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sei ihm hingegen ganztags zumutbar (Austrittsbericht vom 3. April 2006, Fremd-act. 1-102 ff.). Am 14. Juni 2006 erfolgte im Spital B.\_\_\_\_ die Metallentfernung mit Denervation des Handgelenks und Arthrolyse (Fremd-act. 1-54). Vom 22. bis 30. August 2006 war der Versicherte bei den Diagnosen einer psychischen Dekompensation mit ausgeprägter Angststörung, Wahnvorstellungen und latenter Suizidalität sowie eines chronischen Schmerzsyndroms der rechten Hand im Spital C.\_\_\_\_ hospitalisiert (Bericht vom 29. September 2006, Fremd-act. 1-24 ff.). Vom 29. November 2006 bis 12. Januar 2007 erfolgte aufgrund einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen sowie einer somatoformen Schmerzstörung in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ eine stationäre psychiatrische Behandlung (vgl. Austrittsbericht vom 12. Januar 2007, Fremd-act. 1-3 ff.). Anschliessend wurde der Versicherte durch das Sozialpsychiatrische Zentrum E.\_\_\_\_ ambulant psychiatrisch weiterbehandelt (vgl. Fremd-act. 1-17, IV-act. 21). Am 22. Januar 2007 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Nach Einholung verschiedener Arztberichte (vgl. IV-act. 14, 16, 20 ff.) erachtete der IV-interne Regionale Ärztliche Dienst (RAD) den Versicherten in allen Tätigkeiten als zu 100% arbeitsunfähig. Nach frühestens einem Jahr könne eine Beurteilung des Verlaufs eingeholt werden, um die weitere Prognose abzuschätzen (Bericht vom

17. August 2007; IV-act. 23). Mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2007 stellte die IV-Stelle dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100% die Ausrichtung einer ganzen Rente ab dem 1. September 2006 in Aussicht (IV-act. 33). Am 22. November 2007 verfügte sie gemäss Vorbescheid (IV-act. 37, 40). Der Unfallversicherer stellte seine Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen nach einer kreisärztlichen Abschlussuntersuchung und Beurteilung per 31. Juli 2008 ein (vgl. Fremd-act. 3-46 ff., Fremd-act. 4). Mit Verfügung vom 11. Juli 2008 wurden dem Versicherten ab dem 1. August 2008 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 14% und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5% zugesprochen. Der Unfallversicherer hielt fest, dass dem Versicherten leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne die Arbeit auf Leitern oder Gerüsten ganztags möglich seien. Die psychogenen Störungen, die seine Erwerbsfähigkeit neben den organisch bedingten Unfallfolgen beeinträchtigten, stünden nicht in einem adäquat-kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Ereignis (Fremd-act. 5). Die dagegen erhobene Einsprache wies der Unfallversicherer nach weiteren neurologischen und handchirurgischen Abklärungen (vgl. Fremd-act. 7-6 ff., 7-25 ff., 8-2 f.) mit Entscheid vom 8. Juni 2010 ab (Fremd-act. 9). Dieser Einspracheentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Im Januar 2010 leitete die IV-Stelle ein amtliches Rentenrevisionsverfahren ein, in dessen Rahmen sie die Akten des Unfallversicherers beizog (vgl. IV-act. 43 ff., 53). Die behandelnden Ärzte beschrieben den Gesundheitszustand des Versicherten in ihren Verlaufsberichten trotz einer ausgedehnten Psychopharmaka-Therapie als gleichbleibend schlecht bis verschlechtert. Der Versicherte leide an einer schweren depressiven Störung mit Konzentrationsstörungen und paranoiden Ängsten (vgl. insb. IV-act. 49, 52). Im April 2010 erfolgte die Verbeiständung des Versicherten (IV-act. 51, 58, vgl. auch die Akten der F.\_\_\_\_, Fremd-act. 11). Im Februar 2011 stellte die Beiständin, eine mit dem Versicherten entfernt verwandte Nachbarin, Frau G.\_\_\_\_, einen Antrag auf die Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung für den Versicherten. Sie gab an, dem Versicherten seit 4 Jahren während 84 Stunden wöchentlich zu helfen (IV-act. 56). Im Juli 2011 leitete die IV-Stelle bei Verdacht auf Inkonsistenzen weitergehende Abklärungen ein (vgl. IV-act. 68 ff.). In diesem Rahmen liess sie den Versicherten überwachen und führte ein Standortgespräch sowie unangemeldete Hausbesuche durch (vgl. den Observationsbericht vom 24. November 2011, IV-act. 79; das Gesprächsprotokoll vom 22. November 2011, IV-act. 75 f., und die Gesprächsnotiz vom 15. Dezember 2011, IV-act. 80-2 f.). Am 15. Dezember 2011 kam der zuständige IV-Mitarbeiter zum Schluss, dass auch unter Anwendung weitergehender Abklärungsmassnahmen die Zweifel bzw. Verdachtsmomente auf einen ungerechtfertigten Leistungsbezug nicht hätten erhärtet werden können. Es müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Versicherte schwer psychisch eingeschränkt sei (IV-act. 80-3). Daraufhin teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 23. Dezember 2011 mit, dass er weiterhin unverändert Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100%) habe (IV-act. 83). Im März 2012 wurde neu eine Amtsvormundin mit der Beistandschaft des Versicherten betraut (IV-act. 88). Im Rahmen der Abklärungen des Anspruchs des Versicherten auf Hilflosenentschädigung (vgl. IV-act. 90 ff.) fand am 26. September 2012 eine RAD-Abklärung statt. Im Abklärungsbericht vom 28. September 2012 erwähnte die RAD-Ärztin insbesondere ein katatonies Zustandsbild bei anamnestisch schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.1). Sie hielt fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten im Vergleich mit den Befunden aus den früheren psychiatrischen Berichten verschlechtert habe. Er habe in der Abklärungssituation ein mutistisches Bild geboten und antriebsgehemmt, blockiert, affektiv

kaum schwingungsfähig, angespannt, ängstlich und ratlos gewirkt. Aus psychischen Gründen benötige er bei den meisten alltäglichen Verrichtungen anhaltende Aufforderungen, teilweise Anleitungen und Supervision. Zu einer selbständigen Lebensführung wäre er ohne kontinuierliche Betreuung und Begleitung aufgrund seiner schweren psychischen Erkrankung nicht in der Lage. Eine Verwandte und Nachbarin, Frau G.\_\_\_\_, habe ca. sechs Jahre zuvor die Betreuung der Familie übernommen, aktuell in einem Umfang von ca. 12 Stunden pro Tag (IV-act. 98). Im Oktober 2012 erfolgte im Rahmen der Prüfung des IV-Leistungsanspruchs der Ehefrau des Versicherten eine Überwachung des Ehepaares sowie von Frau G.\_\_\_\_ zur Überprüfung des geltend gemachten Betreuungsaufwandes (vgl. IV-act. 105 f.; IV-act. 123; vgl. auch die Protokolle der Gespräche mit der Ehefrau des Versicherten sowie mit Frau G.\_\_\_\_; IV-act. 119, 120). Aufgrund des anlässlich dieser Überwachung beobachteten Verhaltens des Versicherten leitete die IV-Stelle im Oktober 2013 ein neues Rentenrevisionsverfahren ein (IV-act. 125 ff.). Dabei wurde der Gesundheitszustand des Versicherten von Dr. H.\_\_\_\_ und Frau G.\_\_\_\_ als verschlechtert angegeben, da er sich seit der Observation verfolgt fühle (IV-act. 135-3, 140-8). Daraufhin veranlasste die IV-Stelle im April 2014 eine bidisziplinäre psychiatrische und orthopädische Begutachtung (IV-act. 145). Am 16. Juni 2014 wurde der Versicherte von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, orthopädisch begutachtet. Der Gutachter attestierte dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten und hielt fest, dass der klinische Befund in krassem Gegensatz zu den angegebenen Beschwerden stehe (Gutachten des Orthopädischen Schmerzzentrums J.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2015, IV-act. 166). Nachdem die psychiatrische Begutachtung an zwei Terminen nicht hatten durchgeführt werden können, leitete die IV-Stelle am 8. August 2014 ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein (IV-act. 153, vgl. auch IV-act. 151 f.). Am 2. Oktober 2014 teilte der psychiatrische Gutachter, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der IV-Stelle mit, dass der Versicherte zwar zum dritten Begutachtungstermin vom 1. Oktober 2014 erschienen sei, eine psychiatrische Begutachtung aufgrund seines Verhaltens aber nicht habe durchgeführt werden können. Er erachtete die ambulante Untersuchbarkeit des Versicherten als nicht vorhanden und empfahl eine stationäre Begutachtung (IV-act. 163, vgl. auch IV-act. 159 ff.) Mit Vorbescheid vom 23. März 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht, da nach aktuellem Aktenstand ein die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkender Gesundheitszustand nicht mehr nachgewiesen sei (IV-act. 168). Am 29. Mai 2015 verfügte die IV-Stelle die Einstellung der bisherigen ganzen Invalidenrente (IV-act. 178). In der Folge erhob der Versicherte gegen die Renteneinstellung Beschwerde am Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 189-2 ff., 190), welche dieses aus verfahrensrechtlichen Gründen mit Entscheid vom 16. Februar 2016 (IV 2015/203, IV-act. 205) guthiess. Mit Urteil vom 16. Januar 2017 hob das Bundesgericht den Entscheid des Versicherungsgerichts auf und bestätigte die Verfügung der IV-Stelle (9C\_244/2016, IV-act. 224). Im April 2017 reichte der Beschwerdeführer erneut eine Anmeldung zum IV-Leistungsbezug ein und erklärte sich dazu bereit, sich den notwendigen Begutachtungen zu unterziehen und bei den Abklärungen zu kooperieren (IV-act. 231, 246). In der Folge gab die IV-Stelle eine neue psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Forensische Psychiatrie, Psychiatrisches Zentrum M.\_\_\_\_, in Auftrag (vgl. IV-act. 267, 269, 273, 276), wobei der Versicherte zum ersten Gutachtentermin nicht erschien und im Verlauf verschiedene Atteste einreichte (vgl. IV-act. 278 ff.). Nachdem die IV-Ärztin Dr. med. N.\_\_\_\_ diese als nicht überzeugend erachtet hatte, forderte die IV-Stelle

den Versicherten unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflichten am 19. Februar 2019 letztmals auf, sich der Begutachtung zu unterziehen (IV-act. 289). Am 13. März 2019 wurde der Versicherte von Dr. L.\_\_\_\_ psychiatrisch begutachtet. Im Gutachten vom 6. Mai 2019 kam der psychiatrische Facharzt zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Jahr 2008, abgesehen von einer Phase der Anpassungsstörung durch die polizeilichen Umtriebe nach den Observationen von 2011 und 2012 für eine Dauer von maximal sechs Monaten, nicht grundlegend verändert habe. In einer optimal angepassten Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit bis zu 70% betragen (IV-act. 295). Am 23. Mai 2019 erachtete Dr. N.\_\_\_\_ das Gutachten als nachvollziehbar (IV-act. 296). Gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 297). Dagegen liess der Versicherte am 1. Juli 2019 Einwand erheben und eine Oberexpertise beantragen (IV-act. 303, 307). Mit Stellungnahme vom 27. August 2019 äusserte sich die behandelnde Psychotherapeutin, med. pract. O.\_\_\_\_, Psychiatrie D.\_\_\_\_, zum Gutachten (IV-act. 309). Dazu nahm der psychiatrische Gutachter Dr. L.\_\_\_\_ am 11. November 2019 wiederum Stellung (IV-act. 312). Am 26. November 2019 erachtete IV-Ärztin Dr. N.\_\_\_\_ die Stellungnahme des Gutachters als schlüssig und widerspruchsfrei (IV-act. 313). Am 17. April 2020 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 26%, wobei sie auf eine Arbeitsunfähigkeit von 30% abstellte (IV-act. 318). Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte, vertreten durch seinen Rechtsvertreter, am 14. Mai 2020 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben und die Angelegenheit sei zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente zuzusprechen (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Mit Replik vom 1. September 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 29. September 2020 auf eine Duplik (act. G 8). Erwägungen Der Beschwerdeführer bezog ab dem 1. September 2006 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Verfügung vom 22. November 2007; IV-act. 37, 40). Nachdem ein erstes Rentenrevisionsverfahren in den Jahren 2010 und 2011 einen unveränderten Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ergeben hatte, leitete die Beschwerdegegnerin im Jahr 2013 ein weiteres Revisionsverfahren ein (IV-act. 125 ff.). Im Rahmen dieses Verfahrens nahm der Beschwerdeführer zwei Termine zur psychiatrischen Begutachtung nicht wahr und am dritten Termin konnte diese aufgrund seines Verhaltens nicht durchgeführt werden. Daraufhin hob die Beschwerdegegnerin die Rente auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf (Verfügung vom 29. Mai 2015, IV-act. 178, bestätigt durch das Bundesgericht mit Entscheid vom 16. Januar 2017; IV-act. 224). Im Nachgang zu diesem Entscheid erklärte sich der Beschwerdeführer im April 2017 dazu bereit, bei künftigen Begutachtungen mitzuwirken (IV-act. 231, 246). Daraufhin nahm die Beschwerdegegnerin das ursprüngliche Revisionsverfahren aus dem Jahr 2013 wieder auf und liess den Beschwerdeführer erneut psychiatrisch begutachten (vgl. IV-act. 266 ff.). Gestützt auf das Ergebnis dieser Begutachtung stellte sie die Rente schliesslich am 17. April 2020 ein (IV-act. 318). Bei der angefochtenen Renteneinstellung vom 17. April 2020 handelt es sich somit um eine Revisionsverfügung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Vorliegend streitig und nachfolgend zu prüfen ist, ob diese Renteneinstellung zu Recht erfolgte. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) für die Zukunft entsprechend erhöht,

herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteil des Bundesgerichts vom 11. Mai 2009, 9C\_261/2009, E. 1.2). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Oktober 2013, 8C\_211/2013, E. 2.2). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Gericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob er 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 352 E. 3.a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; vgl. ferner Thomas Flückiger, Medizinische, insbesondere hausärztliche Berichte und ihre Beweiskraft – mit einem Seitenblick auf die medizinischen Gutachten, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 138 ff.). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts 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 ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 f. E. 4a). Mit Verfügung vom 17. April 2020 wurde das im Jahr 2013 eingeleitete Rentenrevisionsverfahren, das die Überprüfung der erstmaligen Rentenzusprache aus dem Jahr 2007 zum Gegenstand hatte, abgeschlossen. Demnach ist zu prüfen, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache vom 22. November 2007 eine rentenrelevante Änderung eingetreten ist, ob mithin ein Revisionsgrund vorliegt. Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache bestanden beim Beschwerdeführer körperliche und psychische Beeinträchtigungen nach dem Unfallereignis vom September 2005, die insbesondere im Rahmen von stationären Aufenthalten in der Rehaklinik Bellikon sowie in der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ behandelt wurden. Die Ärzte der Rehaklinik Bellikon berichteten am 3. April 2006 im Wesentlichen, dass aus somatischer Sicht sechs Monate nach dem Unfall vom September 2005 mit Fraktur des distalen Radius und konsekutiver offener Reposition und Osteosynthese bei an sich gutem Operationsresultat weiterhin bewegungs- und kraftlimitierende Schmerzen im Bereich des Handgelenks sowie unklare Dysästhesien im Bereich der Finger und der ulnaren Handkante beklagt würden. Infolge von Selbstlimitierung und Inkonsistenzen seien die Resultate von physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als in den Therapien gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden und den bildgebenden Abklärungen nur zum Teil erklären. Die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter sei dem Beschwerdeführer aufgrund der zu hohen Anforderungen nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten sei dem Beschwerdeführer hingegen ganztags zumutbar (Austrittsbericht vom 3. April 2006, Fremd-act. 1-102 ff.). Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung der Unfallversicherung vom 11. Dezember 2007 (und damit nach Erlass der ursprünglichen rentenzusprechenden IV-Verfügung) wurde festgehalten, dass die Untersuchung des Handgelenks eine deutlich eingeschränkte aktive Beweglichkeit gezeigt habe. Es bestehe eine gewisse Atrophie der rechten oberen Extremität, was auf eine Inaktivität hindeute. Es bestünden jedoch weder radiologisch noch klinisch Dystrophiezeichen und das Röntgenbild zeige einen guten Mineralisationsgehalt und keine wesentlichen Arthrosezeichen. Vorwiegend lägen nicht-organische Komponenten vor. Deshalb sei auf die Zumutbarkeitsbeurteilung der Rehaklinik Bellikon abzustellen (Fremd-act. 3-47 ff.). Die Ärzte der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ hatten im Rahmen der stationären Behandlung vom 29. November 2006 bis 12. Januar 2007 die Diagnosen einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (F32.1) sowie anamnestisch einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4) gestellt. Ziel der Behandlung sei die Aktivierung des Beschwerdeführers über die Einbindung in Therapien gewesen. An diesen habe der Beschwerdeführer nur teilweise teilgenommen. Dem zunehmend auf seine spezifischen Störungsmuster zugeschnittenen Ganztagesprogramm mit hoher Observanz durch das Behandlernteam habe sich der Beschwerdeführer durch die Aufkündigung des Behandlungsvertrages und einen raschen Austrittswunsch entzogen (Austrittsbericht vom 12. Januar 2007, Fremd-act. 1-3 ff.). Am 23. Mai 2007 hatten die Ärzte berichtet, dass von einer positiven Prognose ausgegangen werden könne, vorausgesetzt, dass sich der Beschwerdeführer auf eine regelmässige medikamentöse Behandlung sowie auf eine gezielte psychotherapeutische Behandlung einlassen könne (IV-act. 20). Dr. med. P.\_\_\_\_,

Ambulatorium M.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer ambulant weiter betreut hatte, hatte am 9. August 2007 berichtet, dass der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide, ausgelöst durch die Radiusfraktur vom September 2005 mit schwerem Rehabilitationsdefizit. Es bestehe für jegliche Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 22 f.). Der RAD hatte die psychische Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in seiner internen Stellungnahme vom 17. August 2007 als derart schwer erachtet, dass aktuell keine adaptierte Tätigkeit denkbar sei (IV-act. 23). Ob der im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache massgebende Sachverhalt damals hinreichend abgeklärt worden war, 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 hatte. 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 war. 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). Der Unfall des Beschwerdeführers war bei Rentenzusprache im November 2007 erst gut zwei Jahre zurückgelegen. Seither hatten zwei operative Eingriffe am rechten Handgelenk und längerdauernde Therapien stattgefunden. Der Beschwerdeführer hatte - zum damaligen Zeitpunkt - seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter vollumfänglich eingebüsst und per Ende August 2006 seine Festanstellung in der Baubranche verloren. Zeitgleich mit der im Juni 2006 vom Arbeitgeber ausgesprochenen Kündigung hatten die psychischen Probleme begonnen (vgl. etwa Fremd-act. 1-4 Mitte, IV-act. 295-12), die zu den längeren stationären und ambulanten Therapien geführt hatten (Fremd-act. 1-24 ff., 1-3 ff.; 1-17; IV-act. 21). Auf Ende November 2006 hatte der Beschwerdeführer überdies auch die Nebentätigkeit im Reinigungsbereich verloren (vgl. IV-act. 15-7). Insgesamt ist - trotz der dürftigen damaligen Aktenlage - davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache aufgrund der unfallbedingten Einschränkung seiner dominanten Hand und einer damit einhergehenden, akuten psychischen Anpassungsreaktion im Sinne einer schweren depressiven Episode zu 100% arbeitsunfähig war und die damalige Rentenzusprache auf diesem Gesamtbild beruhte. Im Rahmen des Revisionsverfahrens wurde der Beschwerdeführer orthopädisch und psychiatrisch begutachtet. Im orthopädischen Gutachten vom 26. Februar 2015 wurde festgehalten, dass die Anamnese des Beschwerdeführers zum aktuellen Leiden sehr schwer zu eruieren gewesen sei. Er habe keine Angaben machen wollen. Das Gespräch sei hauptsächlich mit der Betreuerin und Dolmetscherin geführt worden. Bei der Untersuchung der rechten Hand habe der Beschwerdeführer angegeben, diese nicht bewegen zu können. Bei der durchgeführten passiven Beweglichkeit habe es allerdings keinerlei

Bewegungseinschränkungen gegeben. Auffallend sei eine hervorragende muskuläre Ausbildung an der Hand und am Unterarm gewesen. Hier habe sich eine hervorragende Beschwielung der rechten Hand gezeigt, sodass der dringende Verdacht auf aktuelle handwerkliche Tätigkeiten bestehe. Der orthopädische Gutachter verneinte jegliche muskuläre Atrophie und hielt fest, dass die dargestellten Beschwerden aufgrund der klinischen Untersuchungen und des radiologischen Befundes nicht nachvollzogen werden könnten. Der körperliche Befund zeige keinerlei Einschränkungen und neurologische Defizite. Die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden und präsentierten Symptome seien in sich nicht konsistent mit den erhobenen Befunden. Die Radiusfraktur sei vollkommen ausgeheilt und die Muskulatur der Hand und des Armes sei vollkommen zurückgekehrt. Der Gutachter schätzte die Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auf 100%. Er hielt fest, dass sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in adaptierten Tätigkeiten keine verminderte Leistungsfähigkeit mehr bestehe. Es sei möglich, dass die geltend gemachten Beschwerden vorgespielt seien. Der klinische und der radiologische Befund ständen in krassem Gegensatz zu den angegebenen Beschwerden. Auch das Observationsmaterial zeige eine vollständig andere Verhaltensweise des Beschwerdeführers. Dieser habe sich bisher geweigert, eine zur Validierung der geklagten Leiden anerkannte neurologische Untersuchung durchzuführen. Ein Täuschungsverhalten sei wahrscheinlich (IV-act. 166). Im psychiatrischen Gutachten vom 6. Mai 2019 kam der Experte seinerseits zum Schluss, dass im Wesentlichen die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und emotional-instabilen/impulsiven Zügen (F61.0), einer Angststörung und depressiven Störung gemischt (F41.2) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) und abnormem Krankheitsverhalten zu stellen seien. Dabei sei es kein leichtes Unterfangen, die passenden diagnostischen Klassifikationen zu finden, die dem immensen Spektrum von somatischen und psychischen Beschwerden und Dysfunktionen gerecht würden. Das Gewicht der genuinen Gesundheitsstörung des Beschwerdeführers reduziere sich unter Berücksichtigung des relativ hohen Stellenwertes von IV-fremden Faktoren und des hochgradig abnormen Krankheitsverhaltens beträchtlich, was auch mit dem relativ unauffälligen klinischen Erscheinungsbild übereinstimme. Im aktuellen Zustand sei von einer leichten, allenfalls leicht bis mittelschweren Störung auszugehen, die bei entsprechender Leistungsmotivation durchaus noch Möglichkeiten des produktiven Arbeitens offenliesse. Weder die von verschiedenen Therapeuten diagnostizierte schwere Depression mit psychotischer Symptomatik noch die posttraumatische Belastungsstörung mit Panikattacken hätten anlässlich der aktuellen Untersuchung bestätigt werden können. Vielmehr hätten die aktuell gestellten Diagnosen auch retrospektiv durchaus Anwendung finden können. Die 0%ige Arbeitsfähigkeit, die der Beschwerdeführer verschiedentlich attestiert bekommen habe, könne im Grunde nur für die Zeit seiner chirurgischen Behandlung nach dem Unfall sowie für die Klinikaufenthalte und allenfalls noch für den Tiefpunkt seiner Anpassungsstörung nach der Observation als effektiv begründbar angesehen werden (IV-act. 295-46). In einer optimal angepassten Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit bis zu 70% betragen. Dabei sei eine Tätigkeit in Innenräumen ohne Zwangshaltungen, ohne das Heben von schweren Lasten sowie ohne allzu hohe Anforderungen an die Eigenmotivation und an die Langzeitkonzentrationsfähigkeit zu bevorzugen (IV-act. 295). Die beiden Fachgutachten sind jeweils in Kenntnis der medizinischen Aktenlage erstellt worden und beruhen auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Die beiden sachverständigen Gutachter haben sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Trotz

seines passiven Verhaltens bzw. der insgesamt erschwerten Untersuchungssituation ist es beiden Gutachtern gelungen, detaillierte Befunde zu erheben und eine überzeugende und nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. In psychiatrischer Hinsicht vermögen insbesondere die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte der behandelnden Psychiaterin med. pract. O.\_\_\_\_ die gutachterliche Beurteilung nicht in Frage zu stellen, zumal der psychiatrische Gutachter die von dieser diagnostizierte PTBS klar verneint hat. Diesbezüglich ist insbesondere auch auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits hinzuweisen (Urteil des EVG vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Dieser Faktor ist vorliegend aufgrund der erheblichen Diskrepanzen der subjektiven Angaben und objektiven Befunde von erheblicher Bedeutung. Die behandelnde Psychiaterin scheint sich sowohl bei den Angaben zum Unfall als auch bei der Befunderhebung im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt zu haben, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Damit vermag die Einschätzung der Psychiaterin die Überzeugungskraft der gutachterlichen Beurteilung aufgrund der fehlenden Objektivität nicht zu erschüttern. Was schliesslich die Verwertung des Observationsmaterials betrifft, so ist auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zu verweisen (act. G 4 Ziff. 4). Zusammenfassend kann auf die gutachterlichen Beurteilungen abgestellt werden. Vergleicht man den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2007 mit der gesundheitlichen Situation, wie sie sich im aktenmässigen Verlauf bis zum Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung im Jahr 2020 präsentierte, fällt auf, dass durchgängig von verschiedenen Ärzten Ungereimtheiten im Zusammenhang mit dem Verhalten des Beschwerdeführers festgestellt und aus gutachterlicher Sicht ein Täuschungsverhalten als wahrscheinlich erachtet wurde. Die erheblichen Diskrepanzen bezüglich der objektiv erhebbaren Befunde und der geltend gemachten Beschwerden erschweren eine Beurteilung und Plausibilisierung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers erheblich, wenn sie diese nicht gar verunmöglichen. Nichtsdestotrotz ist festzuhalten, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verlauf aktenkundig wesentliche Veränderungen erfahren und sich im Revisionszeitpunkt insgesamt verbessert gezeigt hat. In somatischer Hinsicht hat sich dahingehend eine Verbesserung ergeben, dass die damaligen medizinischen Abklärungen noch eine gewisse Atrophie und damit Hinweise auf eine Inaktivität der rechten Hand und des Handgelenks ergeben hatten, wogegen anlässlich der orthopädischen Begutachtung im Jahr 2015 keinerlei Atrophie mehr festgestellt und ein Zustand nach vollkommen ausgeheilter Radiusfraktur ohne Funktionseinschränkungen diagnostiziert wurde. In psychischer Hinsicht wurde dem Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung im Jahr 2019 eine 70%ige und damit wesentlich verbesserte Arbeitsfähigkeit attestiert. Zwar gab der psychiatrische Gutachter den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als seit Jahren im Wesentlichen unverändert an. Dies ist jedoch damit zu begründen, dass er die damalige gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers retrospektiv anders einschätzte als die echtzeitlich mit der Behandlung betrauten Ärzte (vgl. vorstehend E. 2.2.2). Da aber, wie in E. 2.1.3 dargelegt, die bei der ursprünglichen Rentenzusprache zugrunde gelegte Sachverhaltsannahme als Vergleichsbasis dient (und für die gut zwei Jahre nach dem Unfall eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit immerhin plausibilisiert werden konnte), kann der Beschwerdeführer aus dem Umstand, dass der Gutachter keine offenkundige Veränderung seines Gesundheitszustands angenommen hat, nichts zu seinen Gunsten

ableiten. Vielmehr ist auch in psychischer Hinsicht von einer wesentlichen Veränderung auszugehen. Vor diesem Hintergrund hat die Beschwerdegegnerin einen Revisionsgrund gemäss Art. 17 ATSG zu Recht bejaht. Zusammenfassend ist mit Blick auf die überzeugenden medizinischen Gutachten von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. Zu bestimmen bleibt der Invaliditätsgrad. Der Beschwerdeführer war vor dem Unfall als Bauarbeiter tätig und führte seit Oktober 2003 eine Nebentätigkeit bei den Q.\_\_\_\_ AG aus. Da sein Gesamteinkommen in den Jahren vor dem Unfall im Jahr 2005 schwankte, rechtfertigt es sich, für die Bemessung des Valideneinkommens den Durchschnitt der Jahre 2002 bis 2004 heranzuziehen. Im Jahr 2002 hat er ein Jahreseinkommen von Fr. 51'253.00, im Jahr 2003 von Fr. 52'027.00 und im Jahr 2004 von Fr. 61'852.00 erzielt (vgl. IK-Auszug vom 21. Februar 2007, IV-act. 9; Werte in den Jahren 2003 und 2004 einschliesslich des Einkommens aus Nebenerwerb). Bei jeweiliger Anpassung dieser Jahreslöhne an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2007 ergibt sich dabei ein durchschnittliches Einkommen von Fr. 57'591.45 (vgl. T39, Entwicklung der Nominallöhne; Index Männer 2002: 1'933 [= Fr. 54'275.70]; 2003: 1'958 [= Fr. 54'391.85]; 2004: 1'975 [= Fr. 64'106.85] und 2007: 2'047). Damit liegt der vom Beschwerdeführer erzielte, nominallohnbereinigte Durchschnittslohn selbst bei Einbezug des Verdienstes bei der Q.\_\_\_\_ AG nicht über dem Durchschnittslohn gemäss Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung für männliche Hilfsarbeiter im Jahr 2007 von Fr. 60'167.00. Vor diesem Hintergrund kann eine vertiefte Prüfung, ob es dem Beschwerdeführer längerfristig zumutbar gewesen wäre, neben der vollzeitlichen Tätigkeit beim Baugeschäft R.\_\_\_\_ die Tätigkeit bei der Q.\_\_\_\_ AG auszuüben (sowie gegebenenfalls das Ausmass festzusetzen), unterbleiben. Insgesamt ergibt sich bei dieser Ausgangslage und da dem Beschwerdeführer mit Blick auf die vorliegenden Akten ein Tabellenlohnabzug, wenn überhaupt, höchstens im Umfang von 10% zu gewähren wäre, von vornherein kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Somit erübrigt sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs und die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente erfolgte zu Recht. 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; der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der von ihm geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird ihm angerechnet.

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