



Abteilung II
B-2959/2011

Urteil vom 8. Februar 2012

Besetzung

Richter Philippe Weissenberger (Vorsitz),
Richterin Franziska Schneider,
Richterin Vera Marantelli,
Gerichtsschreiberin Bianca Spescha.

Parteien

X._____,
wohnhaft in Österreich,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenrente.

Sachverhalt:**A.**

Der am 3. Mai 1950 geborene, aus Österreich stammende und in seiner Heimat wohnhafte X._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) war Grenzgänger und arbeitete während rund 23 Jahren in der Schweiz. Dementsprechend entrichtete er die obligatorischen Beiträge an die Schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV).

B.

Am 15. Oktober 1980 erlitt der Beschwerdeführer einen Betriebsunfall und zog sich dabei insbesondere Verletzungen am linken Kniegelenk (Kniegelenksrevision mit Meniskusrefixation, Reinsertion des vorderen Kreuzbandes, dorsomediale Kapselraffung, Naht des medialen Seitenbandes und des Vastus medialis) zu. Die Schweizerische Unfallversicherung (nachfolgend: SUVA) kam in der Folge für die Heilbehandlung auf und richtete Taggeldleistungen aus. Am 16. März 1981 nahm der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder vollumfänglich auf.

Am 29. Dezember 1981 trat eine erneute Schädigung des linken Knies auf, welche zu weiteren medizinischen Behandlungen und Arbeitsausfällen führte. Mit Verfügung vom 21. November 1983 sprach die SUVA dem Versicherten rückwirkend ab dem 13. September 1983 eine Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 15 % zu. Die SUVA erhöhte mit ihrem Entscheid vom 22. Januar 2001 diese Invalidenrente auf 25 % und sprach dem Beschwerdeführer eine Integritätsentschädigung von 17 % zu. Da ein definitiver Heilungserfolg ausblieb, setzte der behandelnde Arzt Dr. med. A._____, Facharzt Orthopädie, dem Beschwerdeführer am 7. Januar 2003 eine Knieprothese ein, welche am 15. September 2004 von Dr. med. B._____, Facharzt Orthopädie, ausgewechselt wurde. Es kam zu weiteren medizinischen Behandlungen, unter anderem auch in der Rehabilitationsklinik M._____. Die SUVA leistete neben den Heilbehandlungskosten auch Taggeldzahlungen.

Mit Verfügung der SUVA vom 11. März 2008 wurde einerseits die Integritätsentschädigung um 5 % auf insgesamt 22 % erhöht und andererseits die Taggeldzahlungen per 31. März 2008 eingestellt, da die SUVA ab diesem Zeitpunkt seitens der Unfallfolgen von einer vollen Arbeitsfähigkeit im Rahmen der bestehenden 25 %-igen Invalidenrente ausging. Die gegen die Einstellung der Taggeldleistungen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 13. Oktober 2008 abgewiesen, worauf der Beschwerde-

führer Beschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen erhob und sinngemäss einen neuen Rückfall per 29. Oktober 2008 geltend machte. Der Beschwerdeführer zog in der Folge seine Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 13. Oktober 2008 zurück, worauf das Verfahren vor dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen abgeschlossen wurde.

Nach weiteren medizinischen Abklärungen des Beschwerdeführers hielt die SUVA in ihrer Verfügung vom 25. August 2010 fest, dass sich der unfallbedingte medizinische Befund des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 20 % resultiere eine Erwerbseinbusse von 36 %. Die SUVA erhöhte mit dieser Verfügung folglich die Rente des Beschwerdeführers rückwirkend ab 1. Mai 2010 auf 36 %.

C.

Mit Formular vom 2. Februar 1999 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle SG) zum Leistungsbezug an. Nach erfolgter Abklärung verfügte die IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (nachfolgend: Vorinstanz) am 30. April 2002 aufgrund eines Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers von 79 % eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Oktober 1999 bis 31. Januar 2001.

Mit Formular vom 9. März 2004 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle SG erneut zum IV-Leistungsbezug an. In der Folge sprach die Vorinstanz dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. August 2004 ab 1. März 2003 eine ganze Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % zu.

D.

Im Oktober 2004 holte die Vorinstanz im Rahmen eines Revisionsverfahrens beim Beschwerdeführer einen ausgefüllten Revisionsfragebogen ein und zog zahlreiche medizinische Unterlagen, insbesondere auch die Akten der SUVA, bei.

Die IV-Stelle SG teilte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 3. Januar 2011 mit, dass die Abklärungen und Angaben der SUVA übernommen würden. Es sei demnach dem Beschwerdeführer eine wechselbelastende Tätigkeit vor allem sitzend im vollen Rahmen zumutbar. Unter Berücksichtigung eines 20 %-igen Leidensabzugs bestehe somit lediglich

eine Erwerbseinbusse von 36 %, welche keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe.

Mit Eingabe vom 26. Januar 2011 erhob der Beschwerdeführer Einwände gegen den Vorbescheid.

Mit Verfügung vom 27. April 2011 bestätigte die Vorinstanz ihren Vorbescheid vom 3. Januar 2011 und stellte ihre Rentenzahlung per 30. Juni 2011 ein. Ergänzend führte sie aus, dass die bestehenden und beschriebenen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit Folgen der posttraumatischen Knieproblematik seien, weshalb sie sich der Einschätzung und Invaliditätsgradbemessung der SUVA anschliessen würde. Die attestierte Folgeerscheinung der Knieproblematik, welche noch eine Reizung des Muskelansatzes am Trochanter der linken Hüfte beschreibe, werde als behandelbare Störung gewertet, welche keinen bleibenden Einfluss auf die adaptierte Tätigkeit aufweise.

E.

Gegen diese Verfügung vom 27. April 2011 erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 20. Mai 2011 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht. Er beantragt darin sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Weiterausrichtung der Invalidenrente. Zur Begründung macht er geltend, dass auch die SUVA eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes festgestellt habe. Dr. med. C._____, Facharzt Orthopädie, von der Klinik D._____, habe ausgeführt, dass auch weitere Operationen keine Verbesserung seines Gesundheitszustandes bringen könnten. Zudem habe Dr. med. E._____, Facharzt Orthopädie und orthopädische Chirurgie, an der linken Hüfte eine Folgeerkrankung festgestellt. Er habe Mühe, den Tag in sozialer und psychischer Hinsicht zu meistern. Es sei ihm weder aufgrund seiner Beeinträchtigung, noch aufgrund seines Alters und der jahrelangen Abwesenheit von der Berufswelt möglich, auf dem Arbeitsmarkt ein Einkommen von ca. Fr. 40'000.– jährlich zu erzielen.

F.

In ihrer Vernehmlassung vom 19. Juli 2011 verwies die Vorinstanz auf die Vernehmlassung der IV-Stelle SG vom 11. Juli 2011 und beantragte die Abweisung der Beschwerde. Die IV-Stelle SG führte zusammengefasst aus, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenzusprache sowohl in seiner angestammten als auch in einer Verweisungstätigkeit 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Den Akten sei seit der Rentenzuspra-

che der SUVA basierend auf einem Invaliditätsgrad von 25 % keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers zu entnehmen. Der Beschwerdeführer sei in einer seinem Leiden adaptierten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig. Wie die SUVA auf die Erkenntnis gekommen sei, der medizinische Befund des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert, sei nicht nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Vergleich zum März 2004 zweifelsohne markant verbessert.

G.

Mit Replik vom 9. September 2011 reichte der Beschwerdeführer weitere ärztliche Berichte ein und hielt an seiner Beschwerde fest.

H.

Die Vorinstanz bestätigte mit Duplik vom 10. Oktober 2011 ihren Antrag auf Abweisung der Beschwerde und verwies diesbezüglich auch auf die Duplik der IV-Stelle SG vom 28. September 2011.

I.

Auf die weiteren Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich und rechtserheblich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen nach Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021), sofern keine Ausnahme nach Art. 32 VGG vorliegt. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die Vorinstanz, die mit Verfügungen über Rentengesuche von Grenzgängerinnen und Grenzgängern befasst (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. Art. 69 Abs. 1 IVG sowie Art. 40 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

1.2. Der Beschwerdeführer war Grenzgänger. Wie in der Zuständigkeitsregelung des Art. 40 Abs. 2 IVV hierfür vorgesehen, hat die IV-Stelle SG,

in deren Tätigkeitsgebiet der Versicherte in seiner Eigenschaft als Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, in korrekter Weise die Anmeldung für Leistungen der IV entgegengenommen und geprüft, während die Vorinstanz die angefochtene Verfügung vom 27. April 2011 erlassen hat.

1.3. Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das Verwaltungsverfahrensgesetz aufgrund von Art. 3 Bst. d^{bis} VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist. Nach Art. 1 Abs. 1 IVG sind die Bestimmungen des ATSG auf die Invalidenversicherung (Art. 1a – 26^{bis} und 28 – 70) anwendbar, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht.

1.4. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist die Verfügung der Vorinstanz vom 27. April 2011. Die Beschwerde wurde frist- und formgerecht eingereicht (Art. 60 ATSG). Als Adressat der angefochtenen Verfügung ist der Beschwerdeführer besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Änderung oder Aufhebung (Art. 59 ATSG). Damit ist auf die Beschwerde, nachdem auch der geforderte Kostenvorschuss fristgerecht geleistet wurde, einzutreten.

2.

2.1. Das Bundesverwaltungsgericht prüft die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung oder des Missbrauchs des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und die Unangemessenheit, wenn nicht eine kantonale Behörde als Beschwerdeinstanz verfügt hat (Art. 49 VwVG).

2.2. Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Es kann die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. HÄBERLI, in: Waldmann/Weissenberger, Praxiskommentar VwVG, Art. 62 N 40).

2.3. Im Sozialversicherungsprozess hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Mög-

lichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b, 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

Vorab ist zu prüfen, welche Rechtsnormen im vorliegenden Verfahren zur Anwendung gelangen.

3.1. Der Beschwerdeführer besitzt die österreichische Staatsbürgerschaft und wohnt in Österreich, so dass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, nachfolgend: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG). Das Freizügigkeitsabkommen setzt die verschiedenen bis dahin geltenden bilateralen Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union insoweit aus, als darin derselbe Sachbereich geregelt wird (Art. 20 FZA). Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Mitglieder der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Nach Art. 3 Abs. 1 der Verordnung Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 (EWG, SR 0.831. 109.268.1) haben die Personen, die im Gebiet eines Mitgliedstaates wohnen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaates wie die Staatsangehörigen dieses Staates selbst, soweit besondere Bestimmungen dieser Verordnung nichts anderes vorsehen. Dabei ist im Rahmen des FZA und der Verordnung auch die Schweiz als „Mitgliedstaat“ zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 von Anhang II des FZA). Demnach richten sich die Bestimmung der Invalidität, die Berechnung des Invaliditätsgrades und der Rentenhöhe auch nach dem Inkrafttreten des FZA nach schweizerischem Recht (BGE 130 V 253 E. 2.4), insbesondere dem IVG, der IVV, dem ATSG sowie der entsprechenden Verordnung vom 11. September 2002 (ATSV, SR 830.11).

3.2. In materiellrechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (vgl. BGE 130 V 329). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Damit finden im vorliegenden Verfah-

ren grundsätzlich jene schweizerischen Rechtsvorschriften Anwendung, die bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2011 in Kraft standen.

3.3. Bezüglich der vorliegend auf Grund von Art. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG zu berücksichtigenden ATSG-Normen zur Arbeitsunfähigkeit (Art. 6), Erwerbsunfähigkeit (Art. 7), Invalidität (Art. 8) und zur Bestimmung des Invaliditätsgrades (Art. 16) hat das Schweizerische Bundesgericht (vormals Eidgenössisches Versicherungsgericht [EVG]) erkannt, dass es sich bei den in Art. 3-13 ATSG enthaltenen Legaldefinitionen in aller Regel um eine formellgesetzliche Fassung der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu den entsprechenden Begriffen vor In-Kraft-Treten des ATSG handelt und sich inhaltlich damit keine Änderung ergibt, weshalb die hierzu entwickelte Rechtsprechung übernommen und weitergeführt werden kann (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.1, 3.2 und 3.3).

4.

4.1. Streitig ist vorliegend, ob die Vorinstanz zu Recht die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente wegen Änderung des Invaliditätsgrades eingestellt hat, wobei die Frage im Zentrum steht, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verbessert hat bzw. ob der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt worden ist.

Nachfolgend sind die zur Beurteilung der Streitsache massgebenden gesetzlichen Grundlagen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze darzulegen.

4.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei

langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

4.3. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

4.4. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten wird das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihnen zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

4.5. 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4, BGE 115 V 133 E. 2; AHI-Praxis 2002 S. 62 E. 4b/cc). Eine zumutbare Arbeitsmöglichkeit hat sich der Versicherte anrechnen zu lassen (leidensangepasste Verweisungstätigkeit; ZAK 1986 S. 204 f.).

Die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht haben die medizinischen Unterlagen nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet für das Gericht, dass es alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das ge-

samte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und 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 351 E. 3a).

4.6.

4.6.1. Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 ATSG). Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (Art. 88a Abs. 1 IVV). Die Herabsetzung der Renten erfolgt am ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 Bst. a IVV, vgl. BGE 135 V 306 E. 7).

4.6.2. Ein Revisionsgrund ergibt sich aus jeder wesentlichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5, m.w.H., SVR 2004 IV Nr. 5 S. 13 E. 2). Keine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse bedeutet eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts (zum Beispiel eine andere Einschätzung der zumutbaren Arbeitsleistung, vgl. SVR 2004 IV 5, E. 3.3; 1996 IV Nr. 70 E. 3a). Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in seiner älteren Rechtsprechung jeweils festgehalten, dass ein Revisionsgrund, welcher zur Aufhebung oder Herabsetzung der Rente nach Art. 41 IVG (bzw. heute Art. 17 ATSG) führt, aktenmässig zuverlässig ausgewiesen sein muss (z.B. Urteil des Bundesgerichts [BGer] I 559/02 vom

31. Januar 2003 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Die Revisionsbestimmungen dürfen nicht als Grundlage für eine voraussetzungslose Neuprüfung des Rentenanspruchs verstanden werden (RUDOLF RÜEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrevisionen, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 15 mit Verweis auf BGE 112 V 371 E. 4).

4.6.3. Ob eine unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten erhebliche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen bzw. letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (Ausgangszeitpunkt), mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (Referenzzeitpunkt, BGE 133 V 108 E. 5.4).

4.6.4. Eine materielle Abklärung findet sich vorliegend anlässlich der Rentenzusprache am 30. August 2004, weshalb diese Verfügung den Ausgangszeitpunkt begründet. Die angefochtene Verfügung vom 27. April 2011, welche aufgrund des im Oktober 2004 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens erging, begründet den Referenzzeitpunkt.

5.

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2011 stützte sich die Vorinstanz auf den von der SUVA berechneten Invaliditätsgrad von 36 %. Demgegenüber führte die IV-Stelle SG in ihrer Vernehmlassung vom 11. Juli 2011 jedoch aus, dass die Erkenntnis der SUVA, wonach sich der medizinische Befund des Beschwerdeführers verschlechtert habe und deshalb eine Erhöhung der Unfallrente von 25 % auf 36 % stattgefunden habe, nicht nachvollziehbar sei. Es sei vielmehr von einer markanten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zum März 2004 auszugehen. Dr. med. F. _____ habe den Beschwerdeführer in einer seinem Leiden adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig erachtet. Die Einstellung der Invalidenrente sei deshalb ohne Weiteres gerechtfertigt, da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege.

Der Beschwerdeführer stellt sich hingegen auf den Standpunkt, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Er habe zudem Mühe, den Tag sozial und psychisch zu meistern.

6.

Nachfolgend ist deshalb anhand der medizinischen Akten zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 30. August 2004 bis zum Erlass der streitigen Verfügung vom 27. April 2011 insoweit gebessert habe, dass die Aufhebung der ganzen Invalidenrente gerechtfertigt war (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, BGE 133 V 108, BGE 130 V 71).

6.1. Der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungszusprechung präsentierte sich aufgrund der damals vorliegenden Unterlagen, insbesondere der SUVA-Akten, wie folgt:

6.1.1. Aus dem Arztbericht von Dr. med. A._____, Facharzt Orthopädie, vom 21. Januar 2003 geht hervor, dass der Beschwerdeführer an einer beträchtlichen posttraumatischen Gonarthrose links leide, weshalb ihm am 7. Januar 2003 eine Knie-totalendoprothese implantiert worden sei. Am 24. März 2003 berichtete Dr. med. A._____, dass der anschließende Reha-Aufenthalt des Beschwerdeführers sowie weitere medizinische Behandlungen und langfristige Physiotherapiebemühungen keine Besserung gebracht hätten. Am 19. März 2003 sei deshalb unter Narkose eine Mobilisierung des linken Knies erfolgt. In seinem Bericht vom 7. Juli 2003 führte Dr. med. A._____ aus, dass das klinische Ergebnis beim Beschwerdeführer sehr enttäuschend sei. Der Beschwerdeführer klage weiterhin über starke Belastungsschmerzen im linken Knie und könne nur hinkend gehen. Eine intraarticuläre Cortison-Injektion habe nur kurzfristig eine Besserung realisiert. Im objektiven Befund zeige sich immer noch eine parapatelläre beträchtliche synoviale Schwellung und eine leichte Ergussbildung. Der Quadrizeps sei deutlich atrophisch. Die Knieflexion mit 110-0-0° sei nun akzeptabel. Der Beschwerdeführer sei in dieser Form nicht arbeitsfähig.

6.1.2. Gemäss einem Arztbericht von Dr. med. B._____, Facharzt Orthopädie, Klinik D._____, vom 13. Mai 2004 zeige der Beschwerdeführer eine chronische mediale Laxität und eine chronische laterale Instabilität bei mediolateraler Bandinsuffizienz bei St. N. Totalknieprothese, bei LCS Meniscalbearing links bei posttraumatischer Gonarthrose. Da der Verdacht auf eine Totalknieprothesenlockerung bestehe, werde ein Prothesenwechsel empfohlen. In beruflicher Hinsicht gebe es keine Möglichkeit, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Lagerist zu erhöhen. Postoperativ werde eine Adaptierung der Arbeitsstelle empfohlen.

6.1.3. Dr. med. G._____, Facharzt Allgemeine Medizin, attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Arztbericht vom 8. April 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Knie-Distorsion
- Chondrocalzinose
- Chondromalazie
- Deg. Med. Meniskusruptur
- Status p. Kreuz u. med. Seitenbandplastik links

Des Weiteren attestierte Dr. med. G._____ dem Beschwerdeführer folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Posttraumatische Gonarthrose links
- Zementfreie LCS-Prothese
- Extreme Quadrizepsatrophie

Dr. med. G._____ hielt den Beschwerdeführer aufgrund der gestellten Diagnosen für 100 % arbeitsunfähig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ab Januar 2003 und erachtete die Arbeitsfähigkeit nicht durch medizinische Massnahmen verbesserbar.

6.1.4. Im ärztlichen Gutachten von Dr. med. H._____, Fachärztin Allgemeine Medizin, vom 5. Juli 2004 hielt diese fest, dass die Hauptursache der Minderung der Erwerbsfähigkeit ein Gelenkerguss (ICD-10: M25.4) sei. Zudem bestehe ein Zustand nach Knie-Totalendoprothesenimplantation links mit Instabilität und chronischem Reizzustand, ein Zustand nach Arbeitsunfall im Jahr 1980 mit Verplattung des linken Unterschenkels, Übergewicht, Schulterbewegungseinschränkung bei akuter Schleimbeutelentzündung und ein reaktiv depressiver Verstimmungszustand. Dr. med. H._____ beurteilte eine Besserung der Beschwerden nach Prothesenwechsel und Infektsanierung möglich, die Prognose jedoch aufgrund der Vorgeschichte insgesamt als ungünstig. Eine Anpassung und Gewöhnung an den bleibenden Leidenszustand in einem solchen Ausmass, dass sich das Restleistungskalkül verbessern würde, sei nicht möglich. Dr. med. H._____ erachtete hingegen im Rahmen des Gesamtleistungskalküls eine überwiegend leichte Tätigkeit mit folgenden Kautelen als zumutbar: sitzende Arbeitshaltung, kein längeres Gehen oder Stehen, überwiegend leichte Hebe- und Trageleistung, keine Zwangshaltungen, fallweise Überkopf-Arbeiten oder vorgebeugte sowie gebückte Arbeit möglich, Tätigkeit mit geringem Zeitdruck und durch-

schnittlicher psychischer Belastung, vermehrtes Einlegen von Arbeitspausen.

6.1.5. Dr. med. I. _____ vom Regionalärztlichen Dienst der Vorinstanz hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es sich seiner Erkenntnis nach bei den Beschwerden des Beschwerdeführer um reine Unfallfolgen handle. Gemäss der SUVA sei der Beschwerdeführer ab dem 6. Januar 2003 100 % arbeitsunfähig und es sei ein Ersatz der am 7. Januar 2003 implantierten Knieprothese in der Klinik D. _____ geplant. Dr. med. I. _____ stützte sich auf diese Beurteilung und hielt fest, dass dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente gewährt werden könne, bis die SUVA über einen erneuten Invaliditätsgrad verfüge.

6.2. Hinsichtlich der Entwicklung des medizinischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung am 27. April 2011 lässt sich aus den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

6.2.1. Im von Dr. med. J. _____, Facharzt Orthopädie, Klinik D. _____, ausgestellten Bericht vom 13. Januar 2005 stellte dieser folgende Diagnosen:

- St. n. Total-Knieprothesen-Wechsel links am 15. September 2004
- St. n. Knie-TP (LCS-Meniscal-Bearing links) 2003
- St. n. diversen Voreingriffen mit Kniegelenksarthroskopien, Naht des VKB, sowie Seitenband links
- St. n. wahrscheinlicher Tibiafraktur links

Dr. med. J. _____ führte aus, dass beim Beschwerdeführer ein Reizknie mit chronischer Ergussbildung bestehe, dies vor allem bei Belastung, aber auch nach längerem Sitzen. Der Reizzustand des linken Kniegelenkes könne längerfristig wahrscheinlich nicht wesentlich verbessert werden. Derzeit sei beim Beschwerdeführer längerfristig nicht mit der Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

In seinem Bericht vom 18. Februar 2005 bestätigte Dr. med. J. _____ seine gemachten Einschätzungen und hielt wiederholt fest, dass beim Beschwerdeführer längerfristig nicht mit einer Verbesserung des Befundes gerechnet werden könne. Es komme vor allem nach längeren Belastungen immer wieder zu Schwellungen im Bereich des Kniegelenkes. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

6.2.2. Der Kreisarzt Dr. med. F._____, Facharzt Chirurgie, Allgemein- und Unfallchirurgie, erachtete in seinem Bericht vom 26. April 2005 den Beschwerdeführer im aktuellen Rehabilitationsverlauf als einsetzbar für eine vor allem sitzende und wechselbelastende Tätigkeit, mit der Möglichkeit, das Knie für eine halbe Stunde durch zu bewegen. Dabei sollten Pausen in regelmässigen Abständen (ca. zweistündlich) eingelegt werden und das Gehen auf kurze Strecken (ca. 200 Meter) begrenzt sein.

6.2.3. Dr. med. B._____ bestätigte in seinem Bericht vom 23. August 2005 im Wesentlichen seine gestellten Diagnosen und beurteilte den Beschwerdeführer in Übereinstimmung mit Dr. med. J._____ als arbeitsunfähig. Dr. med. B._____ schloss derzeit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus. Zudem hielt er fest, dass der Beschwerdeführer aus seiner Sicht eine invalidisierende extrartikuläre Neuralgie zeige.

6.2.4. Dr. med. K._____, Fachärztin Neurologie, beurteilte in ihrem Bericht vom 13. Oktober 2005 die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers zusammen mit den klinischen Befunden als mit einer Neuropathie des Ramus infrapatellaris des N. saphenus links vereinbar. Nach den operativen Eingriffen im Bereiche des Knies betrage die Verletzungsrate des Nervs bis zu 75 %. Im Falle des Beschwerdeführers liege möglicherweise eine postoperative Spätschädigung infolge einer Einbeziehung des Nervs im Narbengewebe vor. Typisch dafür seien die belastungsabhängigen verstärkten Schmerzen sowie der Triggerpunkt am Übergang zum distalen Drittel der medial verlaufenden Narbe. Die Atropie des M. quadrizepts dürfte bei normalen EMG inaktivitätsbedingt sein. Der links nicht auslösbare PSR sei bei Status nach mehreren Knieoperationen links nicht ungewöhnlich und könne wiederum bei normalem EMG nicht als Hinweis auf eine weiter proximal liegende Neuropathie des N. femoralis oder eine Radikulopathie gewertet werden. Sie empfehle eine erneute lokale Infiltration im Bereich des Triggerpunktes. Falls es zu einer deutlichen Schmerzbesserung komme, müsse eine operative Revision diskutiert werden. Bei fehlender Besserung sei ein Therapieversuch mit Neurotin empfehlenswert.

6.2.5. Im Bericht vom 28. Oktober 2005 hielt Dr. med. F._____ bezüglich des Zumutbarkeitsprofils des Beschwerdeführers fest, dass Dr. med. B._____ Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auf der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers beruhe, wie dieser ihm anlässlich eines Telefonats erklärt habe.

6.2.6. Im von Dr. med. L._____, Facharzt Orthopädie, orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie, ausgestellten ärztlichen Gutachten vom 12. November 2005 kommt dieser zum Schluss, dass der Beschwerdeführer nicht ein reines Weichteilproblem habe. Es liege ein chronischer Knieinfekt vor, auch wenn kein Keim nachgewiesen worden sei. Derzeit sei das Kniegelenk in einem sehr schlechten Zustand mit einer massiven synovitischen Schwellung und einer Oberschenkelumfangdifferenz von mehreren Zentimetern. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien glaubhaft und in Anbetracht des Befundes auch nicht psychosomatisch bedingt. Eine Beschwerdeverbesserung wäre mit einem Ausbau der Knieendprothese und einer Knieversteifung mit einem Fixateur zu erzielen. Es würde dadurch zu einer Beinverkürzung kommen. Der ganze Prozess würde aber eine hohe Motivation und eine hohe Anforderung an die Patientenbelastbarkeit voraussetzen. Diese Belastbarkeit schein beim Beschwerdeführer momentan nicht gegeben zu sein. Beim Beschwerdeführer sei keine Besserung seines Gesundheitszustand möglich. Es sei auch nicht möglich, dass sich der Beschwerdeführer an den bleibenden Leidenszustand anpasse oder gewöhne, so dass sich sein Restleistungskalkül verbessern würde. Dr. med. L._____ beurteilte den Beschwerdeführer als voll arbeitsunfähig. Als zumutbar beurteilte er jedoch Tätigkeiten mit folgenden Anforderungen: sitzende Arbeitshaltung in geschlossenen Räumen, kein langes Gehen oder Stehen, leichte Hebe- und Trageleistung, keine Zwangshaltungen, fallweise Überkopf-Arbeiten und vorgebeugte sowie gebückte Arbeiten möglich, vermehrtes Einlegen von Arbeitspausen notwendig.

6.2.7. Dr. med. G._____ führte in seinem Bericht vom 5. Dezember 2005 aus, dass der Beschwerdeführer seit einem Monat Neurotin einnehme und sich die Beschwerden keineswegs gebessert hätten. Der Beschwerdeführer klagte über Nebenwirkungen in Form von Müdigkeit.

6.2.8. Im Austrittsbericht der Rehaklinik M._____ vom 5. Juli 2006 wurde festgehalten, dass durch den stationären Aufenthalt vom 17. Mai 2006 bis 14. Juni 2006 beim Beschwerdeführer keine Zustandsverbesserung habe erzielt werden können. Er habe nicht von den physiotherapeutischen und medikamentösen Therapien profitieren können. Bei stets vorhandenem und bei Belastung und Bewegung zunehmendem Reizknie seien schwellungs- und schmerzbedingt die stets beklagten Beschwerden im linken Knie während des ganzen Rehaaufenthaltes ein limitierender Faktor gewesen. Die Beweglichkeit im linken Knie sei unverändert geblieben mit Flexion/Extension 70-0-0°. Der Beschwerdeführer habe ge-

gen Ende des Aufenthaltes durch die intensiven Therapien eher verstärkte Beschwerden im linken Knie beklagt und habe sogar einen Rückgang der Belastbarkeit präsentiert. Ein erheblicher Teil der Schmerzsymptomatik sei auf ein neurogenes Schmerzsyndrom zurückzuführen. Es sei absehbar, dass die Zumutbarkeitsgrenzen hierdurch deutlich dauerhaft reduziert sein werden. Allein aufgrund des erheblichen neurogenen Schmerzes dürfte allenfalls eine körperlich sehr leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen, zeitlich bis maximal 75 % der Arbeitstätigkeit mit zusätzlichen Pausen zumutbar sein.

6.2.9. Dr. med. B._____ führte nach durchgeführter Untersuchung in seinem Bericht vom 6. Oktober 2006 aus, dass bezüglich der Prothese eine leichte mediale Laxheit, persistierende Gelenksergüsse und radiologisch eine Lyse rund um den Femurschaft feststellbar seien, die aber seit der letzten Kontrolle im August 2005 unverändert geblieben seien. Eine infektiöse Ursache habe in den klinischen, radiologischen und paraklinischen Untersuchungen nicht nachgewiesen werden können. Was die Problematik des N. infrapatellaris betreffe, seien bereits sämtliche zur Verfügung stehenden konservativen Behandlungen ohne grossen Erfolg angewendet worden. Für eine Revision der medialen Narbe mit Neurolyse der Nn. saphenus bestehe bei einem Zustand mit Narbenbeschwerden und nach Neurolyse und Exzision eines Neuromas vor mehreren Jahren seiner Meinung nach keine Erfolgsgarantie. Insgesamt seien die Beschwerden des Beschwerdeführers komplexer Natur und würden in erster Linie mit der Neuropathie des N. infrapatellaris zusammenhängen. Im Hinblick auf die Berufsausübung sei offensichtlich, dass der Beschwerdeführer seiner früheren beruflichen Tätigkeit nicht mehr nachgehen könne. Es liege eine Berufsunfähigkeit von 100 % vor. Theoretisch möglich wäre eine sitzende Tätigkeit, bei der nur die oberen Gliedmassen zum Einsatz kämen. Die Position müsste regelmässig geändert werden, regelmässige Pausen wären nötig und die unteren Gliedmassen dürften nicht eingesetzt werden. Tatsächlich befinde sich der Beschwerdeführer, der seine Stellung regelmässig ändern müsse und nicht lange Zeit sitzen könne, in einer schwierigen Lage hinsichtlich Zumutbarkeit und Ausführbarkeit einer Tätigkeit.

6.2.10. Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 21. Dezember 2006 hielt Dr. med. F._____ fest, dass nach wie vor Gonalgien im Rahmen der multiplen Eingriffe mit Reizzustand im Knie und neuropathische Beschwerden sowie leichter antero-medialer Instabilität beständen. Infektiologisch könne kein bakterielles Wachstum nachgewiesen werden, das

den szintigraphisch verdächtigen Befund bestätigen würde. Bei diesem Zustand sei wegen den neuropathischen Beschwerden und der nicht ausgeschlossenen, sich erneut anbahnenden Prothesenlockerung doch auch bei einer ganztägig sitzenden Tätigkeit mit einer zeitlichen Einschränkung zu rechnen, was in Reevaluation seiner früheren Zumutbarkeitsbeurteilung ab 7. Juni 2005 zu berücksichtigen sei.

6.2.11. Aus dem Bericht des Krankenhauses N._____ vom 3. November 2007 ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer nach Implantation einer epiduralen Schmerzpumpe durch Dr. med. O._____ im Schmerzzentrum Klinik Q._____ mit zunehmenden starken Schmerzen und mit Verdacht auf Liquorfistel stationär behandelt werden musste.

6.2.12. Dr. med. O._____, Facharzt Anästhesiologie und Intensivmedizin, Schmerzzentrum Klinik Q._____, berichtete am 11. Dezember 2007, dass der Beschwerdeführer für eine Schmerztherapie, welche jedoch abgebrochen worden sei, in seiner Behandlung gewesen sei. Er hege beim Beschwerdeführer den Verdacht auf ein Neurom im Verlauf des Nervus saphenus medial am Knie links. Er habe beim Beschwerdeführer eine medikamentöse Schmerztherapie mit Fentanyl und Morphin durchgeführt und einen temporären intrathekalen Katheter implantiert, damit eine Dauerinfusion von Fentanyl und Bupivacain stattfinden könne. Der Beschwerdeführer habe die üblichen Nebenwirkungen wie Juckreiz, Müdigkeit und Schwitzen gehabt. Diese Nebenwirkungen seien nicht wesentlich zurück gegangen. Mit der schmerzstillenden Wirkung sei der Beschwerdeführer nicht zufrieden gewesen.

6.2.13. Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 26. Februar 2008 bestätigte Dr. med. F._____ seine bisher gestellten Diagnosen und führte aus, dass eine intrathekale Schmerztherapie aufgrund der Nebenwirkungen habe abgebrochen werden müssen. Es sei beim Beschwerdeführer dadurch zu einem postinterventionellen Auftreten einer vorübergehenden Liquorfistel gekommen. Dr. med. F._____ berichtete, dass sich der Umfang des linken Knies reduziert und auch die Beweglichkeit gebessert hätten. Der Beschwerdeführer mache auch einen psychisch stabileren Eindruck als früher. Unverändert bestehe die Klopf- und Druckdolenz im Bereich des Nervus infrapatellaris und am medialen Tibiaplateau im Bereich der Narbe sowie die mediale Aufklappbarkeit. Er denke, dass aufgrund der multipelsten Operationen und der immer wieder aufgetretenen Komplikationen und auch unter Berücksichtigung des aktuell deutlich besseren Zustandes auf weitere operative Interventionen (Revision des

Nervus infrapatellaris, Straffung des medialen Seitenbandes) zu verzichten sei. Die medizinische Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit beurteile er unverändert.

6.2.14. Aus den ärztlichen Berichten des Landeskrankenhauses R. _____ vom 29. September 2008 und 14. Oktober 2008 geht hervor, dass der Beschwerdeführer von 29. September 2008 bis 9. Oktober 2008 in stationärer Behandlung gewesen ist. Der Beschwerdeführer sei mit einem deutlichen Kniegelenkserguss und deutlicher Überwärmung sowie starken Schmerzen von der Unfallchirurgieambulanz in N. _____ übernommen worden. Dort sei eine Punktion des Kniegelenkes durchgeführt worden und das Punktat hätte sich trübe gezeigt. In der nun durchgeführten Punktion zeige sich eine erhöhte Zellzahl von 41'000, der CRP Wert liege bei 3.42. Es sei in der Folge eine arthroskopische Kniegelenksspülung durchgeführt worden. Im zytologischen Befund habe sich ein akut eitriges Zellbild gezeigt. Der mikrobiologische Befund sei bis jetzt unauffällig. Die Anreicherung laufe weiter. Es sei eine Antibiose mit Dalazin und Rifoldin postoperativ durchgeführt worden, worauf die Entzündungswerte rückläufig geworden seien.

6.2.15. Im Arztbericht von Dr. med. C. _____, Facharzt Orthopädie, Klinik D. _____, vom 19. März 2009, führte dieser aus, dass beim Beschwerdeführer eine unverändert eingeschränkte Situation wie im ärztlichen Bericht des Landeskrankenhauses R. _____ vom September 2008 bestehe. Es bestehe der Verdacht auf wenig symptomatische femorale Lockerung (aseptisch) links mit symptomatisch deutlich im Vordergrund stehender Weichteilirritation antero-medial evt. durch den tibialen Prothesenteil.

Am 1. September 2009 führte Dr. med. C. _____, in seinem Bericht aus, dass sich in der durchgeführten Szintigraphie (3-Phasen Skelettszintigraphie) vom 13. Januar 2009 eine Mehranreicherung am Rand der Femurkomponente metaphysär mit unauffällig tibialer Prothesenanteile gezeigt habe. Klinisch dominierten für den Beschwerdeführer die belastungsabhängigen Beschwerden im Bereich des medialen Tibiaplateaus mit Verdacht einer medialen Weichteilirritation durch den Prothesenüberhang. Es liege eine klare 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit als Lagerist vor. Auch ein Prothesenwechsel würde mit aller grössten Wahrscheinlichkeit nicht zu einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit als Lagerist führen. Eine Arbeitsfähigkeit könne seiner Meinung nach nur durch eine Umschulung mit sitzender Tätigkeit erreicht werden.

6.2.16. Aus dem ärztlichen Attest von Dr. med. G._____ vom 16. November 2009 geht hervor, dass der Beschwerdeführer wiederholt wegen Schmerzen im linken Kniegelenk in seiner Praxis gewesen ist. Klinisch bestehe wiederum ein Reizerguss sowie ein Beugedefizit.

6.2.17. Aus dem Bericht des Landeskrankenhauses R._____ vom 26. Februar 2010 geht hervor, dass aufgrund eines Sturzes auf das linke Knie das mediale Seitenband instabil sei und eine typische Druckschmerzhaftigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer wurde bis zum 25. April 2010 arbeitsunfähig geschrieben.

6.2.18. Im kreisärztlichen Untersuchungsbericht der SUVA vom 1. März 2010 stellte Dr. med. F._____ folgende Diagnosen:

- Distorsion vom 15. Oktober 1980, unhappy triad Knie links bei Status nach medialer Bandnaht ca. 1972
 - 17. Oktober 1981 Kniegelenkrevison mit Meniscusrefixation, Reinsertion des vorderen Kreuzbandes, dorsomedialer Kapselraffung, Naht des medialen Seitenbandes und des Vastus medialis, Gipsimmobilisation
 - 3. März 1981 Nervenrevision Ramus infrapatellaris
- Unfall vom 19. Dezember 1981 mit Kontusion Kniegelenk links, Riss des medialen Seitenbandes, alter Teilruptur des vorderen Kreuzbandes, degenerativer Ruptur des medialen Meniscushinterhornes mit Chondrocalcinose, retropatellärer Chondromalazie Grad II bis III (sowie Distorsion Schulter links und Nasenbeinkontusion)
 - 22. November 1982 Narbenneuromexcision, Ersatz des Seitenbandes durch Kohlefaserbündel
 - 16. Mai 1983 Entfernung des Kohlefaserbandes
 - 16. Oktober 1992 Revision
 - 7. Oktober 1998 partielle mediale Meniscektomie, retropatelläres Knorpeldébridement
 - 7. Januar 2003 Knie totalprothese links
 - 15. September 2004 Wechsel Knie totalprothese links bei zunehmender Instabilität des Implantates
 - Szintigraphisch Verdacht auf Low grade infect, bakteriologisch nicht bestätigt (DD Prothesenlockerung) mit Reizerguss/Synovialitis
- Rezidivierende Schwellungen mit leukozytärem Infiltrat aseptisch ohne Nachweis bakterieller Infektion
- Verdacht auf aseptische Prothesenlockerung

- Neurogenes Schmerzsyndrom des Nervus femoralis/Ramus infrapatellaris links
 - 2007 Versuch einer intrathekalen Schmerztherapie, wegen Nebenwirkungen dann darauf verzichtet; postinterventionelles Auftreten einer vorübergehenden Liquorfistel
- Schmerzexazerbationen November 2009 und 15. Februar 2010 bei Verdacht auf Knie-distorsio
- Anpassungsstörungen mit gemischter Symptomatik

Dr. med. F._____ führte aus, dass die Untersuchung durch die starke Schmerzempfindung am Knie geprägt sei, so dass der Beschwerdeführer nicht stockfrei gehen könne und auf der Untersuchungs-liege das Knie nur bis 40 Grad flektiert, hingegen beim Herabsteigen respektive beim Sitzen zum Prüfen der Reflexe ein hängender Unterschenkel ca. 80 Grad Flexion möglich sei. Es bestehe eine Konturverdickung und –vergrößerung am linken Knie, leicht überwärmt, und eine tanzende Patella mit Erguss. Ausgeprägte Druckempfindlichkeit über gesamtem medialem Kniekompartiment. Ebenfalls leichte – soweit prüfbar – vermehrte Aufklappbarkeit medial im Vergleich zu lateral. Nach wie vor die Quadricephypotrophie links, dies obwohl der Patient eine ausgeprägte Beschwielung plantar beidseits nahezu symmetrisch aufweise. Es sei nicht auszuschliessen, dass eine gewisse mediale Seitenbandzerrung stattgefunden habe mit Exazerbation hier vorbestehender Schmerzen im Bereich des medialen Tibialplateaus wie Dr. med. C._____ postuliert habe, allenfalls auch durch die radiologisch sichtbare Prominenz der Tibiakomponente bedingt. Radiologisch sei der Lysesaum um die femorale Komponente herum nicht eindeutig konventionell interpretierbar, aber in Zusammenschau aus der Aktenlage sei aufgrund der Szintigraphie doch eine Lockerung der Prothese möglich. Hingegen sei der immer wieder postulierte Infekt auch in den multiplen Punktionen ohne Nachweis eines bakteriologischen Wachstums wenig suspekt für einen Infekt. Die heute leichte Überwärmung und Schwellung sei eher auf einen Reizzustand zurückzuführen und klinisch nicht auf einen Infekt.

Somit sei der Zustand bis zum Jahreswechsel 2009/2010 in etwa unverändert zu der Untersuchung vor gut zwei Jahren. Somit hätten sich auch die Integritätsentschädigung, Zumutbarkeit und Behandlungsmassnahmen nicht wesentlich verändert. Es gebe nur eine leichte Abweichung in der Zumutbarkeit. Im chronischen Stadium, das heisst ohne dieses schmerzexazerbierende Ereignis, wären dem Beschwerdeführer medizinisch zumutbar sitzende Tätigkeiten aufgrund der Verlangsamung im

Vergleich zu 2000 doch eher – wie bereits erwähnt – eine quantitative Einschränkung von täglich ca. 1 ½ Stunden realistisch. Diese leichte Verschlechterung im Vergleich zu 2000 sei auch in der Untersuchung 2008 mit Anpassung der Integritätsentschädigung berücksichtigt.

6.2.19. Dr. med. E. _____, Facharzt Orthopädie und orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. Januar 2011 einen schmerzhaften Zustand im linken Knie nach zweimaligen Knieprothesenimplantationen links und eine Trochantertendinose links mit starken Hüftschmerzen. Gemäss Dr. med. E. _____ bestehe eine beträchtliche Einschränkung des Leistungskalküls.

In seinem Bericht vom 12. Februar 2011 hielt Dr. med. E. _____ fest, dass aufgrund der erheblichen Dauerschmerzen eine berufliche Tätigkeit im Sitzen von maximal halbtätig möglich sei.

7.

Aus den seit der Rentenzusprechung dargelegten Arztberichten ergibt sich, dass die Ausführungen über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 27. April 2011 im Wesentlichen konstant geblieben sind. Die gestellten Diagnosen und Befunde sind nach wie vor grundsätzlich die Gleichen wie im Zeitpunkt der Rentenzusprechung. Es fällt auch auf, dass seit der Rentenzusprechung die mögliche medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von diversen Ärzten, trotz im Wesentlichen gleich lautender Diagnosen, unterschiedlich eingeschätzt wurde. Zwar schliessen identisch gebliebene Diagnosen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (Urteil BGer 9C_88/2010 vom 4. Mai 2010 E. 2.2.2 mit Hinweis).

Im vorliegenden Fall hat sich trotz Durchführung unterschiedlichster Therapien und medizinischer Behandlungen keine Besserung des Gesundheitszustandes eingestellt. Im Gegenteil, wie die SUVA aufgrund ihrer medizinischen Abklärungen zu Recht festgehalten hat, hat sich der medizinische Befund des Beschwerdeführers verschlechtert. So hielt Dr. med. F. _____ in seinem kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 1. März 2010 als zusätzliche Diagnose ein neurogenes Schmerzsyndrom des Nervus femoralis/Ramus infrapatellaris links sowie eine Anpassungsstö-

rung mit gemischter Symptomatik fest. Zudem wird ersichtlich, dass sich seit der Rentenzusprache die Knieflexion des Beschwerdeführers verschlechtert hat. Dr. med. E. _____ diagnostizierte beim Beschwerdeführer überdies am 19. Januar 2011 eine Trochantertendinose. Die erheblichen Dauerschmerzen des Beschwerdeführers konnten trotz Operationen und Therapien nicht reduziert werden. Aus den Akten geht hervor, dass dieser Zustand für den Beschwerdeführer sehr belastend ist. Dies wirkt sich dementsprechend auf seinen psychischen Gesundheitszustand aus, was angesichts der über 30-jährigen Leidensgeschichte nachvollziehbar ist. Bereits im Jahr 2005 führten diverse Ärzte wiederholt aus, dass die Prognosen im vorliegenden Fall keineswegs günstig seien. So hielt Dr. med. J. _____ von der Klinik D. _____ in seinem Arztbericht vom 13. Januar 2005 fest, dass der Reizzustand des linken Kniegelenkes längerfristig nicht wesentlich verbessert werden könne und längerfristig nicht mit der Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Dies wurde von Dr. med. L. _____ in seinem Bericht vom 12. November 2005 bestätigt, indem dieser keine Besserung des Gesundheitszustand des Beschwerdeführers für möglich erachtete und auch eine Anpassung oder Gewöhnung an diesen Zustand ausschloss.

Es gilt im vorliegenden Fall festzuhalten, dass eine von der Vorinstanz angenommene Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ersichtlich ist. Die unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit basieren nicht auf einer Veränderung des Sachverhaltes im Vergleich zur primären Einschätzung, sondern sie entsprechen lediglich einer anderen Interpretation ein und desselben Sachverhaltes. Gemäss den obigen Ausführungen kann zudem eine Verringerung des Schweregrads des Leidens oder eine bessere Anpassung des Beschwerdeführers an seine Leiden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass sich weder der medizinische Sachverhalt mit der im Sozialversicherungsrecht erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in rentenerheblicher Weise geändert hat, noch andere Revisionsgründe ersichtlich sind. Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes stellt rechtsprechungsgemäss keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (vgl. E. 4.6 hier vor).

Aufgrund der seit Erlass der angefochtenen Verfügung ausgestellten Arztberichte deutet auch nichts darauf hin, dass sich der medizinische Zustand des Beschwerdeführers mittlerweile verbessert hat.

8.

Zu prüfen bleibt, ob die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. August 2004 gewährte ganze Invalidenrente unter dem Rechtstitel der Wiedererwägung aufzuheben gewesen wäre.

8.1. Gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit erst vom Gericht festgestellt, so kann es den auf Art. 17 ATSG gestützten Revisionsentscheid der Verwaltung mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2; Urteil BGer 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2).

Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung – unter Einschluss unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (Urteil BGer 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.1; vgl. auch BGE 117 V 8 E. 2c; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] I 545/02 vom 17. August 2005, publiziert in SVR 2006 IV Nr. 21, E. 1.2). Ein Verwaltungsakt ist zweifellos unrichtig, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit möglich ist. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige der Unrichtigkeit der Verfügung – möglich.

8.2. Die rentenzusprechende Verfügung vom 30. August 2004 war insoweit rechtsfehlerhaft, als der Sachverhalt offensichtlich ungenügend abgeklärt war. Die IV-Stelle SG hat den Invaliditätsgrad aufgrund der ärztlichen Beurteilungen zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 100 % festgelegt (vgl. Arztberichte von Dr. med. G._____ vom 8. April 2004 und von Dr. med. B._____ vom 13. Mai 2004 sowie ärztliches Gutachten von Dr. med. H._____ vom 5. Juli 2004). Die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten hat die IV-Stelle SG jedoch nicht weiter abgeklärt bzw. beurteilt, obwohl sowohl die ärztlichen Berichte wie auch die SUVA-Verfügung von einer weitestgehenden Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten ausgegangen sind (vgl. Gesamtleistungskalkül im ärztli-

chen Gutachten von Dr. med. H._____ vom 5. Juli 2004, Arztbericht von Dr. med. F._____ vom 28. Oktober 2005, wonach sich Dr. med. B._____ nur zur Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit geäussert habe, sowie die Verfügungen der SUVA vom 21. November 1983, 22. Januar 2001, 11. März 2008 und 25. August 2010). Damit war der Sachverhalt, namentlich die Arbeitsfähigkeit in Verweisungstätigkeiten, im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 30. August 2004, nicht hinreichend geklärt und die rentenzusprechende Verfügung aus diesem Grund rechtsfehlerhaft.

Die Vorinstanz hat jedoch die Verfügung vom 30. August 2004 nicht in Wiedererwägung gezogen. Dem Bundesverwaltungsgericht ist es im vorliegenden Fall mangels Kenntnis des massgeblichen Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung nicht möglich, die Beschwerde abzuweisen und die angefochtene Verfügung der Vorinstanz vom 27. April 2011 mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu bestätigen. Dem Gericht ist es auch verwehrt, die Beschwerde gutzuheissen und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen mit der Anweisung, der Sachverhalt sei weiter abzuklären und gegebenenfalls sei die ursprüngliche Verfügung in Wiedererwägung zu ziehen (Urteil BGer U 66/07 vom 5. Dezember 2007 E. 4).

9.

Die Vorinstanz hat es im vorliegenden Fall überdies unterlassen, vorfrageweise zu prüfen, ob Eingliederungsmassnahmen erforderlich sind, bevor sie über die Renteneinstellung im Rahmen der Revision verfügt hat; dies wäre namentlich vor der Aufhebung der Invalidenrente des Beschwerdeführers, der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung das 55. Altersjahr zurückgelegt hatte, erforderlich gewesen (Urteil BGer 9C_228/2010 vom 26. April 2011, Präzisierung der Rechtsprechung gemäss Urteil BGer 9C_163/2010 vom 25. März 2011).

10.

Die von der Vorinstanz vorgenommene Aufhebung der Invalidenrente erweist sich als unzulässig. Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 27. April 2011 aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist über den 30. Juni 2011 hinaus eine ganze Invalidenrente auszurichten.

11.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteienschädigung.

11.1. Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG auferlegt das Bundesverwaltungsgericht die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei. Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind dem obsiegenden Beschwerdeführer keine Kosten aufzuerlegen, sodass der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– dem Beschwerdeführer auf ein von ihm anzugebendes Konto zurückzuerstatten ist. Der Vorinstanz werden keine Verfahrenskosten auferlegt (Art. 63 Abs. 2 VwVG).

11.2. Da dem obsiegenden Beschwerdeführer, welcher nicht anwaltlich vertreten war, keine verhältnismässig hohen Kosten entstanden sind, ist ihm keine Parteienschädigung zuzusprechen (vgl. Art. 64 Abs. 1 VwVG und Art. 7 ff. des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 27. April 2011 wird aufgehoben. Dem Beschwerdeführer ist weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben. Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 400.– wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft des vorliegenden Urteils zurückerstattet.

3.

Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein; Beilage Formular Zahladresse)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. _____; Gerichtsurkunde)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (Gerichtsurkunde)

Der vorsitzende Richter:

Die Gerichtsschreiberin:

Philippe Weissenberger

Bianca Spescha

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 des Bundesgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 [BGG, SR 173.110]). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: 14. Februar 2012