



**Fall-Nr.:** IV 2006/169  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.05.2020  
**Entscheiddatum:** 02.11.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 02.11.2007**

**Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV. Rentenrevision, Herabsetzung oder Aufhebung einer laufenden Invalidenrente. Wird mit dem Rentenrevisionsgesuch eine Erhöhung der laufenden Invalidenrente beantragt, so kann das Revisionsverfahren doch mit einer Herabsetzung oder einer Aufhebung der laufenden Invalidenrente enden. Es ist nicht möglich, durch ein entsprechendes Begehren das Rentenrevisionsverfahren auf die Frage nach einer allfälligen Erhöhung zu beschränken. Der Wortlaut des Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV ist eindeutig: Die Herabsetzung oder Aufhebung der laufenden Invalidenrente erfolgt auf den ersten Tag des zweiten auf die Revisionsverfügung folgenden Monats. Das gilt auch dann, wenn gegen diese Verfügung Einsprache erhoben wird. Damit wird der Wirkungszeitpunkt nicht auf den ersten Tag des zweiten auf den Einspracheentscheid folgenden Monats hinausgeschoben. Vielmehr bleibt die Verfügung massgebend für den Wirkungszeitpunkt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. November 2007, IV 2006/169). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_73/2008.**

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz), Monika Gehrler und

Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 2. November 2007

In Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Advokat lic. iur. Martin Boltshauser, procap, Schweizerischer Invaliden-Verband, Frobürgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- A.\_\_\_\_ meldete sich am 19. Januar 1998 zum Bezug von IV-Leistungen an. Dr. med. B.\_\_\_\_ berichtete am 8. Februar 1998, der Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit als Magaziner zu 100% arbeitsunfähig. Der Versicherte leide an einer Diskushernie L5/S1 links mit Nervenwurzelkompression, an einer Zervikobrachialgie links, an einem Panvertebralsyndrom, an einem St. n. Ulnafraktur links (1992) und an einem St. n. Spontanpneumothorax (1990). Dr. med. B.\_\_\_\_ legte u.a. den Bericht der Klinik Valens vom 18. August 1997 über eine mehrwöchige stationäre Rehabilitation bei. Die Klinik Valens hatte den Versicherten als voll arbeitsfähig eingeschätzt. Sie hatte u.a. auf die Inkongruenz zwischen den Schmerzangaben und dem allgemeinen Verhalten des Versicherten hingewiesen. Die IV-Stelle beauftragte die Rheumatologin Dr. med. C.\_\_\_\_ mit einer Abklärung des Gesundheitszustandes des Versicherten. Dr. med. C.\_\_\_\_ führte in ihrem Gutachten vom 21. April 1998 aus, an den Untersuchungstagen habe sie ein leichtes lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie ein leichtes Zervikalsyndrom festgestellt. Der Versicherte habe versucht, die Symptome zu verdeutlichen. Wenn die Arbeit kein Heben von Lasten über 15 kg beinhalte, wenn der Versicherte bei der Arbeit häufig die Position wechseln könne und wenn er nicht der Kälte oder dem Durchzug ausgesetzt sei, sei er zu 100% arbeitsfähig. Mit einer Verfügung vom 30. Juni 1998 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren des Versicherten ab. Im Rahmen des gegen



diese Verfügung gerichteten Rechtsmittelverfahrens reichte der Versicherte eine Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 9. April 2000 ein, laut der die Arbeitsunfähigkeit 100% betrug und laut der die Einschätzung von Dr. med. C.\_\_\_\_ nichts mit der Realität zu tun hatte. In einer weiteren Stellungnahme vom 25. November 2000 gab Dr. med. B.\_\_\_\_ an, der Versicherte leide nun auch unter depressiven Verstimmungen. Während des nach wie vor laufenden Rechtsmittelverfahrens stellte der Versicherte am 28. November 2000 unter Verweis auf diese Angaben von Dr. med. B.\_\_\_\_ ein neues Rentengesuch. Er gab an, er habe neu auch Schmerzen im linken Schulterbereich und im linken Unterarm. Zudem habe er psychische Beschwerden. Dr. med. B.\_\_\_\_ gab am 21. Januar 2001 an, die Depression habe allmählich Krankheitswert. Damit habe sich die Arbeitsfähigkeit weiter vermindert. Er empfahl eine psychiatrische Abklärung. Das Eidgenössische Versicherungsgericht wies das gegen die Abweisungsverfügung vom 30. Juni 1998 erhobene Rechtsmittel am 30. April 2001 ab.

B.- Die IV-Stelle trat – formlos – auf die Neuanmeldung vom 28. November 2000 ein. Der Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 17. Juli 2001 mit, der Versicherte leide an einer chronifizierten psychogenen Belastungsreaktion mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F 43.22). Es bestehe zur Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine weitere Abklärung sei angezeigt. Die IV-Stelle gab eine polydisziplinäre Abklärung in Auftrag. Die MEDAS Basel führte in ihrem Gutachten vom 6. Mai 2002 aus, der Versicherte klage über seit Jahren zunehmende Schmerzen im linken Arm, in der linken Schulter, im linken Bein und im Rücken, über Krämpfe im Arm, über gelegentliche Magenschmerzen und über Lungenbeschwerden. Der Versicherte habe ausserdem angegeben, die linke Körperhälfte fühle sich wie tot an, er könne nicht schlafen und er habe Depressionen. Er denke daran, sich umzubringen, habe aber noch nichts Konkretes unternommen. Die Gutachter berichteten weiter, aus rheumatologischer Sicht bestehe ein lumboradikuläres Syndrom des linken Beins und ein Zervikobrachialsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bis zum kleinen Finger. Aufgrund der MRI-Befunde von 1999 sei davon auszugehen, dass keine radikuläre Komponente bestehe. Es handle sich am ehesten um einen Ausstrahlungsschmerz ab Triggerpunkt. Die Symptomausweitung auf die gesamte linke Seite sei aufgrund der Lebensumstände des Versicherten gut erklärbar. Eine entzündlich-rheumatische Erkrankung liege nicht vor. Das klinische lumboradikuläre Syndrom sollte allerdings mittels MRI abgeklärt werden. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe eine



Arbeitsunfähigkeit von 50% in einer leichten Tätigkeit, wobei die Arbeitsfähigkeit aber durch medizinische Massnahmen (physiotherapeutische Behandlung mit Extension usw., Infiltration epidural) gesteigert werden könne. Der psychiatrische Gutachter der MEDAS Basel stellte fest, es habe sich eine vorwiegend reaktiv bedingte Störung entwickelt. Gegenwärtig bestehe ein mittelgradiges depressives Syndrom mit somatischem Syndrom (Anhedonie, Schlafstörungen, Appetitverlust), die sich beide gegen die bisherigen therapeutischen Bemühungen resistent gezeigt hätten. Es gebe Anhaltspunkte für eine Diskrepanz zwischen dem hohen Hilfsappell und der eher geringen Kooperation bei den bisher angebotenen Behandlungen. Das depressive Syndrom sei behandelbar und eine entsprechende Kooperation sei dem Versicherten zumutbar. Aufgrund des depressiven Syndroms sei der Versicherte zur Zeit zu 30-40% arbeitsunfähig. In Frage kämen eine Wiederaufnahme der Psychotherapie, bei anhaltender Therapieresistenz eine zwischengeschaltete stationäre psychiatrische Behandlung oder eine rheumatologisch-psychiatrische Rehabilitation, in der die antidepressive Behandlung und die ergotherapeutisch tagesstrukturierende Behandlung voll ausgeschöpft werden könnten. Daran müsste ein Arbeitstraining anschliessen. Beachtung finden müsse auch die nicht nachweisbare Paroxetin-Serumkonzentration, die einerseits auf eine - therapeutisch zu bearbeitende - tiefgreifende Compliance-Problematik hinweise, und die andererseits ein ungenutztes therapeutisches Potential aufzeige. Zunächst sollte die regelmässige Einnahme gesichert und die Dosis den Beschwerden angepasst werden. Bei ungenügender Wirkung wäre das Präparat zur antidepressiven Basisbehandlung zu wechseln. Auch den Schlafstörungen sei Beachtung zu schenken, da ein circulus vitiosus aus Müdigkeit, Muskelverspannung, Reizbarkeit und depressiver Störung auftreten könne. Die Richtlinien betreffend die Rezidivprophylaxe bei rezidivierenden depressiven Störungen sollten beachtet werden, damit eine weitgehende oder sogar vollständige restitutio ad integrum erreicht werden könne. Von einer antidepressiven Basismedikation könne nicht nur eine Besserung der depressiven Symptome, sondern auch eine günstige Schmerzperzeption erwartet werden. Die Möglichkeiten der Behandlung sollten voll ausgeschöpft werden und der Versicherte sollte regelmässig einer Arbeit nachgehen. Die Gesamtbeurteilung durch die verschiedenen Gutachter der MEDAS ergab eine Arbeitsfähigkeit von gegenwärtig 50% in einer körperlich leichten



Tätigkeit. Die IV-Stelle sprach dem Versicherten am 20. Dezember 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 56% eine halbe Invalidenrente zu.

C.- a) Der Versicherte stellte am 23. März 2004 ein Rentenrevisionsgesuch. Er stützte sich dabei auf einen Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. März 2004, laut dem sich sein Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert hatte, so dass die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit nur noch 10% betrug. Dr. med. B.\_\_\_\_ hatte angegeben, Dr. med. E.\_\_\_\_ bestätige aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Dr. med. E.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 6. Oktober 2004, er stimme der Diagnose von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2001 (chronifizierte psychogene Belastungsreaktion mit Angst und Depression gemischt) zu. Dafür gebe es keine erfolgversprechende Behandlungsmöglichkeit. Er sehe keine leidensadaptierten Arbeitsmöglichkeiten. Eine volle Berentung sei die einzige sinnvolle Massnahme. Die psychische Verfassung des Versicherten habe sich seit 2001 nicht verbessern lassen, die Problematik habe sich vielmehr akzentuiert. Die IV-Stelle beauftragte das ABI Basel mit einer umfassenden medizinischen Abklärung.

b) Das ABI führte in seinem Gutachten vom 27. Oktober 2005 aus, der Versicherte habe angegeben, von Schmerzen betroffen seien der gesamte Rücken, der Nacken, der Kopf, der linke, gelegentlich der rechte Arm und beide Beine von den Knien an abwärts. Die Beschwerden seien lageunabhängig. Sie akzentuierten sich nach einer Gehstrecke von etwa 100 m. Er müsse dann wegen der Rücken- und Knieschmerzen eine Weile stehen bleiben. Sitzen könne er nur fünfzehn bis zwanzig Minuten, dann müsse er wegen der Rückenschmerzen aufstehen und umhergehen. Die Schmerzqualität habe sich nicht geändert, aber die Intensität habe zugenommen. Im Gutachten wurde weiter ausgeführt, aus internistischer Sicht bestünden keine Hinweise auf eine Arbeitsunfähigkeit. Deshalb sei auf eine spezialärztliche Untersuchung verzichtet worden. Der orthopädische Gutachter berichtete, die angegebenen, sehr diffusen Beschwerden hätten sich bei der Untersuchung kaum objektivieren lassen. Lediglich für den lumbovertebralen Übergang lasse sich eine veränderte Belastbarkeit bei degenerativer Veränderung der entsprechenden Bandscheibe begründen. Dies führe jedoch nicht zu einem über Jahre hinweg therapieresistenten Dauerschmerz, der zudem völlig unabhängig von der gerade eingenommenen Körperposition sein solle. Im Vergleich zur letzten Begutachtung habe sich insofern eine Verbesserung ergeben,



dass die damals als abgeschwächt angegebene Berührungsempfindlichkeit des Dermatoms S1 nicht mehr abgeschwächt sei. Somit könne eine Progredienz des Leidens mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Für die übrigen Beschwerden könnten keine objektiven Befunde erhoben werden. Der Versicherte sei in jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, die in wechselnder Position und ohne länger dauernde Zwangshaltung ausgeübt werden könne, zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt arbeitsfähig. Es könnten keine medizinischen Massnahmen vorgeschlagen werden, da die konservativen Therapien erfolglos geblieben seien, da keine Operationsindikation bestehe und da die Problematik zu einem wesentlichen Teil nichtorganisch überlagert sein dürfte. Zwischen der anamnestischen Schmerzschilderung, den aktuell erhobenen Befunden und den dabei geäusserten Schmerzen bestehe eine erhebliche Diskrepanz.

c) Der psychiatrische Gutachter des ABI berichtete, der Versicherte sei allseits orientiert und bewusstseinsklar, freundlich und kooperativ, er verfüge über gute Deutschkenntnisse. Die Wahrnehmung, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. Der Versicherte habe die Beschwerden ausführlich, aber diffus geschildert. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen und Ichstörungen seien nicht vorhanden. Der affektive Kontakt sei distanziert geblieben. Die Stimmung sei leicht depressiv, Mimik und Gestik aber lebhaft gewesen. Es sei aufgefallen, dass der Versicherte sehr lebhaft und energisch geworden sei, als er beispielsweise über die schwierigen Verhältnisse an seinem letzten Arbeitsplatz berichtet habe. Das sei ein Hinweis darauf, dass der Versicherte nicht an einer schweren Depression leiden könne, denn bei einer schweren Depression seien die Stimmung und der Antrieb durchgängig herabgesetzt. Es entspreche nicht der klinischen Erfahrung, dass ein schwer depressiver Mensch bei einem emotional besetzten Thema plötzlich sehr lebendig wirke. Da das Ausmass der Beschwerden und die subjektive Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung nicht objektiviert werden könnten, müsse eine psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden angenommen werden. Im Rahmen der psychosozialen Überlastungssituation sei es zu depressiven Verstimmungen gekommen. Der erstbehandelnde Psychiater habe am 17. März 2001 eine chronische Belastungsreaktion diagnostiziert. Darunter verstehe man eine Anpassungsstörung mit leichten Depressionen und Angstzuständen. Diese (von einem anderen Psychiater am



6. Oktober 2004 bestätigte) Diagnose sei unzutreffend gewesen, weil sie nur längstens sechs Monate nach einem belastenden Ereignis gestellt werden könne. Die Kündigung der letzten Arbeitsstelle liege aber weit länger zurück. Bei der aktuellen Untersuchung seien höchstens leichte depressive Verstimmungen festgestellt worden. Die Schilderung der Beschwerden sei diffus gewesen und der Versicherte habe kaum einen leidenden Eindruck gemacht. Zudem seien die Angaben inkonsistent gewesen. Der Versicherte habe beispielsweise berichtet, er könne ohne Schwierigkeiten Fussballspiele oder Filme am Fernsehen anschauen, aber beim Zeitunglesen habe er angeblich schon nach fünf Minuten Konzentrationsschwierigkeiten. Im Rahmen der Untersuchungssituation seien keinerlei Konzentrations- und Gedächtnisstörungen festzustellen gewesen. Der Versicherte leide auch nicht unter Schlafstörungen. Es bestünden keine Hinweise auf eine schwere depressive Verstimmung oder auf unbewusste Konflikte, es sei auch kein primärer Krankheitsgewinn gegeben. Die leichte depressive Verstimmung schränke die Leistungsfähigkeit um 20% ein. Empfehlenswert wäre eine konsequente Einnahme der Antidepressiva. Im allgemeinen nähmen depressive Menschen die Antidepressiva sehr regelmässig ein, da sie sehr von der Wirkung profitierten. Der Versicherte schein sich selbst nicht als besonders depressiv einzuschätzen, da er die verordneten Antidepressiva nur unregelmässig einnehme. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des behandelnden Psychiaters sei nicht nachvollziehbar. Bei der psychiatrischen Begutachtung durch die MEDAS Basel sei der Versicherte gemäss den psychopathologischen Befunden depressiver gewesen, weshalb er damals zu 30-40% arbeitsunfähig gewesen sei.

d) Die Gesamtdiagnose aller Gutachter des ABI lautete: rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F 32.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4), chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (Osteochondrose und Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mit Tangierung der Nervenwurzel S1 links, beginnende Spondylarthrose L5/S1, Deck- und Bodenplattenirregularitäten Th 10/11) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – St. n. Ulnafraktur links 1992 und zervikobrachiales Schmerzsyndrom links ohne radikuläre Symptomatik. Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, für körperlich angepasste Tätigkeiten bestehe eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung um 20% aufgrund der leichten depressiven Verstimmung und der somatoformen Schmerzstörung. Diese hätten eine leichte Verlangsamung des



Arbeitstempos zur Folge. Die Verbesserung der Situation aus psychiatrischer Sicht und die dadurch bewirkte Erhöhung der Arbeitsfähigkeit sei bereits vor längerer Zeit (2002) eingetreten. Eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten sei mit Sicherheit ab dem 5. September 2005 anzunehmen. Die Diskrepanz zur Selbsteinschätzung resultiere wohl daraus, dass der Versicherte annehme, er müsse sich körperlich wieder völlig gesund fühlen und dürfe keine Schmerzen mehr verspüren, um einer Arbeitstätigkeit nachgehen zu können, und dass bei Schmerzverarbeitungsstörungen immer höhere Selbstlimitierungen bestünden, als es im Sinne der Willensanstrengung zumutbar sei. Der Versicherte schätze sich jedenfalls nicht als besonders krank ein, da er ohne weiteres zumutbare medizinische Massnahmen nicht korrekt durchführe. Dr. med. E. \_\_\_ habe am 6. Oktober 2004 eine chronische Belastungsreaktion diagnostiziert und daraus eine volle Arbeitsunfähigkeit abgeleitet. Diese Diagnose könne aber nicht nachvollzogen werden, da das belastende Ereignis (Kündigung vom April 1997) weit mehr als sechs Monate zurückliege. Das erkläre die grosse Diskrepanz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die MEDAS Basel habe die Arbeitsunfähigkeit mit 50% beziffert und dies mit Beschwerden des Bewegungsapparates und mit psychopathologischen Befunden (damals mittelgradige depressive Episode und somatisches Syndrom) begründet. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der depressive Zustand deutlich gebessert.

D.- Dr. med. F. \_\_\_ und Dr. med. G. \_\_\_ vom RAD Ostschweiz hielten in einer Stellungnahme vom 21. November 2005 fest, aus orthopädischer Sicht zeige sich eine Verbesserung im Vergleich zum MEDAS-Gutachten, denn die Berührungsempfindung des Dermatoms S1 sei wiederhergestellt. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine deutlich ausgewiesene Verbesserung, da die Schwere der Depression zurückgegangen sei. Dafür sprächen das Fehlen von Schlafstörungen, von Konzentrationsstörungen, eines sozialen Rückzugs und einer Beeinträchtigung in der Wahrnehmung, der Auffassung und insbesondere der Gedächtnisleistung. Der Eingliederungsberater der IV-Stelle bezifferte das Valideneinkommen mit Fr. 61'885.- (Erhöhung des Valideneinkommens 2002 anhand der Nominallohnerhöhung), das zumutbare Invalideneinkommen mit Fr. 47'452.- (Lohnstrukturerhebung 2005 ohne zusätzlichen Abzug). Die Erwerbseinbusse von Fr. 14'437.- entsprach einem Invaliditätsgrad von 23%. Mit einer Verfügung vom 24. Januar 2006 stellte die IV-Stelle die Ausrichtung der halben Invalidenrente ein.



E.- Der Versicherte erhob am 22. Februar 2006 Einsprache gegen diese Verfügung. Er beantragte deren Aufhebung und die weitere Abklärung seiner Arbeitsfähigkeit. Am 15. Juni 2006 führte er zur Begründung aus, der Invaliditätsgrad sei unter Berücksichtigung eines maximalen "Leidensabzuges" wegen erschwelter Integration in den Arbeitsprozess neu zu berechnen. Er legte ein Schreiben von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2006 bei. Darin hatte Dr. med. E.\_\_\_\_ ausgeführt, er behandle den Versicherten seit Februar 2003. Er könne nicht feststellen, dass sich die gesundheitliche Situation verbessert hätte. Immerhin hätten die Gutachter des ABI das Vorliegen einer depressiven Störung bestätigt. Über einen so langen Zeitraum komme es immer wieder zu Schwankungen des Befindens. Das Gutachten des ABI komme einer "Momentaufnahme" gleich. Beim Versicherten finde sich eine Symptomatik, wie sie im Kapitel der passiv-aggressiven Persönlichkeit als negativistische Persönlichkeitsstörung umschrieben werde. Die Depression und die somatoforme Schmerzstörung stünden auf dem Boden dieser negativistischen Persönlichkeit. Dies setze der Behandlungsmöglichkeit Grenzen und bedinge zusammen mit den unbestrittenen Diagnosen nach der ICD-10 eine Arbeitsunfähigkeit, die deutlich über dem ursprünglichen Ausmass liege, weshalb eine volle Berentung gerechtfertigt sei.

F.- Der zuständige Arzt des RAD Ostschweiz hielt dazu am 10. Juli 2006 fest, eine Persönlichkeitsstörung beginne im frühen Erwachsenenalter. Aufgrund der Biographie des Versicherten, aufgrund des Fehlens entsprechender Hinweise und aufgrund des Fehlens einer entsprechenden Diagnosestellung durch den behandelnden Psychiater sei das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu bezweifeln. Bei einer Persönlichkeitsstörung wären Hinweise auf eine emotionale Auseinandersetzung mit ablehnenden Instanzen als Grundstruktur der Störung zu erwarten. Ebenfalls zu erwarten wären Hinweise auf Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung in den anderen Lebensbereichen. Solche Hinweise fehlten aber. Auch die Trennung von der Familie sei kein unbewusster Konflikt, da der Versicherte sehr genau abwäge, wieso er in der Schweiz bleibe und die Trennung auf sich nehme. Die Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ sei nachvollziehbar, denn bei langjährigen Therapien komme es häufig zu einer gewissen Identifikation mit den geklagten Beschwerden, wodurch die objektive Beurteilung beeinträchtigt sei. Hier sei von einer Überidentifikation auszugehen. Für die therapeutische Begleitung bedeute das keine Qualitätseinbusse, es führe aber häufig zu den vorliegenden Widersprüchen. Die IV-Stelle wies die Einsprache am 16. August



2006 ab. Sie begründete diesen Entscheid damit, dass Schwankungen im Schweregrad der Depression möglich seien. Dies gelte auch für die von der MEDAS diagnostizierte mittelgradige depressive Episode. Derartigen Schwankungen sei in einem Revisionsverfahren Rechnung zu tragen. Weil beim Versicherten nur noch eine leichtgradige Depression vorliege, sei ein Revisionsgrund gegeben. Die Einschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_, die von derjenigen des ABI abweiche, überzeuge nicht, da sie deutlich weniger umfangreich sei. Zudem sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte eher zugunsten ihrer Patienten aussagten. Nach der herrschenden Rechtsprechung sei zudem den Administrativgutachten generell eine höhere Überzeugungskraft beizumessen als den Berichten behandelnder Ärzte. Bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens anhand eines statistischen Durchschnittswerts könne im vorliegenden Fall kein zusätzlicher Abzug erfolgen, weil der Versicherte auch körperlich mittelschwere Arbeiten ausführen könnte. Ein "Leidensabzug" sei nur dort vorzunehmen, wo lediglich noch leichte Hilfsarbeiten möglich seien. Bei einem Invaliditätsgrad von 20% bestehe kein Rentenanspruch mehr.

G.- Der Versicherte erhob am 18. September 2006 Beschwerde gegen diesen Einspracheentscheid. Er beantragte die Weiterausrichtung einer Rente. Zur Begründung wies er darauf hin, dass er seit dem 11. Juli 2006 wegen einer schweren Leidensphase in der psychiatrischen Klinik Wil hospitalisiert sei. Abschliessend ersuchte er um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. In der Beschwerdeergänzung vom 10. Januar 2007 führte der Versicherte insbesondere aus, noch vor dem Erlass des Einspracheentscheides habe eine mehrmonatige stationäre Behandlung erwiesen, dass die pessimistische Einschätzung durch Dr. med. E.\_\_\_\_ richtig sei. Die psychiatrische Klinik Wil habe eine rezidivierende depressive Störung schweren Grades diagnostiziert. Beim Austritt sei die Arbeitsfähigkeit mit 0% bemessen worden. Die psychiatrische Klinik Wil hatte am 2. November 2006 in ihrem Austrittsbericht ausgeführt, der Versicherte sei vom 11. Juli bis 2. November 2006 hospitalisiert gewesen. Er sei durch Dr. med. E.\_\_\_\_ wegen einer Exazerbation der depressiven Grunderkrankung eingewiesen worden. Der Versicherte habe seine Stimmung beim Eintritt als schlecht bezeichnet, da er keine Perspektiven sehe. Er habe weiter angegeben, er schlafe schlecht (drei bis vier Stunden pro Nacht) und er wache öfters auf. Er habe nachts Angstgefühle, höre Geräusche, wie wenn jemand hereinkäme und ihn bedrohe. Das beziehe sich aber nicht auf eine bestimmte Person,



die ihn bedrohe; er sei mit den Leuten immer gut ausgekommen. Der psychopathologische Status bei Eintritt wurde folgendermassen beschrieben: örtlich, zeitlich und autopsychisch gut orientiert, Mimik und Gestik mittelgradig deprimiert wirkend, keine Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen, keine groben Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, formale Denkstörung (leichtgradig gehemmt, mittelgradig grübelnd, leicht bis mittelgradig verlangsamt), Befürchtungen und Zwänge (leichtgradiges Misstrauen, keine konkreten Wahngedanken, mittelschwere Sinnestäuschungen, fragliche akustische Halluzinationen), keine Ich-Störung, Störung der Affektivität, mittelgradige Ratlosigkeit, mittelschwere Affektarmut, Gefühl der Gefühllosigkeit, mittelgradig hoffnungslos und deprimiert und mittelschwer bis schwer ängstlich wirkend, mittelgradig dysphorisch, leichtgradig innerlich unruhig, mittelschwere Insuffizienzgefühle, leicht affektlabil, leichtgradig antriebsarm, diskret mutistisch, ohne zirkadiane Besonderheiten, mittelgradig bis ausgeprägter sozialer Rückzug. Zum Verlauf gaben die Ärzte an, der Versicherte sei zunächst unter Dekompensation der depressiven Symptomatik behandelt worden. Die bestehende Medikation (Efexor, Xanax retard) sei unverändert weitergeführt worden. Wegen der Schmerzproblematik habe der Versicherte zusätzlich Mephador erhalten. Bereits in der Akutphase habe der Versicherte seine desolante Lebenssituation mit einer Ablehnung der Invalidenrente, den daraus resultierenden finanziellen Problemen und dem drohenden sozialen Tod beschrieben. Gleichrangig habe er seine muskuloskelettalen Beschwerden beklagt, zudem die soziale Isolation und die Einsamkeit mit der Trennung von der Familie. In den ersten Tagen habe die Schmerzsymptomatik abgenommen. Neben der ergotherapeutischen Arbeit, an welcher der Versicherte mit Freude und Engagement teilgenommen habe, sei sekundär ein langsamer Xanax-Entzug geplant worden. Die ausgeprägte Depressivität habe sich medikamentös nicht nennenswert verbessern lassen. Die Dosierung von Xanax habe sich immerhin halbieren lassen. Der Versicherte habe sich auf den alternativen Einsatz von Seroquel eingelassen. Versuche, den Versicherten arbeitstherapeutisch einzubinden, seien gescheitert. Wie üblich bei somatoformen Schmerzstörungen sei es unter Belastung zu einer akuten Exazerbation der Schmerzen und darüber hinaus zu einer massiven Geräuschempfindlichkeit mit einer Ausweitung der Spannungskopfschmerzen gekommen. Der Versicherte habe insgesamt deutlich ängstlich hinsichtlich der Schmerzexazerbation unter Ausbaubversuchen bereits



geringgradiger körperlicher Belastung reagiert. Zusätzlich hätten sich abhängige und passiv-aggressive Persönlichkeitsanteile wahrnehmen lassen. Da der Versicherte eine tagesklinische Weiterbetreuung abgelehnt habe, werde er als Tagesklinikpatient weiterbehandelt. Sollte es erneut zu einer akuten Suizidalität kommen, bestehe eine Notfallkette. Die Ärzte gaben folgenden psychopathologische Status bei Austritt an: bewusstseinsklar, allseits orientiert, Aufmerksamkeit und Gedächtnis unauffällig, im formalen Denken leicht ausgeprägtes Grübeln, eingengt auf die unabänderliche prekäre finanzielle Lage, keine Halluzinationen, Befürchtungen, Zwänge oder Ich-Störungen, im Affekt mittelgradig verarmt mit gestörten Vitalgefühlen, deprimiert und ängstlich, leicht ausgeprägte Insuffizienzgefühle, im Antrieb mittelgradig verarmt, keine zirkadianen Besonderheiten, keine Suizidalität, keine Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Ärzte der psychiatrischen Klinik gingen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus.

H.- Die IV-Stelle beantragte am 16. Januar 2007 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, auf den Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Wil könne nicht abgestellt werden, weil er sich weder mit dem ABI-Gutachten auseinandersetze noch die Anamnese detailliert genug erhoben habe. Zudem sei die Angabe einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit bei Klinikaustritt von therapeutischen Überlegungen geprägt und deshalb nicht verwendbar.

I.- Am 22. Januar 2007 reichte der Versicherte die Unterlagen betreffend sein Gesuch um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ein. In seiner Replik vom 9. März 2007 führte er sinngemäss aus, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Ärzte der psychiatrischen Klinik Wil beruhten auf einer fast vier Monate dauernden Beobachtung und Beurteilung, sie vermöge deshalb zu überzeugen. Hätte keine erhebliche psychische Erkrankung bestanden, dann wäre er nicht annähernd vier Monate stationär behandelt worden. Die Gutachter des ABI hätten nicht mit dieser Entwicklung seines Gesundheitszustandes gerechnet. Deshalb bestünden erhebliche Zweifel an der Richtigkeit der Prognose und der daraus abgeleiteten Einschätzung der Schwere seines Gesundheitsschadens im ABI-Gutachten. Er beantrage die Zusprache einer ganzen Rente, eventualiter die Vornahme weiterer Abklärungen, allenfalls durch das ABI.

J.- Die IV-Stelle verzichtete auf eine Duplik.



II.

1.- Der Beschwerdeführer hat am 23. März 2004 sinngemäss das Gesuch gestellt, die laufende halbe Invalidenrente hinaufzusetzen. Weil er eine erhebliche Erhöhung seines Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht hat (Art. 87 Abs. 3 IVV), ist die Beschwerdegegnerin auf sein Gesuch eingetreten, d.h. sie hat ein Rentenrevisionsverfahren (Art. 17 Abs. 1 ATSG) eröffnet und durchgeführt. Die Beschwerdegegnerin hat dieses Rentenrevisionsverfahren aber nicht mit einer Gutheissung, mit einer teilweisen Gutheissung oder mit einer Abweisung des Begehrens um eine Rentenerhöhung abgeschlossen. Vielmehr hat sie eine Aufhebung der laufenden halben Invalidenrente verfügt. Sie ist also davon ausgegangen, dass der Gegenstand des Rentenrevisionsverfahrens nicht die Überprüfung des Gesuches um die Erhöhung der laufenden Rente, sondern die Überprüfung des Rentenanspruchs selbst sei. In der Tat ist die Wirkung eines Rentenrevisionsgesuches darauf beschränkt, die Eröffnung eines Rentenrevisionsverfahrens zu erreichen. Darüber hinaus entfaltet das Rentenrevisionsgesuch keine Wirkung im Sinne einer Beschränkung des Verfahrensgegenstandes. Das Rentenrevisionsverfahren beinhaltet also immer eine umfassende Abklärung des aktuellen leistungserheblichen Sachverhalts. Das Abklärungsergebnis wird mit dem Sachverhalt verglichen, welcher der Rentenzusprache oder der letzten Rentenrevision zugrunde gelegen hatte. Liegt eine erhebliche Veränderung vor, wird die laufende Rente revidiert. Das vom Rentner gestellte Revisionsgesuch kann weder die Erhebung des aktuellen leistungserheblichen Sachverhalts noch die revisionsrechtliche Würdigung dieses Sachverhalts auf die Prüfung einer allfälligen Rentenerhöhung beschränken. Zwingt das Ergebnis der Abklärung des aktuellen leistungserheblichen Sachverhalts dazu, die laufende Rente zum Nachteil des Rentners zu revidieren, so muss auch dies verfügt werden können. Da ein Rentenrevisionsgesuch immer nur ein Gesuch ist, ein Rentenrevisionsverfahren zu eröffnen, ist es dem Rentner und Gesuchsteller auch nicht möglich, einer drohenden nachteiligen Revisionsverfügung durch einen Gesuchsrückzug zu entgehen. Über das Eröffnungsgesuch ist nämlich zu diesem Zeitpunkt längst rechtskräftig entschieden und zwar in einer - i.d.R. formlos ergangenen - das Gesuch gutheissenden verfahrensleitenden Zwischenverfügung (Eröffnung eines Rentenrevisionsverfahrens). Damit ist auch klar, dass vor dem Erlass der nachteiligen Rentenrevisionsverfügung nicht auf eine Rückzugsmöglichkeit hingewiesen werden muss, denn es gibt zu diesem



Zeitpunkt gar keine solche Möglichkeit mehr. Ein Rentenrevisionsgesuch kann nur zurückgezogen werden, solange die IV-Stelle noch nicht entschieden hat, ein Rentenrevisionsverfahren zu eröffnen. Im vorliegenden Fall gilt somit, dass die Beschwerdegegnerin – zunächst rein formal betrachtet – grundsätzlich berechtigt war, trotz des auf eine Rentenerhöhung gerichteten Rentenrevisionsbegehrens die laufende halbe Invalidenrente aufzuheben.

2.- a) Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG): Mit diesem Instrument zur Korrektur formell rechtskräftiger Verfügungen mit Dauerwirkung wird der nachträglichen tatsächlichen Unrichtigkeit Rechnung getragen (vgl. U. Meyer-Blaser, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen in der Sozialversicherung, ZBI 1994 S. 349). Tatsächlich unrichtig und damit revisionsbedürftig wird eine Verfügung, sobald sich der (Dauer-) Sachverhalt so verändert, dass er die laufende (Dauer-) Leistung nicht mehr rechtfertigt, sobald also eine rechtliche Würdigung des "neuen" Sachverhalts eine andere Leistungshöhe erfordert. Da es darum geht, die Ausrichtung zu tiefer oder den Bezug ungerechtfertigt hoher Leistungen zu verhindern, muss der Wirkungszeitpunkt der Revision einer laufenden Dauerleistung dem Zeitpunkt entsprechen, in dem sich der (Dauer-) Sachverhalt leistungserheblich verändert hat. Diese dem Wesen der Revision gemäss Art. 17 ATSG immanente zeitliche Übereinstimmung wird für die Herabsetzung oder die Aufhebung einer laufenden Invalidenrente nicht bzw. nur für Ausnahmefälle umgesetzt. Gemäss Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV wird der Wirkungszeitpunkt der Revisionsverfügung nämlich nicht nach der Sachverhaltsveränderung, sondern nach der das Revisionsverfahren abschliessenden Verfügung definiert: Die Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente erfolgt auf den Beginn des zweiten auf den Erlass der Revisionsverfügung folgenden Monats. Nur ausnahmsweise, insbesondere bei Meldepflichtverletzungen, entspricht der Wirkungszeitpunkt der Revisionsverfügung dem Zeitpunkt des Eintritts der relevanten Sachverhaltsveränderung (Art. 88bis Abs. 2 lit. b IVV). Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV hat mit dem Inkrafttreten des ATSG bzw. mit der Einführung des Einspracheverfahrens per 1. Januar 2003 keine Veränderung erfahren. Der Wirkungszeitpunkt ist also nicht auf den Beginn des zweiten auf einen allfälligen Einspracheentscheid folgenden Monats gelegt worden. Massgebend blieb nach dem klaren Verordnungswortlaut auch bei einer einspracheweise angefochtenen



Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente der Beginn des zweiten auf die Verfügung folgenden Monats. Damit wurde dem Gleichbehandlungsgrundsatz Rechnung getragen (einheitlicher Wirkungszeitpunkt für alle von einer revisionsweisen Rentenherabsetzung oder -aufhebung Betroffenen) und es wurde gleichzeitig ein Anreiz zu einer rechtsmissbräuchlichen Einspracheerhebung (nur zum Zweck der Verzögerung des Wirkungszeitpunktes) vermieden. Die Verfügung, mit der die Beschwerdegegnerin die laufende halbe Rente des Beschwerdeführers aufgehoben hat, datiert vom 24. Januar 2006. Die Aufhebung würde somit am 1. März 2006 wirksam.

b) Die revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung einer laufenden Invalidenrente beruht auf der Sachverhaltsentwicklung bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Revisionsverfügung. Eine Sachverhaltsveränderung, die nach dem Erlass der Revisionsverfügung, aber vor dem Wirksamwerden der darin angeordneten Herabsetzung oder Aufhebung eintritt, ist nicht geeignet, die Revisionsverfügung als falsch erscheinen zu lassen. Sie bietet nur Anlass zur Eröffnung eines neuen Rentenrevisionsverfahrens, nach einer Aufhebung der Rente allenfalls zu einer Neuprüfung des Rentenanspruchs. Ergibt also beispielsweise im März eine Revisionsverfügung, mit der eine laufende ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Mai auf eine halbe Invalidenrente herabgesetzt wird, so ist eine im April eintretende weitere Reduktion des Invaliditätsgrades auf nun noch 40% nicht in die Herabsetzung der laufenden ganzen Invalidenrente per 1. Mai einzubeziehen. Vielmehr ist in einem neuen Rentenrevisionsverfahren eine Herabsetzung der halben auf eine Viertelsrente zu verfügen. Der Wirkungszeitpunkt dieser Herabsetzung richtet sich nach dem Zeitpunkt des Erlasses der zweiten Revisionsverfügung. Ergibt diese zweite Verfügung noch im April, wird die Herabsetzung der halben auf eine Viertelsrente am 1. Juni wirksam. Da gemäss dem klaren Wortlaut des Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV auch eine Einspracheerhebung nichts daran ändert, dass sich der Wirkungszeitpunkt einer Rentenherabsetzung oder -aufhebung nach dem Zeitpunkt des Erlasses der Revisionsverfügung richtet, kann eine nach dem Erlass der Verfügung, aber während der Dauer des Einspracheverfahrens eintretende, revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsveränderung nichts daran ändern, dass nur der Sachverhalt bis und mit dem Erlass der Revisionsverfügung relevant ist. Andernfalls wäre es erforderlich, im Rahmen des Einspracheverfahrens ein zweites Rentenrevisionsverfahren durchzuführen und gegebenenfalls im Einspracheentscheid zwei Revisionsentscheide



(den zweiten Revisionsentscheid - mangels Verfügung - nach der Gewährung des rechtlichen Gehörs) mit zwei verschiedenen Wirkungszeitpunkten zu fällen. In den Fällen, in denen eine revisionsrechtlich relevante weitere Sachverhaltsveränderung erst nach der Erhebung einer Einsprache gegen eine Herabsetzungs- oder Aufhebungsverfügung eintritt, muss also ausnahmsweise davon ausgegangen werden, dass nur die Sachverhaltsentwicklung bis und mit dem Erlass der einspracheweise angefochtenen Verfügung den Streitgegenstand bildet. Die nach dem Erlass der einspracheweise angefochtenen Revisionsverfügung eintretende Sachverhaltsveränderung bildet Gegenstand eines neuen Verwaltungsverfahrens, entweder eines weiteren Revisionsverfahrens oder einer Neuprüfung nach einer vorausgegangenen Rentenaufhebung. Im vorliegenden Fall ist demnach nur zu prüfen, ob die Sachverhaltsentwicklung bis zum 24. Januar 2006 die Aufhebung der halben Invalidenrente des Beschwerdeführers rechtfertigt.

3.- a) Der rheumatologische Gutachter der MEDAS Basel gab im Jahr 2002 eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50% in einer körperlich leichten, der Behinderung angepassten Arbeit an. Er stützte sich dabei auf die Diagnose eines lumboradikulären sensiblen Ausfall- und Schmerzsyndroms S1 links und eines linksseitigen zervikobrachialen Syndroms mit pseudoradikulärer Ausstrahlung. Seiner Auffassung nach war eine Verbesserung durch medizinische Massnahmen möglich. Der orthopädische Gutachter des ABI hat im Herbst 2005 noch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik und ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom links, ebenfalls ohne radikuläre Symptomatik, festgestellt. Er hat dies ausdrücklich als Verbesserung des Rückenleidens qualifiziert, und er hat eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer der Behinderung angepassten Arbeit angegeben. Demgegenüber hat der Hausarzt Dr. med. B. \_\_\_ im Frühjahr 2004 noch über eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers berichtet, ohne dies allerdings in bezug auf das Rückenleiden näher auszuführen. Er hat ein panvertebrales Syndrom mit Schmerzen im Nacken, in beiden Armen und die ganze Wirbelsäule hinunter bis zu den Beinen diagnostiziert, dies aber nicht durch das Ergebnis entsprechender klinischer Untersuchungen oder bildgebender Verfahren belegt. Diese Diagnosestellung und die daraus resultierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, soweit sie sich überhaupt auf die Rückenbeschwerden und nicht auf die psychischen



Beschwerden bezogen hat, was völlig unklar geblieben ist, muss als unkritische Übernahme der überaus pessimistischen Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers gewertet werden. Demgegenüber beruht die Einschätzung durch den orthopädischen Gutachter des ABI auf einer sehr sorgfältigen und umfassenden, nicht therapeutisch, sondern rein gutachterlich ausgerichteten Abklärung. Die Angaben des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vermögen deshalb keine Zweifel an der Richtigkeit der orthopädischen Begutachtung durch das ABI zu wecken. Da auch der Beschwerdeführer dieses Begutachtungsergebnis nicht in Frage gestellt hat, ist davon auszugehen, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aus rein orthopädischer Sicht eine erhebliche Verbesserung der Gesundheitszustandes und damit eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 100% nachgewiesen ist.

b) Der Psychiater der MEDAS Basel stellte im Jahr 2002 die Diagnose einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, was - aus rein psychiatrischer Sicht - eine Arbeitsunfähigkeit von 30-40% zur Folge hatte. Er wies zwar auf die bis dahin bestehende Therapieresistenz hin, zeigte aber gleichzeitig auch auf, dass der Beschwerdeführer bei den ihm angebotenen Behandlungen immer eine geringe Kooperation gezeigt hatte und dass deutliche Zeichen einer Compliance-Problematik in bezug auf die Medikation vorlag. Der Psychiater der MEDAS Basel betrachtete eine weitgehende Besserung oder sogar eine vollständige restitutio ad integrum als möglich und er wies darauf hin, dass das depressive Syndrom gegenwärtig mittelgradig sei. Er ging also davon aus, dass der Schweregrad der psychischen Erkrankung sich in Zukunft wieder verändern könnte und dass der Beschwerdeführer, wenn er sich auf eine Behandlung uneingeschränkt einliesse, gute Heilungschancen hätte. Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ schätzte die psychische Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers am 6. Oktober 2004 völlig anders sein. Dementsprechend ging er auch von einem höheren Arbeitsfähigkeitsgrad aus. Seiner Auffassung nach war eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zum vornherein ausgeschlossen. Er betrachtete die Einnahme von Psychopharmaka ohne nähere Begründung als wirkungslos, weshalb er die therapeutischen Gespräche als hauptsächliches Therapieinstrument einsetzte. Seiner Meinung nach war der Beschwerdeführer praktisch unheilbar krank, weshalb nur noch eine volle Berentung in Frage kam. Damit ignorierte Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht nur, dass sich der Beschwerdeführer nie motiviert einer



## St.Galler Gerichte

Behandlung unterzogen und die ihm verschriebenen Psychopharmaka nicht korrekt eingenommen hatte, sondern auch, dass es sich um eine Krankheit handelte, die - wie vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS Basel angegeben - von ihrer Natur her durchaus einer Verbesserung zugänglich war.

Gemäss der Darstellung des psychiatrischen Gutachters des ABI bestand am Untersuchungstag, also am 5. September 2005, nur noch eine leichte Episode der rezidivierenden depressiven Störung. Die pessimistische Prognose von Dr. med. E.\_\_\_\_ hatte sich somit nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer hatte dem psychiatrischen Gutachter des ABI seine Beschwerden diffus und inkonsistent geschildert, er hatte keinen leidenden Eindruck gemacht und er hatte angegeben, er nehme die Antidepressiva nur unregelmässig ein, da sie ihn müde machten. Wohl weil der Beschwerdeführer darauf hingewiesen hatte, dass die letzte Einnahme des entsprechenden Medikaments mehrere Tage zurücklag, war eine Überprüfung der Compliance mittels einer Analyse des Blutes unterblieben. Trotzdem ging der Psychiater des ABI gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers von einer Compliance-Problematik aus. Er zog daraus den Schluss, dass sich der Beschwerdeführer selbst gar nicht als erheblich depressiv erlebe. Andernfalls würde er die Antidepressiva nämlich regelmässig einnehmen, da er von deren Wirkung erheblich profitieren würde. Der Psychiater des ABI ging also – abweichend von der Meinung des behandelnden Psychiaters – davon aus, dass die Psychopharmaka durchaus geeignet waren, den Zustand des Beschwerdeführers zu verbessern. Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ ging am 14. Juni 2006 gar nicht auf diese abweichende Auffassung zur Behandelbarkeit des rezidivierenden depressiven Syndroms ein. Stattdessen brachte er eine neue Diagnose ins Spiel, die eine nahezu vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erklären sollte, nämlich die Diagnose einer negativistischen Persönlichkeitsstörung. Ob diese Persönlichkeitsstörung allerdings direkt für die von Dr. med. E.\_\_\_\_ angegebene nahezu vollständige Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sein oder ob sie die angeblich erhebliche Schwere des depressiven Syndroms begründen sollte, blieb offen. Die Diagnose der negativistischen Persönlichkeitsstörung wurde weder vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS noch von demjenigen des ABI gestellt, obwohl es sich dabei, wie in der Stellungnahme des RAD Ostschweiz vom 10. Juli 2006 festgehalten wurde, um eine Störung handelt, die im frühen Erwachsenenalter beginnt, die also nicht kurzfristig bei einer über 40-jährigen



Person auftritt. Zudem wären die spezifischen Symptome einer solchen Persönlichkeitsstörung nicht sowohl dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS Basel als auch demjenigen des ABI entgangen. Dies zwingt zum Schluss, dass es sich bei dieser von Dr. med. E.\_\_\_\_ gestellten Diagnose nicht um eine Gesundheitsschädigung handelt, die geeignet ist, eine schwere und unheilbare Depression zu bewirken oder sogar für sich allein eine praktisch vollständige Arbeitsunfähigkeit auszulösen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ vermag deshalb nicht zu überzeugen. Sie vermag auch keine ernsthaften Zweifel an der Richtigkeit der vom psychiatrischen Gutachter des ABI gestellten Diagnose und der entsprechenden Arbeitsfähigkeitsschätzung zu wecken. Es ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im September 2005 aus psychiatrischer Sicht zu maximal 20% arbeitsunfähig war.

Damit bleibt die Frage zu beantworten, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers am 24. Januar 2006, als die Aufhebungsverfügung erging, wieder so verschlechtert hatte, dass die Einschätzung des Gutachters des ABI nicht mehr zutraf. Die Stellungnahme von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2006, die wenige Wochen vor dem Eintritt des Beschwerdeführers in die psychiatrische Klinik Wil abgegeben wurde, enthielt keinen Hinweis auf eine bereits Ende 2005/Anfang 2006 eingetretene erhebliche Verschlechterung, obwohl davon auszugehen ist, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ dies im Interesse seines Patienten angegeben hätte. Auch der Beschwerdeführer machte nicht geltend, dass die zum Eintritt in die psychiatrische Klinik Wil Anlass bietende (behauptete) Verschlechterung bereits anfangs Januar 2006 bestanden habe. Der Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Wil vom 2. November 2006, in dem eine gegenwärtig schwere Episode der rezidivierenden depressiven Störung angegeben und die Arbeitsunfähigkeit auf 100% geschätzt wurde, enthielt zwar einen Hinweis auf eine mögliche Persönlichkeitsstörung, mass dieser aber keinen Einfluss auf die Schwere der depressiven Episode und damit auf die Arbeitsfähigkeit zu. Dieser Austrittsbericht enthielt verschiedene Widersprüche. So wurde angegeben, der Beschwerdeführer benötige eine Möglichkeit zu einem niederschweligen Wiedereintritt in die Klinik zur Krisenintervention, falls es erneut zu einer akuten Suizidalität kommen sollte. Die Anamnese bei Eintritt beinhaltete aber gar keinen Hinweis auf eine akute Suizidalität, denn der Beschwerdeführer hatte - wie bereits bei früheren psychiatrischen Abklärungen - nur angegeben, er habe seit Jahren solche



Gedanken, aber keine konkreten Vorstellungen. Weiter fand sich im Austrittsbericht kein Hinweis darauf, dass die Compliance bei der Einnahme der Psychopharmaka geprüft worden wäre und dass kontrolliert worden wäre, ob der Beschwerdeführer tatsächlich nur durchschnittlich drei bis vier Stunden pro Nacht schlief, wie er angegeben hat. Auch zur Entwicklung der bei Klinikantritt angegebenen nächtlichen Angstgefühle und akustischen Halluzinationen während der Hospitalisation fehlt jede Angabe. Insgesamt erweckt der Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Wil den Eindruck, dass die Einweisung durch den behandelnden Psychiater auf der subjektiven massiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers und nicht auf einer effektiv bestehenden starken Ausprägung der depressiven Erkrankung beruhte und dass in der Folge auch die Ärzte der psychiatrischen Klinik Wil bei der Behandlung mehr der subjektiven Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers als der objektiv bestehenden Krankheit Rechnung trugen. Es bestehen somit erhebliche Zweifel an der Diagnosestellung und damit an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der psychiatrischen Klinik Wil. Aus diesem Bericht lässt sich also nicht der Schluss ziehen, die Einschätzung durch den behandelnden Psychiater Dr. med. E. \_\_\_ sei richtig und diejenige des ABI falsch. Er zwingt auch nicht zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anfangs Januar 2006 bereits wieder erheblich verschlechtert hätte. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer am 24. Januar 2006 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit noch in einer dem körperlichen Leiden angepassten Erwerbstätigkeit nur zu 20% arbeitsunfähig war.

c) Der Beschwerdeführer geht schon seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Deshalb ist das zumutbare Invalideneinkommen anhand statistisch erhobener Einkommenszahlen zu ermitteln. Da praktisch alle Branchen Arbeitsplätze aufweisen, an denen körperlich leichte Arbeiten in wechselnder Körperhaltung auszuführen sind, und da der Beschwerdeführer in allen Branchen eingesetzt werden könnte, weil Hilfsarbeiter keine berufliche Ausbildung benötigen, ist auf den Zentralwert der Löhne männlicher Hilfsarbeiter aller Branchen (Lohnstrukturerhebung 2004 des Bundesamtes für Statistik, Resultate auf nationaler Ebene, Tabelle TA1) abzustellen. Dieser Wert beruht allerdings auf einer Wochenarbeitszeit von vierzig Stunden und muss deshalb auf den nationalen Durchschnitt von 41,6 Stunden aufgerechnet werden. Es resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 57'258.-. Um das Einkommen zu ermitteln, das im Jahr



2006 erzielt werden könnte, ist dieser Betrag der Nominallohnentwicklung 2005 (Männer 0,9%) anzupassen, was ein Jahreseinkommen von Fr. 57'773.- ergibt. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% entspricht das einem Einkommen von Fr. 46'218.-. Die Reduktion des Beschäftigungsgrades auf 80% hat einen statistisch ausgewiesenen Lohnnachteil von etwa 7,5% zur Folge (vgl. die Lohnstrukturerhebung 2004 des Bundesamtes für Statistik, S. 25 Tabelle 6\*). Berücksichtigt man ausserdem, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner körperlichen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung ein gegenüber gesunden Hilfsarbeitern erhöhtes Risiko von Krankheitsabsenzen aufweisen würde, dass er wohl eine überdurchschnittliche Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten und der Arbeitskollegen und -kolleginnen benötigen würde und dass seine Leistungsfähigkeit möglicherweise überdurchschnittlichen kurzfristigen Schwankungen unterworfen wäre, so ist ohne weiteres einzusehen, dass ein ökonomisch denkender Arbeitgeber ihn nur zu einem Lohn einstellen würde, der unter demjenigen gesunder zu 80% beschäftigter Hilfsarbeiter läge. All diese Umstände rechtfertigen insgesamt eine zusätzliche Reduktion um 15%. Die lange Arbeitsabsenz rechtfertigt keinen Abzug, da die Ausübung einer Hilfsarbeit dadurch nicht nachteilig beeinflusst würde. Dies gilt auch für die erschwerte Vermittelbarkeit, denn sie betrifft nicht das soziale Risiko der Invalidität, sondern dasjenige der Arbeitslosigkeit. Wenn der Beschwerdeführer also bereit wäre, zu 80% einer geeigneten Hilfsarbeit nachzugehen, aber keine entsprechende offene Stelle finden würde, so wäre er deswegen nicht invalid, sondern arbeitslos. Geringe Vermittlungschancen können deshalb keine Reduktion des zumutbaren Invalideneinkommens bzw. keine Erhöhung des Invaliditätsgrades rechtfertigen. Bei einem zusätzlichen Abzug von 15% resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 39'285.-. Der Beschwerdeführer hat letztmals im Jahr 1998 eine Erwerbstätigkeit ausgeübt. Das damals erzielte Bruttoerwerbseinkommen, korrigiert um die Nominallohnentwicklung 1999 bis 2005, liefert kein Resultat, das mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit die hypothetische Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ohne den Gesundheitsschaden im Jahr 2006 wiedergeben würde. Dazu liegt die Einkommensgrundlage zu weit zurück. Das Valideneinkommen ist deshalb ebenfalls anhand statistischer Lohnangaben zu ermitteln. Da der Beschwerdeführer ohne den Gesundheitsschaden ebenfalls als Hilfsarbeiter tätig wäre, kann von dem Betrag ausgegangen werden, der der Ermittlung des zumutbaren



Invalideneinkommens zugrunde liegt, nämlich von Fr. 57'258.-. Die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse beträgt Fr. 17'973.-, was einem Invaliditätsgrad von 32% entspricht. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht die laufende halbe Invalidenrente aufgehoben.

4.- Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die Beschwerde abzuweisen. Es sind keine Gerichtskosten zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG i.V.m. lit. b der Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 16. Dezember 2005). Der vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung durch die Beschwerdegegnerin. Da er ein Gesuch um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung gestellt hat und da die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, hat der Staat seinen Rechtsbeistand zu entschädigen. Ausgehend von einem nach Art. 61 lit. g ATSG (Kriterien der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses) bemessenen Honorar von Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) resultiert als Folge der in Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes angeordneten Reduktion um einen Fünftel eine Entschädigung von Fr. 2'800.-.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 2'800.-.