



Fall-Nr.: IV 2011/198
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 16.08.2019
Entscheiddatum: 18.07.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 18.07.2013

Art. 28 IVG. Art. 17 ATSG. Revisionsweise Rentenherabsetzung. Beweiswürdigung Gutachten. Teilweise Gutheissung. Herabsetzung der bisherigen ganzen auf eine halbe Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Juli 2013, IV 2011/198).

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und

Marie Löhner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 18. Juli 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, LL.M., c/o K & B Rechtsanwälte,
Freudenbergstrasse 24, Postfach 213, 9240 Uzwil,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rentenrevision (Herabsetzung)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ stürzte während Baureinigungsarbeiten von einer Leiter und brach sich dabei den rechten Unterschenkel (vgl. Unfallmeldung vom 20. November 2002, act. G 6.2). Am 27. August 2003 meldete sich der Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 6.1.1). Der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete am 2. Februar 2004, der Versicherte leide an einer chronischen therapieresistenten Lumboischialgie rechts bei/mit: ausgeprägter Osteochondrose L5/S1 und Diskushernien L5 und L1, an einem Status nach Plattenosteosynthese bei Tibiafraktur rechts 2002, einem Status nach Calcaneusfraktur rechts 1998, an einer zunehmenden posttraumatischen Belastungsstörung mit depressiver Entwicklung und hoher familiärer Belastungssituation (Ehefrau leide unter Schizophrenie; act. G 6.1.18).

A.b Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Versicherte am 23. und 24. Februar 2004 polydisziplinär (neuropsychiatrisch, internistisch, rheumatologisch-orthopädisch) in der AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene GmbH untersucht. Im Gesamtgutachten vom 24. März 2004 diagnostizierten die Experten ein generalisiertes undifferenziertes Schmerzsyndrom; ein chronisches Panvertebralsyndrom bei leichter Fehlform und Fehlhaltung, muskulärer Dysbalance; chronische Unterschenkelschmerzen rechts und eine posttraumatische Belastungsstörung mit depressivem Syndrom. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei der Versicherte für eine leichte leidensangepasste Tätigkeit zwar ganztags arbeitsfähig. Jedoch bestehe aktuell in Anbetracht der ausgeprägten Schmerzchronifizierung und des im Vordergrund stehenden psychiatrischen Leidens für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 6.2). Gestützt auf diese medizinische Einschätzung sprach die IV-Stelle dem Versicherten am 17. März 2005 mit Wirkung ab 1. Oktober 2003 eine ganze Rente samt Kinderrenten zu (act. G 6.1.39).



St.Galler Gerichte

A.c Im Verlaufsbericht vom 26. November 2007 gab Dr. B.____ an, die Diagnose sei seit Februar 2004 unverändert geblieben. Die Prognose sei "tendenziell schlechter" (act. G 6.1.51). Da es der behandelnde Psychiater trotz Mahnungen unterliess, einen Verlaufsbericht einzureichen (vgl. act. G 6.1.54 f.), beauftragte die IV-Stelle am 1. Mai 2008 die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH mit einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (act. G 6.1.57). Die internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen fanden am 18. November 2008 statt. Im ABI-Gutachten vom 9. Dezember 2008 diagnostizierten die Experten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10: M54.80), einen Status nach distaler Unterschenkelspiralfraktur rechts am 29. Oktober 2002 (ICD-10: T93.3), einen Status nach Plattenosteosynthese am 27. April 1998 bei Kalkaneustrümmerfraktur rechts am 22. April 1998 (ICD-10: Z98.8). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe u.a. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Für leidensangepasste Tätigkeiten bescheinigten die ABI-Gutachter dem Versicherten spätestens ab November 2008 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 6.1.65). Der RAD hielt das ABI-Gutachten und die darin bescheinigte Arbeitsfähigkeit für schlüssig (Stellungnahme vom 6. Januar 2009, act. G 6.1.66).

A.d Gestützt auf die Einschätzung der ABI stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 3. März 2009 in Aussicht, die Rente nach Zustellung der noch zu erlassenden Verfügung auf Ende des darauf folgenden Monats einzustellen (act. G 6.1.69). Am 5. Mai 2009 reichte der Versicherte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Berichte von Dr. med. C.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. Mai 2009, und von Dr. B.____ vom 29. April 2009, act. G 6.1.81). Im Bericht vom 6. Juli 2009 diagnostizierte Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Klinik E.____, wo sich der Versicherte vom 4. Mai bis 12. Juni 2009 zur ambulanten Rehabilitation befand, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) auf dem Boden einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeit (ICD-10: F60.6), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bei Zustand nach zwei Arbeitsunfällen mit komplizierten Brüchen, Unterschenkel rechts 2002 und Calcaneus rechts 1998. Der Versicherte sei höchstens zwischen 20 und 30% arbeitsfähig (act. G 6.1.86).



St.Galler Gerichte

A.e Dr. C.____ führte im Verlaufsbericht vom 4. Januar 2010 aus, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär bis verschlechtert. Er übernahm die von Dr. D.____ bescheinigte Arbeitsunfähigkeit (act. G 6.1.93). Die seit 19. Februar 2010 neu behandelnde Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (act. G 6.1.98), berichtete am 19. April 2010 von einem stationären Gesundheitszustand (act. G 6.1.99). Auf Nachfrage der IV-Stelle hin (Schreiben vom 14. Juni 2010, act. G 6.1.101) machte Dr. F.____ im Schreiben vom 21. Juni 2010 Ausführungen zum Gesundheitszustand des Versicherten (act. G 6.1.102). Diese veranlassten den RAD zur Annahme, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit der ABI-Begutachtung vom November 2008 verschlechtert habe, weshalb die RAD-Ärzte G.____ und H.____ eine monodisziplinäre psychiatrische Verlaufsbeurteilung empfahlen (Stellungnahme vom 21. Juni 2010).

A.f Der Versicherte wurde daraufhin im Auftrag der IV-Stelle am 30. Dezember 2010 durch Dr. med. I.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht. Im Gutachten vom 4. Februar 2011 diagnostizierte Dr. I.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, in mittelgradiger depressiver Ausprägung, beginnend chronifiziert (ICD-10: F33.8), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen, ängstlich-vermeidenden und emotional instabilen Anteilen (ICD-10: Z73.1), DD: kombinierte Persönlichkeitsstörung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Für die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter Reinigungstätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 40 bis 50%. Von 2003 bis 2008 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Spätestens seit Anfang 2008 sei retrospektiv von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Um den Untersuchungszeitpunkt bei der ABI im November 2008 sei eine deutliche Besserung im Rahmen der rezidivierenden depressiven Symptomatik eingetreten. Schliesslich sei erneut eine Verschlechterung des psychischen Zustands ab etwa März 2009 nach Erhalt des neuen Rentenbescheids durch die IV-Stelle eingetreten. Seither bestehe ein schwankender Verlauf mit einer 40 bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit. In adaptierten Tätigkeiten sei aus psychiatrischer Sicht von einer 40 bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (act. G 6.1.108). Der RAD hielt das Gutachten von Dr. I.____ für beweiskräftig (Stellungnahme vom 14. Februar 2011, act. G 6.1.109). Für leidensangepasste Tätigkeiten sei von einer



St.Galler Gerichte

40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Stellungnahme vom 25. Februar 2011, act. G 6.1.110).

A.g Mit neuerlichem Vorbescheid vom 7. März 2011 stellte die IV-stelle dem Versicherten in Aussicht, die bisherige ganze Rente auf eine Viertelsrente herabzusetzen (act. G 6.1.116). Dagegen erhob der Versicherte am 21. April 2011 Einwand (act. G 6.1.119). Am 10. Mai 2011 verfügte die IV-Stelle die Herabsetzung der bisher ganzen auf eine Viertelsrente per 1. August 2011 (act. G 6.1.123).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 10. Mai 2011 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 9. Juni 2011. Der Beschwerdeführer beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung. Es sei ihm weiterhin eine ganze, eventualiter eine halbe IV-Rente auszurichten (act. G 1). In der ergänzenden Eingabe vom 19. August 2011 rügt der Beschwerdeführer vorweg, es gehe nicht an, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund des Gutachtens von Dr. I.____ lediglich eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit akzeptiere. Vielmehr sei gestützt auf die Beurteilung von Dr. I.____ und den weiteren Umständen von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, womit ein Anspruch auf eine halbe Rente bestehe. Allerdings könne ohnehin nicht auf das Gutachten von Dr. I.____ abgestellt werden. Denn gestützt auf die schlüssige Einschätzung der behandelnden medizinischen Fachpersonen sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, womit die bisherige ganze Rente weiterhin auszurichten sei (act. G 4; vgl. auch die E-Mail-Korrespondenz mit Dr. F.____ vom Juni 2011, act. G 4.1, und den Bericht von Dr. D.____ vom 8. August 2011 betreffend den ambulanten Rehabilitationsaufenthalt vom 4. bis 22. Juli 2011, worin dem Beschwerdeführer bei Austritt eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, act. G 4.3).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass bei der Bestimmung der Erwerbsunfähigkeit zu Recht von der unteren Grenze der von Dr. I.____ bescheinigten Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden sei, da sich dessen Einschätzung auf (nicht objektivierbare) Aussagen des



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführers stütze und dessen Aussagen betreffend Medikamenteneinnahme oder Leistungsfähigkeit (Beschwiellung der Hände und Fusssohlen) nicht zuverlässig seien (act. G 6; vgl. auch RAD-Stellungnahme vom 2. September 2011, act. G 6.1.134).

B.c Der Beschwerdeführer hält in der Replik vom 15. November 2011 unverändert an seinen Anträgen fest. Er bringt ergänzend vor, dass Dr. I.____ zu Unrecht von einer sehr niedrigen Psychotherapiemotivation und einer mangelnden Medikamenten-Compliance ausgegangen sei. Aus dem Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 6. Juli 2009 sei zu entnehmen, dass er motiviert am Rehabilitationsprogramm teilgenommen habe. Des Weiteren benennt er weitere Aspekte, die aus seiner Sicht gegen die Aussagekraft des Gutachtens von Dr. I.____ sprechen würden (act. G 8).

B.d In der Duplik vom 22. November 2011 hält die Beschwerdegegnerin ihrerseits unverändert an der beantragten Beschwerdeabweisung fest. Dass der Beschwerdeführer die verschriebenen Medikamente regelmässig einnehme, sei eine reine Parteibehauptung und werde nicht - etwa durch Medikamentenspiegel - belegt. Belegt sei hingegen, dass der Beschwerdeführer früher falsche Angaben bezüglich Medikamenteneinnahme gemacht habe (act. G 10).

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Frage, ob die verfügte Rentenherabsetzung zu Recht erfolgt ist.

2.

2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Nach Art. 28 Abs. 2



des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.2 Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a in fine).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (Revisionsgrund; BGE 133 V 545 und 130 V 349 E. 3.5; Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C_126/2011, E. 1.1). Ein



Revisionsgrund ist auch gegeben und die Rente allenfalls nach unten oder nach oben anzupassen, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 133 V 546 E. 6.1). In diesem Zusammenhang schliessen selbst identisch gebliebene Diagnosen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) nicht grundsätzlich aus. Zu denken ist etwa an eine Veränderung des Schweregrades des Gesundheitsschadens oder wenn es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen (vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Rz 18 zu Art. 17 ATSG; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 31. Januar 2012, 9C_896/2011, E. 3.1). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4).

2.5 Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist 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 gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV).

3.

Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Rentenrevisionsverfahren die Rentenzusprache vom 17. März 2005 (act. G 6.1.39), deren medizinische Grundlage das AEH-Gutachten vom 24. März 2004 war (act. G 6.2), worin allein aus psychiatrischer Sicht für leidensangepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde.

3.1 In medizinischer Hinsicht stützte sich die angefochtene Revisionsverfügung vom 10. Mai 2011 (act. G 6.1.123; vgl. auch "Verfügungsteil 2", act. G 6.1.121) auf das



psychiatrische Gutachten von Dr. I.____ vom 4. Februar 2011 (act. G 6.1.108) und die RAD-Stellungnahme vom 25. Februar 2011 (act. G 6.1.110). Dr. I.____ gelangte zur Auffassung, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache um den Untersuchungszeitpunkt bei der ABI (November 2008) deutlich verbessert habe und danach wieder eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei (act. G 6.1.108-17 ff.) und eine 40 bis 50%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bestehe (act. G 6.1.108).

3.2 Die Beurteilung von Dr. I.____ hält der Beschwerdeführer aus verschiedenen Gründen für nicht beweiskräftig:

3.3 Zunächst wendet er ein, dass die Einschätzung nicht mit den anderslautenden Beurteilungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen zu vereinbaren sei (act. G 1, S. 3, sowie G 4, S. 5 ff. und S. 10).

3.3.1 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden kann und Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C_694/2008, E. 5.1.1).

3.3.2 Was die abweichende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der behandelnden Dr. F.____ anbelangt, so ist festzustellen, dass sich weder aus der zwischen ihr und dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers geführten E-Mail-Korrespondenz vom Juni



2011 (act. G 4.1) noch aus dem knapp begründeten Bericht vom 19. April 2010 (act. G 6.1.99) oder der kurzen Stellungnahme vom 20. April 2011 (act. G 6.1.119-4) wesentliche Gesichtspunkte ergeben, die Dr. I.____ ausser Acht gelassen hätte. Das Gesagte gilt auch für den Verlaufsbericht von Dr. C.____ vom 4. Januar 2010, worin dem Beschwerdeführer im geschützten Rahmen eine 20 bis 30%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt wird (act. G 6.1.93).

3.3.3 Dr. D.____ bescheinigte im Bericht vom 8. August 2011 bei Austritt eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (act. G 4.3), was die von Dr. I.____ vorgenommene Einschätzung (40 bis 50%ige Arbeitsunfähigkeit, act. G 6.1.108) gerade bestätigt und an der abweichenden Einschätzung von Dr. F.____ vom 17. Juni 2011 (100%ige Arbeitsunfähigkeit, act. G 4.1) erhebliche Zweifel weckt. Der Bericht von Dr. D.____ vom 8. August 2011 untermauert des Weiteren den von Dr. I.____ beschriebenen wechselhaften Gesundheitsverlauf - insbesondere den "inzwischen wieder gebesserten psychischen Zustand" (act. G 6.1.108-18) -, bescheinigte Dr. D.____ doch bei vergleichsweise schlechterer Befundlage im Bericht vom 6. Juli 2009 noch eine 70 bis 80%ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 6.1.86).

3.3.4 Im Übrigen berücksichtigte Dr. I.____ die bis zum Zeitpunkt der Begutachtung aufgelaufenen medizinischen Vorakten umfassend, insbesondere auch die Berichte der Dres. F.____ und C.____ (act. G 6.1.108-2 ff.), weshalb deren abweichende Auffassung hinsichtlich der Restarbeitsfähigkeit keine Zweifel am Gutachten von Dr. I.____ entstehen lassen.

3.4 Des Weiteren findet der Beschwerdeführer die Aussage von Dr. I.____ unzutreffend, worin eine eingeschränkte Kooperation und eine Diskrepanz zwischen geltend gemachter Schwere der Erkrankung und der Therapiemotivation beschrieben worden seien (act. G 4, S. 8 f. und G 8, S. 2).

3.4.1 Bereits die ABI-Gutachter vertraten den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer "mit Sicherheit" mehr zu leisten vermöge, als er im Rahmen der Untersuchung angebe, da die deutlichen Beschwielungen der Hände als untrügliches Zeichen kürzlich erfolgter, nicht unerheblicher manueller Tätigkeit angesehen werden dürften. Auch die nur geringe Atrophie am rechten Unterschenkel sowie die symmetrische Beschwielung



der Fusssohle würden gegen eine längerdauernde körperliche Schonung sprechen (act. G 6.1.65-20). Beim Beschwerdeführer hätten sich weiter klare Hinweise auf eine Malcompliance finden lassen. Die ABI-Experten hätten den Serumspiegel von zwei Antidepressiva untersucht, wobei beide nicht nachweisbar gewesen seien (act. G 6.1.65-22). Damit geht einher, dass auch die Experten der AEH eine fragliche Leistungsbereitschaft beschrieben und auf inkonsistentes Verhalten hingewiesen haben (act. G 6.2, S. 10 des Gesamtgutachtens vom 24. März 2004).

3.4.2 Im Licht dieser Umstände weckt es keine Zweifel am Gutachten von Dr. I.____, wenn er - unter Einbezug eigener entsprechender Wahrnehmungen (der Beschwerdeführer "war nicht in der Lage, seine aktuelle Medikation sicher zu benennen, was doch unverständlich und nicht nachvollziehbar ist"; "Eher war ein gewisses Desinteresse an diesem Thema festzustellen, was bei depressiven Patienten, die in aller Regel einen hohen Leidensdruck haben, doch eher ungewöhnlich ist", act. G 6.108-19) - davon sprach, dass die Psychotherapiemotivation und Medikamenten-Compliance in Frage zu stellen seien (act. G 108-19). Daran ändert das Vorbringen des Beschwerdeführers nichts, wonach es für einen Menschen ohne Schulbildung und mit einer Persönlichkeitsstörung wohl äusserst schwierig sei, ohne entsprechende Vorbereitung Fragen zur Medikation konkret zu beantworten (act. G 4, S. 8 f.), war er doch anlässlich der Untersuchung durch Dr. I.____ in der Lage, detailliert Auskunft u.a. über die finanziellen Einkünfte der Familie zu geben (act. G 6.1.108-11). Es ist deshalb weder naheliegend noch dargetan, dass er aufgrund seiner Krankheit nicht in der Lage gewesen wäre, konkrete Auskunft über die von ihm regelmässig einzunehmenden Medikamente zu geben.

3.5 Es ist nach der Sichtweise des Beschwerdeführers auch nicht nachvollziehbar, dass Dr. I.____ das Vorliegen einer psychischen Komorbidität verneine. So gehe er davon aus, dass kein schwerer sozialer Rückzug vorliege, was durch den Bericht der Klinik E.____ widerlegt worden sei (act. G 8, S. 3).

3.5.1 Der Beschwerdeführer übersieht bei seiner Argumentation zunächst, dass Dr. I.____ das Vorliegen einer chronisch psychiatrischen Begleiterkrankung gerade bejahte. Im Rahmen einer Gesamtwürdigung sämtlicher wesentlicher Aspekte vertrat dieser schlüssig den Standpunkt, dass die Förster-Kriterien lediglich teilweise erfüllt



seien und dem Beschwerdeführer die Aufwendung der zumutbaren Willensanstrengung möglich sei, um die Schmerzen zu überwinden und wieder in den Arbeitsprozess, d.h. in adaptierte Tätigkeiten einzusteigen (act. G 6.1.108-16). Diese Sichtweise wird durch Dr. D.____ bestätigt, der dem Beschwerdeführer die Verwertung einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit ebenfalls zumutet (act. G 4.3).

3.5.2 Die Verneinung eines schweren sozialen Rückzugs begründete Dr. I.____ nachvollziehbar mit regelmässigen Treffen mit Kollegen, regelmässigen sportlichen Aktivitäten, Spaziergängen und Einkäufen (act. G 6.1.108-5 und -17). Die entsprechenden Ausführungen werden denn auch vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten. Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers bestätigte Dr. D.____ im Bericht vom 8. August 2011 selbst weder einen vermehrten sozialen Rückzug noch ein Vermeidungsverhalten. Vielmehr handelt es sich bei der entsprechenden Textpassage einzig um die Wiedergabe der Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers. Dr. D.____ selbst hat dessen Alltagsaktivitäten offenbar auch gar nicht erfragt noch hat er zur Frage eines erheblichen sozialen Rückzugs begründet Stellung genommen (act. G 4.3).

3.6 Falsch sei auch die Behauptung, dass die depressiven Verstimmungen nur geringgradig ausgeprägt seien und aufgrund der Nichteinnahme der Antidepressiva nicht "kausal" behandelt würden (act. G 8, S. 3). Der Beschwerdeführer verkennt bei diesem Vorbringen, dass die fragliche Aussage nicht von Dr. I.____ stammt, sondern einzig in dem von Dr. I.____ wiedergegebenen Inhalt des ABI-Gutachtens zu finden ist (act. G 6.1.108-5), weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

3.7 Bei der Würdigung der Beweiskraft der Beurteilung von Dr. I.____ fällt weiter ins Gewicht, dass sie auf eigenständigen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die medizinischen Vorakten wurden verwertet und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt und gewürdigt. Der verbesserte Gesundheitszustand sowie die Bescheinigung einer 40 bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sie werden ferner durch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. D.____ vom 8. August 2011 bestätigt (act. G 4.3) und lassen sich mit den vom Beschwerdeführer im



St.Galler Gerichte

Haushaltsbereich erbrachten Leistungen vereinbaren ("Er kümmert sich mehr oder weniger allein um den Haushalt", act. G 6.1.108-5; "Er helfe seiner Frau sehr viel im Haushalt", act. G 6.1.108-11). Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt worden wären.

3.8 Schliesslich erachtet der Beschwerdeführer die Auffassung des RAD vom 25. Februar 2011 als unzutreffend, worin die bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigende Arbeitsfähigkeit an der unteren Grenze des von Dr. I.____ bescheinigten Bereichs zu liegen habe (act. G 1, S. 3, und G 4, S. 8).

3.8.1 Gibt ein Arztbericht die Arbeitsunfähigkeit in Form einer Bandbreite an, ist nach der Rechtsprechung in der Regel auf den Mittelwert abzustellen. Dadurch werden Rechtsungleichheiten vermieden, die aus der Art der Bezifferung resultieren (Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2009, 9C_193/2009, E. 1.3.1 mit Hinweis).

3.8.2 Der RAD begründet das Abweichen vom Mittelwert mit den Hinweisen auf ein suboptimales Leistungsverhalten/relevante Inkonsistenzen. Dabei stützt er sich auf die im Gutachten von Dr. I.____ genannten Aspekte ("eingeschränkt kooperativ", "Diskrepanz zwischen geltend gemachter Schwere der Erkrankung und der Therapie-Motivation", "dysfunktionales Krankheitsverhalten", "inadäquate Verdeutlichungstendenz", "hoher sekundärer Krankheitsgewinn", "Entschädigungswunsch wegen erschwerter Lebensbedingungen bei psychisch kranker Ehefrau", Stellungnahme vom 25. Februar 2011, act. G 6.1.110). Es ist ohne weiteres davon auszugehen, dass Dr. I.____ sämtliche von ihm beschriebenen Umstände bei seiner Gesamtwürdigung und bei der Bemessung der Restarbeitsfähigkeit mit 50 bis 60% bereits einbezog, weshalb kein Anlass dafür besteht, die vom RAD genannten Gründe noch ein zweites Mal - zuungunsten des Beschwerdeführers - arbeitsfähigkeitserhöhend zu berücksichtigen.

3.8.3 Vorliegend sind keine weiteren Umstände dargetan, die ein Abweichen vom Mittelwert rechtfertigen. Insbesondere kann auch die Bescheinigung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. D.____ (act. G 4.3) für sich allein keinen solchen Umstand darstellen, handelt es sich dabei doch lediglich um eine - geringfügig - andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhalts. Sie ist mithin nicht geeignet, die



implizite Annahme von Dr. I.____, dass 40% Arbeitsunfähigkeit eher zu niedrig und 50% Arbeitsunfähigkeit eher zu hoch sind, prozentgenau zu konkretisieren. Deshalb ist in Nachachtung der Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer aus psychiatrischer Sicht um 45% beeinträchtigten Restarbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten entsprechend dem Mittelwert der von Dr. I.____ bescheinigten Bandbreite auszugehen.

3.9 Ergänzend ist zu bemerken, dass bereits im AEH-Gutachten vom 24. März 2004 davon ausgegangen wurde, dass keine somatischen Leiden vorhanden sind, welche die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten beeinträchtigen (act. G 6.2, S. 3 des Gesamtgutachtens: "Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht wäre der Versicherte für eine leichte Tätigkeit mit Möglichkeit der Wechselpositionierung und Wechselbelastung zwar ganztags arbeitsfähig, jedoch in Anbetracht der ausgeprägten Schmerzchronifizierung und des im Vordergrund stehenden psychiatrischen Leidens besteht aktuell für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit"). Aus den Akten ergibt sich nicht (vgl. etwa ABI-Gutachten vom 9. Dezember 2008, act. G 6.1.65) und vom Beschwerdeführer wird auch nicht geltend gemacht, dass sich der somatische Gesundheitszustand seit der ursprünglichen Leistungszusprache bis zum Erlass der angefochtenen Revisionsverfügung rentenrelevant verändert hätte, weshalb aus somatischer Sicht weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden kann.

4.

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat und er ab dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. I.____ (30. Dezember 2010; act. G 6.1.108) über eine 55%ige Restarbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten verfügt. Auf dieser Grundlage ist die Invaliditätsbemessung vorzunehmen, die unbestrittenermassen im Rahmen eines Einkommensvergleichs zu erfolgen hat.

4.1 Die Beschwerdegegnerin nahm zur Ermittlung des Invaliditätsgrads einen Prozentvergleich vor und berücksichtigte bei der Bestimmung des Invalideneinkommens einen 10%igen Tabellenlohnabzug (vgl. act. G 6.1.113). Die



Vornahme des Prozentvergleichs ist unbestritten und es besteht kein Anlass, davon abzuweichen. Auch die Bemessung des Tabellenlohnabzugs mit 10% erscheint die relevanten Umstände (Teilzeitarbeit, qualitative Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit, Alter und längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt) angemessen zu berücksichtigen.

4.2 Unter Berücksichtigung einer 55%igen Restarbeitsfähigkeit und eines 10%igen Tabellenlohnabzugs resultiert ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 51% ($100\% - [55\% \times 0.9]$) und ein Anspruch auf eine halbe Rente. Gemäss Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die Herabsetzung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Diese Frist für den Beginn der Wirksamkeit der Revision kann nicht verlängert werden (BGE 135 V 306). Die angefochtene Revisionsverfügung wurde am 10. Mai 2011 erlassen (act. G 6.1.123), womit die bisherige ganze Rente in Nachachtung von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV per 1. Juli 2011 - und nicht erst wie verfügt per 1. August 2011 - auf eine halbe Rente herabzusetzen ist.

5.

5.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 10. Mai 2011 aufzuheben und dem Beschwerdeführer - entsprechend dessen Eventualantrag (act. G 1) - ab Juli 2011 eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Bestimmung der Rentenhöhe ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend Überklagung Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2011, IV 2009/459, E. 5.2 f.). Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.



5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle (vgl. etwa Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Juni 2012, IV 2010/158) eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 10. Mai 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer ab Juli 2011 eine halbe Rente zugesprochen. Zur Bestimmung der Rentenhöhe wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.