

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.103 vom 21. Februar 2018**

SO Obergericht, 2018-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.103](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.103)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.103 du 21 février 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.103 del 21 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1970, meldete sich am 2. August 2007 erstmals bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden ein Herzleiden, ein chronisches Rückenleiden und Depressionen angegeben. Er sei seit dem 2. Februar 2006 arbeitsunfähig. 1.2 Die Beschwerdegegnerin holte diverse medizinische Unterlagen ein. Unter anderem liess sie bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten einholen. Dieses datiert vom 29. Oktober 2008 (IV-Nr. 47.1). 1.3 Mit Verfügung vom 15. Januar 2009 (IV-Nr. 51) wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren nach Ermittlung eines Invaliditätsgrades von 12 % ab. Auf eine dagegen erhobene Beschwerde trat das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit Verfügung vom 3. Juni 2009 nicht ein (IV-Nr. 58).

### **E. 2**

2.1 Am 28. Dezember 2009 stellte der Beschwerdeführer ein Revisionsgesuch (IV-Nr. 64). Er machte geltend, im Juli 2009 einen Hirnschlag sowie im November 2009 einen dritten Herzinfarkt erlitten zu haben. 2.2 Die Beschwerdegegnerin holte wiederum medizinische Unterlagen ein und gewährte dem Beschwerdeführer schliesslich mit Verfügung vom 29. Juli 2011 (IV-Nr. 116) eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. Juni 2010 und ab dem 1. Januar 2011 eine ganze Invalidenrente.

### **E. 3**

Eventualiter sei mindestens ein neutrales psychiatrisches, neuropsychologisches und kardiologisches Gutachten einzuholen.

### **E. 4**

Infolge Mittellosigkeit des Beschwerdeführers sei ihm für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung sowie die unentgeltliche Rechtsverteidigung mit dem Unterzeichnenden als Rechtsanwalt zu gewähren.

### **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261). 5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch

der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 209 S. 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5.4 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes

stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O., E. 2.4). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 29. Juli 2011 (IV-Nr. 116) zugesprochene Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. Juni 2010 und ganze Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2011 zu Recht per Ende März 2018 aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 29. Juli 2011 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 21. Februar 2018 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). 6.1 Ihre ursprüngliche Rentenzusprechung stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf zwei Beurteilungen des RAD, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 6. Oktober 2010 (IV-Nr. 83) und 9. Januar 2011 (IV-Nr. 97), in welchen unter Verweis auf verschiedene eingeholte Arztberichte (so von med. pract. I.\_\_\_\_ vom 17. März 2010, IV-Nr. 73; Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2009, 20. April 2010 und 30. Dezember 2010, IV-Nrn. 73 S. 5 f., 75 und 94; Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2010, IV-Nr. 77 S. 13 f. sowie Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 5. August 2010, IV-Nr. 82 S. 2 ff.), festgestellt wurde, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in kardiologischer Hinsicht ausgewiesen sei. Es sei beim Beschwerdeführer zu zwei Infarkten gekommen, zusätzlich zu einem Fastinfarkt mit teilweise nicht erfolgreichem Stenting. Der leichte Schlaganfall 2009 sei glimpflich abgelaufen. Die Verschlechterung sei ersichtlich angesichts der Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_, der am 1. Juni 2010 eine deutliche Reduktion der Leistungsfähigkeit angebe. Schichtarbeit komme nach dem Herzinfarkt nicht mehr in Frage. Man könne sich an die Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ halten, der neben den kardiologischen Diagnosen auch die cerebrale Diagnose mitrechne. Eine Verweistätigkeit sollte keine ausgesprochene Konzentration erfordern. Der cerebrovaskuläre Insult habe eine temporäre Reduktion der Arbeitsfähigkeit bewirkt. Wie lange, sei unklar. Das Spital habe nur für die Dauer der Hospitalisation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgelegt. Med. pract. I.\_\_\_\_ habe trotz des anderslautenden Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2008 an der Arbeitsunfähigkeit seit 1. Juli 2007 festgehalten. Beides sei nicht richtig. Da nicht genau bestimmbar sei, wann das Hirn wieder in alter Funktion tätig geworden sei, und auch bei einem kleinen Insult wie diesem einige Monate abgewartet werden müssten, sei die 100%ige Arbeitsunfähigkeit von Beginn des Insultes am 22. Mai 2009 bis zum koronaren Problem durchzuziehen und anschliessend ab dem 28. November 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit festzulegen. Die allfällige noch persistierende Einschränkung der Hirnfunktion sei durch die 50%ige Reduktion der Arbeitsfähigkeit abgedeckt. Die psychiatrische Seite spiele indessen keine zusätzliche

Rolle. Dr. med. K.\_\_\_\_ beurteile die Situation mit gleichen Begriffen wie schon früher, und damit den gleichen Sachverhalt anders als das Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_. In diesem sei schlüssig und nachvollziehbar dargelegt worden, dass keine psychiatrische Diagnose zu stellen sei. Zumutbar sei demnach ein 50%iges Pensum für leichte Arbeiten, vorwiegend sitzend, ohne besondere Anforderungen an die Konzentration. Am 9. Januar 2011 erwoh der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ auf einen weiteren Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2010 hin dann, es habe noch einmal eine wesentliche Verschlechterung stattgefunden, erfassbar seit der leistungsabhängigen Angina pectoris Symptomatik ca. Anfang Oktober 2010. Diese sei Anlass gewesen für eine Koronarangiographie im Spital L.\_\_\_\_ mit der Feststellung von zwei Engen im Bereich des linken Ventrikels, die nicht mehr zu stenten seien. Eine Verengung habe noch behoben werden können. Einige Stenosen seien inzwischen schon einmal nachgestentet worden. Die Leistungsfähigkeit in der Ergonomie habe sich ebenfalls verschlechtert, wie auch die Auswurfraction des linken Ventrikels. Nach der erneuten Stenokardie sei in Übereinstimmung mit dem Kardiologen von einer erneut stark reduzierten, nicht mehr IV-relevanten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gestützt auf diese Beurteilung ging die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 29. Juli 2011 (IV-Nr. 116) dann davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Oktober 2010 derart verschlechtert habe, dass weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit noch eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Dies führte zur Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab dem 1. Januar 2011. Bezüglich dieser Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Oktober 2010 berief sich der RAD-Arzt unwidersprochen auf die Berichterstattung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2010 (IV-Nr. 94), der darin ausführte, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der letzten Berichterstattung weiter verschlechtert. Es bestehe trotz ausgebauter Sekundärprophylaxe eine Progression der koronaren Herzkrankheit. Neben einer mittelschwer eingeschränkten linksventrikulären Funktion mit deutlich verminderter körperlicher Leistungsfähigkeit und vermehrter Ermüdbarkeit bestehe auch ein chronisches Schwindelgefühl mit Konzentrationsschwäche. Mit den aktuellen Befunden werde der Beschwerdeführer als 100 % arbeitsunfähig erachtet. 6.2 Wie sich der vorstehenden Erwägung entnehmen lässt, erfolgte die damalige Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund des kardiologischen Aspekts. Eine Verschlechterung des psychischen Zustandes wurde verneint, wie bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_, das im Rahmen der ersten Rentenprüfung erstellt wurde, wurde von keiner psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Hingegen ging man aus kardiologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Insofern kann nur eine Veränderung des kardiologischen Gesundheitszustandes den Rentenanspruch berühren und damit einen Revisionsgrund darstellen (vgl. E. 4). In kardiologischer Hinsicht präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 21. Februar 2018 wie folgt: 6.2.1 Gemäss Arztbericht von med. pract. I.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 (IV-Nr. 128) seien beim Beschwerdeführer keine akuten koronaren Ereignisse mehr vorgekommen. Schwere depressive Episoden habe es in der Vergangenheit auch nicht mehr gegeben. Der Beschwerdeführer sei kardial kompensiert, in seiner Leistungsfähigkeit aber subjektiv eingeschränkt. Aufgrund der fortschreitenden koronaren Herzkrankheit, die auf einer progressiven vorzeitigen Arteriosklerose beruhe, sei die Arbeitsfähigkeit begrenzt. Die gleiche Einschränkung habe zu einem zerebro-vaskulären Insult geführt, dessen Folgen sich weitgehend zurückgebildet hätten. Die Depression sei weitgehend remittiert. Das chronische Rückenleiden komme als erschwerender Faktor

hinzu. Insgesamt sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit als Fabrikarbeiter eingeschränkt. An sich seien ihm in seinem aktuellen Zustand leichte körperliche Arbeiten in einem Teilpensum zumutbar. Dabei könne er nicht direkt in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden, sondern es müssten vorbereitende Massnahmen durchgeführt werden. In einem geschützten Rahmen werde eine 50%ige Tätigkeit gesehen, mit sukzessiver Steigerung der Arbeitsleistung.

6.2.2 Dr. med. G.\_\_\_\_ berichtete am 14. Oktober 2015 (IV-Nr. 128 S. 8 ff.), der Beschwerdeführer fühle sich seit zwei Wochen wieder weniger gut leistungsfähig. Kardial sei er kompensiert. Die Echokardiographie zeige normale Herzhöhlen mit einer mittelschwer eingeschränkten, linksventrikulären Funktion bei den bekannten Kinetikstörungen der antero-septalen Wandabschnitte. Im Belastungstest zeige sich eine leicht eingeschränkte körperliche Leistung mit Abbruch bei 110 Watt wegen allgemeiner Müdigkeit ohne subjektive und objektive Hinweise für eine Ischämie. Rhythmusstörungen unter Belastungen könnten nicht dokumentiert werden. Im Vergleich zur letzten Untersuchung im Oktober 2014 habe die körperliche Leistungsfähigkeit nicht wesentlich abgenommen.

6.2.3 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ wurde am 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 160.1) von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie, Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. phil. P.\_\_\_\_, Neuropsychologin, Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet. Im kardiologischen Teilgutachten (IV-Nr. 160.3) hält Dr. med. N.\_\_\_\_ fest, kardiologisch seien in der Familienanamnese Herzinfarkte beider Elternteile bekannt. Der Beschwerdeführer selber habe am 2. Februar 2006 einen akuten Vorderwandinfarkt erlitten. In der Folge seien der proximale und distale RIVA gestentet worden. Am 18. November 2009 habe es wegen persistierender Beschwerden eine erneute Koronarangiographie mit Dilatation der Circumflexa und des ersten Marginalastes gegeben. Am 11. November 2010 habe es wiederum eine Koronarangiographie gegeben, mit erneutem Stenting des proximalen RIVA. Bei persistierenden Beschwerden am 8. Juni 2012 habe man eine erneute Koronarangiographie gemacht, mit gutem Ergebnis der gestenteten Areale bei weiterhin koronarer Gefässerkrankung. 2014 habe es eine erneute PTCA und Stenting gegeben. In der Fahrrad-Ergonomie habe der Beschwerdeführer bis 150 Watt geleistet im Sinne von 79 % seines Solls mit Abbruch wegen Beinschwäche und Schwindel. Im Begleit-EKG hätten sich keine signifikanten Ischämiezeichen und keine Arrhythmien gezeigt. Sauerstoffsättigung, Blutdruck und Puls seien normal gewesen. In der Echokardiographie zeige sich ein leicht dilatierter linker Ventrikel mit antero-septal-apikaler Hypo- / Akinesie bei globaler Auswurfsfraktion von 45 % und eine diastolische Relaxationsstörung Grad II. Der Beschwerdeführer sei im Anschluss an den Vorderwandinfarkt kardiologisch sehr gut betreut worden. Es seien mittels wiederholter Herzkatheteruntersuchungen alle möglichen Dilatationen und Stents durchgeführt worden. Es bestehe seit dem Infarkt 2006 trotz ausgebauter medikamentöser Therapie eine progrediente koronare Herzkrankheit. Es seien folgende Diagnosen zu stellen: mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - koronare Dreifässerkrankung mit Status nach akutem Vorderwandinfarkt am 2. Februar 2006 Status nach PCTA und Stenting-Interventionen 2006 / 2009 / 2010 / 2014 Mittelschwere eingeschränkte linksventrikuläre Auswurfsfraktion (EF 45 %) ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - kardiovaskuläres Risikoprofil mit o familiärer Belastung o Dyslipidämie o positiven Antiphospholipid-Antikörpern o Adipositas o mangelnder Bewegung o negativem Stress Die Arbeitsfähigkeit in der

angestammten Tätigkeit als Maschinenführer sei aus kardiologischer Sicht mit 50 % zu veranschlagen, wobei schwere körperliche Arbeiten mit Tragen von Lasten über 15 kg zu vermeiden seien. Dies gelte ab dem 2. Februar 2006. In einer leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit sei bei positiver Motivation eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis 70 % vorstellbar. Zu früheren kardiologischen Einschätzungen hält der Gutachter fest, er könne die Einschätzungen, insbesondere diejenige von Dr. med. G.\_\_\_\_ von 2010 mit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit für leichte körperliche Arbeiten unterstützen. Eine Diskrepanz bestehe bei der bei ihm in der Untersuchung gegebenen besseren Belastbarkeit bis 150 Watt. Im Rahmen einer weiteren gutachterlichen Stellungnahme vom 31. März 2016 (IV-Nr. 165) auf Rückfrage des RAD legte Dr. med. N.\_\_\_\_ dar, die Formulierung «bei positiver Motivation» sei nur als im besten Fall mögliche Zielvorgabe zu werten. Real bestehe in Bezug auf die kardiologischen Beschwerden eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Von einer Verbesserung der medizinischen Situation seit der Rentenzusprache 2011 könne aus kardialer Sicht nicht ausgegangen werden. Es handle sich um eine progrediente koronare Herzkrankheit, wobei in jeder Situation wieder mit Dilatationen und Stents die Situation habe stabilisiert werden können.

6.3 Das kardiologische Teilgutachten ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers als beweiswertig zu erachten. Das polydisziplinäre Hauptgutachten (IV-Nr. 160.1), welches eine umfassende Zusammenfassung der Aktenlage enthält, wurde vom kardiologischen Experten mitunterzeichnet. Er kannte diese damit und es ist nicht ersichtlich, weshalb diese in seinem Teilgutachten noch einmal hätte wiedergegeben werden müssen. Das Gleiche gilt für die subjektiv geklagten Beschwerden. Die vorgenommene Beurteilung ist schlüssig und nachvollziehbar. Zudem widerspricht sie gerade nicht der Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2017, gemäss welcher aus kardiologischer Sicht sei 2011 von keiner Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei. Genau die gleiche Einschätzung hat Dr. med. N.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 31. März 2016 getroffen.

6.4 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2016 ab und geht gestützt auf die darin vorgenommene polydisziplinäre Beurteilung davon aus, dass sich die kardiale Situation durch therapeutische Interventionen verbessert habe, da im Gutachten die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht mit 50 % veranschlagt werde. Dem steht die explizite Aussage des kardiologischen Gutachters in der Stellungnahme vom 31. März 2016 (IV-Nr. 165) entgegen, wonach sich die kardiale Situation seit der Rentenzusprache 2011 nicht verbessert habe. Da im kardiologischen Teilgutachten festgehalten wird, dass die Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2010 (IV-Nr. 75) mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Tätigkeiten geteilt werde und auch im Rahmen der Begutachtung eine solche attestiert wurde (IV-Nr. 160.3 S. 3 Ziff. IX), ist davon auszugehen, dass sich die Aussage über den unveränderten Gesundheitszustand auf diesen Zustand bezieht. Der nach der koronaren Herzerkrankung bestehende «Normal-« oder «Residualzustand» liess wie von Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 20. April 2010 (IV-Nr. 75) beschrieben eine 50%ige Arbeitstätigkeit in einer Verweistätigkeit zu. Die von Dr. med. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 30. Dezember 2010 dargelegte weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, die zur Rentenzusprache führte, beschreibt vor diesem Hintergrund eine Situation nach akuter Verschlechterung, die jedoch behandelt werden konnte. Andererseits ist davon auszugehen, dass der Normalzustand zum Zeitpunkt der Rentenzusprache am 29. Juli 2011 wieder erreicht war. Nicht anders kann die aktuelle gutachterliche Aussage von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 31. März 2016 über den seit 2011

unveränderten Zustand verstanden werden. Weiter wird gutachterlich festgehalten, dass die koronare Herzkrankheit insgesamt progredient verläuft. Insofern ist allgemein gesehen eher von einer stetigen Verschlechterung als von einer Verbesserung des kardiologischen Gesundheitszustandes auszugehen. Insgesamt zeigt sich, dass eine Verbesserung der kardiologischen Situation, die zur damaligen Rentenzusprache geführt hat, nicht ausgewiesen ist und damit kein Revisionsgrund vorliegt. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Rente zu Unrecht herabgesetzt. 7. Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – denkbar. Zweifellos unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unhaltbarer Sachverhalt zugrunde gelegt wurde, insbesondere wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zu einem unvollständigen Sachverhalt führte, so zum Beispiel bei einer auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhenden Invaliditätsbemessung (Urteile des Bundesgerichts 8C\_647/2011 vom 4. Januar 2012 E. 2.3 sowie 8C\_863/2013 vom 26. Juni 2014 E. 2, jeweils mit Verweisen). Im vorliegenden Fall stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Rentenzusprache mit Verfügung vom 29. Juli 2011 auf die in Ziff. 6.1 vorstehend genannten medizinischen Berichterstattungen, die von einem RAD-Arzt gewürdigt wurden. Dr. med. G. \_\_\_ hatte sich im bereits vielerorts erwähnten Bericht vom 30. Dezember 2010 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geäussert. Diese Einschätzung wurde vom RAD-Arzt als nachvollziehbar erachtet und übernommen (IV-Nr. 97). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, dass die damalige Sachverhaltsfeststellung und die daraus resultierende Zusprechung einer ganzen Rente zweifellos unrichtig gewesen wären. Damit liegt auch kein Wiedererwägungsgrund vor, der eine Herabsetzung der Rente rechtfertigen würde. Die Beschwerde ist damit gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

## **E. 8**

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführereine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Da von deren Solvenz auszugehen ist, erübrigt sich das Festsetzen des amtlichen Honorars im Rahmen der unentgeltlichen Rechtspflege. Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 9. August 2018 eine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 49 ff.), in welcher er einen Aufwand von insgesamt 15 Stunden geltend macht. Dies erscheint angesichts des Aktenumfangs und in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Zu streichen ist lediglich der Kanzleiaufwand von 0,75 Stunden, der im Stundenansatz bereits inbegriffen ist und daher praxisgemäss nicht separat vergütet wird (Versand der Beschwerde und der

Kopie für den Beschwerdeführer: 10 Minuten; Weiterleitung von Schreiben des Gerichts an den Beschwerdeführer: 4 x 5 Minuten; Einreichung der Kostennote: 15 Minuten). Der zu entschädigende Aufwand beträgt somit 14,25 Stunden (zu CHF 250.00). Zuzüglich Auslagen von CHF 95.00 und Mehrwertsteuer von 7,7 % ergibt sich eine Parteientschädigung von CHF 3'939.15, die die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu bezahlen hat.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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