



Fall-Nr.: IV 2012/226
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 08.06.2020
Entscheiddatum: 18.11.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 18.11.2014

Mit der angefochtenen Verfügung wurde eine früher zugesprochene ganze Rente eingestellt behalten, nachdem eine erste Anpassungsverfügung (mit Entzug der aufschiebenden Wirkung) gerichtlich aufgehoben worden war. Nach Auslegung handelt es sich um eine wiedererwägungsweise Aufhebung der ursprünglichen Verfügung mit Aufhebung des Rentenanspruchs auf den Zeitpunkt der ehemals in der Anpassungsverfügung vorgesehenen Aufhebung hin. - Wiedererwägung nicht gerechtfertigt. Keine Aufhebung nach den Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a. Anpassung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG wegen nachträglicher Veränderung des Sachverhalts: Herabsetzung auf eine Viertelsrente ab dem in der Verfügung festgelegtem Zeitpunkt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2014, IV 2012/226).

Entscheid Versicherungsgericht, 18.11.2014

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und

Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 18. November 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bellevuestrasse 1b, Postfach,
9401 Rorschach,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt:

A.

A.____ meldete sich am 19. Februar/2. März 1998 wegen seit Juli 1997 bestehender Rückenprobleme (Bandscheibe operiert) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich Umschulung und eventuell eine Rente. Die Arbeitgeberin bescheinigte am 12. März 1998, der Versicherte sei seit dem 14. August 1989 als Bauarbeiter angestellt. Dr. med. B.____, Allgemeinmedizin FMH, gab in seinem Arztbericht vom 11. März 1998 an, der Versicherte leide an einem lumbovertebralen Syndrom nach Discushernienoperation L5/S1 am 21. August 1997. Er sei vom 11. August 1997 bis 11. Januar 1998 zu 100 % und anschliessend bis 16. Januar 1998 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seither sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Es scheine sinnvoll, den Versicherten in eine den Rücken weniger belastende Arbeit umzuschulen. Am 23. November 1998 sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ihm eine Umschulung in Form einer Einarbeitung an CNC-Fräsmaschinen für die Zeit vom 1. November 1998 bis 31. Oktober 1999 zu, die sie am 29. November 1999 noch bis Ende Mai 2000 verlängerte. Mit Verfügung vom 24. Juli 2000 stellte sie fest, der Versicherte sei rentenausschliessend eingegliedert. Am 21. August 2000 (act. 35) meldete die Sozialhilfestelle bezugnehmend auf diese Verfügung, der Versicherte habe einen Rückfall erlitten und sei seit dem 10. Juli 2000 wieder voll arbeitsunfähig. Nach Angaben von Dr. B.____ werde er sich voraussichtlich nochmals einer Rückenoperation unterziehen müssen. Es sei der weitere Anspruch auf Massnahmen und Leistungen zu prüfen. Dr. B.____ (am 17. August 2000) und Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für orthopädische Chirurgie (am 14. November 2000),



St.Galler Gerichte

attestierten dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, Prof. Dr. med. D.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, berichtete am 12. März 2001 von einer Operation vom 8. September 2000, Dr. med. E.____, Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, attestierte dem Versicherten am 11. April 2001 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (ab 14. August 2000; act. 42-2/2) und Dr. med. F.____, Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen, erklärte am 23. April 2001, die Arbeitsfähigkeit für leichte, rückengerechte Tätigkeit liege bei 50 %. Im Arztbericht vom 8. Juni 2001 (act. 44) gab Dr. B.____ in der Folge an, es lägen eine Depression und eine Lumboischialgie links bei St. n. lumbaler Hemilaminektomie L5/S1 links am 21.08.97 und Refenestration L5/S1 links mit Renukleotomie in mikrochirurgischer Technik am 08.09.2000 bei Discushernienrezidiv L5/S1 vor. Aktuell sei kein Discushernienrezidiv nachweisbar. Seit dem 14. August 2000 sei der Versicherte voll arbeitsunfähig. Von der Klinik für Neurochirurgie sei er ab 9. Januar 2001 zwar unter dem Aspekt des Rückenleidens wieder für zu 50 % arbeitsfähig erklärt worden, doch bestehe aufgrund der Gesamtsituation eine reaktive Depression. Vom behandelnden Psychiater sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt worden. Eine Prognose sei gegenwärtig schwierig abzuschätzen. Sollte sich die Situation wieder verbessern, sei die Arbeitsfähigkeit als CNC-Fräser wieder gegeben. Dem beigelegten Bericht der Klinik G.____ vom 4. Mai 2001 war zu entnehmen, dass von einer Operation im Bereich der Lendenwirbelsäule abzuraten sei. Dr. E.____ attestierte dem Versicherten in einem Arztbericht vom 6. Juli 2001 (act. 45) für die Zeit ab 1. September 2000 - bei der Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung seit ca. Juni 2000 - eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als CNC-Fräser und in allen anderen Tätigkeiten. Auch berufliche Massnahmen seien zurzeit nicht möglich. Bis zum 31. Mai 2000 habe der Versicherte in einer Werkstatt für Behinderte gearbeitet. Nachdem er arbeitslos geworden sei, hätten sich die Beschwerden verstärkt. Sein Gesundheitszustand habe sich seit Juni 2000 leicht, seit September 2000 stark verschlechtert (Re-Operation wegen Discushernie). Eine Überprüfung in einem Jahr sei empfehlenswert (act. 45-5/5). In einem Verlaufsbericht vom 28. September 2001 (act. 55) gab Dr. B.____ unter anderem bekannt, zurzeit sei aufgrund der Rückenbeschwerden und der psychiatrischen Diagnosen nicht mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen. Aufgrund der Rückensituation könnten leichtere Tätigkeiten allenfalls wieder versucht werden, nach Auskunft des Psychiaters und aufgrund des Verlaufes handle es sich



jedoch am ehesten um eine Somatisierungsstörung, deren Prognose schlecht sei. Trotz intensiver psychiatrischer Behandlung einschliesslich Psychopharmaka-Therapie und trotz Schmerztherapie hätten sich die Beschwerden nicht wesentlich geändert. Am 14. Dezember 2001 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. August 2001 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu. Vom 13. August 1997 bis August 2000 seien leichte angepasste Tätigkeiten voll zumutbar gewesen. Im August 2000 habe sich eine Verschlechterung ergeben, sodass der Rentenanspruch im August 2001 beginne.

B.

B.a Im Fragebogen für die Revision der Invalidenrente gab der Versicherte am 23. September 2006 (act. 66) an, sein Zustand sei gleich geblieben. – Dr. B.____ erklärte in seinem Verlaufsbericht vom 10. November 2006 (act. 69) unter Beilage verschiedener spezialärztlicher Berichte, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär bis sich verschlechternd. Es lägen (geändert) folgende Diagnosen vor: (erstens) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei St. n. Discushernienoperation L5/S1 links im August 1992 (gemeint wohl: 1997) und Reoperation im September 2000, bei Rest-/ Rezidivdiscushernie L5/S1 und depressiver Reaktion, (zweitens) chronische Spannungstypkopfschmerzen und (drittens) eine Dyspepsie. Es persistierten lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein und teilweise Schwäche im linken Bein. Es seien immer wieder Exazerbationen aufgetreten, die jeweils längere Pausen bei einer Arbeit erfordern würden. Der Versicherte sei stark auf das Krankheitsbild fixiert und unfähig, sich davon zu distanzieren und etwas zu unternehmen. Es bestünden eine zunehmende Regression und Passivität. Eine psychotherapeutische Behandlung sei vom Versicherten abgebrochen worden. Die Arbeit als CNC-Fräser an rückenadaptiertem Arbeitsplatz wäre theoretisch aus somatischen Gründen wahrscheinlich zu ca. 50 % noch zumutbar, doch sei der Versicherte vom damals behandelnden Psychiater voll arbeitsunfähig geschrieben worden. Eine leichtere Hilfstätigkeit an einem rückenadaptierten Arbeitsplatz wäre möglicherweise während maximal drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar. Das müsste in einem "Arbeitsversuch (geschützte Werkstätte?)" probiert werden. Der Versicherte sei dabei wahrscheinlich durch Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen beeinträchtigt. Auf Vorschlag des



St.Galler Gerichte

Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung wurde am 29. Mai 2007 eine interdisziplinäre Begutachtung veranlasst. Im Gutachten vom 17. Dezember 2007 (act. 82; basierend auf einer Abklärung vom September 2007) gab das H. ___ als Hauptdiagnosen an:

1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont

- DD: chronisches residuelles sensomotorisches Ausfallsyndrom L5/S1 links
- radiomorphologisch Rest- respektive Rezidivdiscushernie L5/S1 mit beglei-

tendem postoperativem Narben- und Granulationsgewebe entlang der discalen Resektionsstelle medio-linkslateral mit möglicher Wurzelirritation S1 links, anlagebedingt eher engem ossärem Spinalkanal im mittleren LWS-Bereich mit spondylogener mässiger Foraminaleinengung L5 bds. und möglicher Wurzelirritation L5 bds., Multitagen-Spondylarthrose

- muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskulatur
- St. n. DH Operation L5/S1 links 8/1997 und 8.9.2000
- Verdacht auf deutliche psychosoziale Überlagerung

2. Chronisches rezidivierendes cervico-cephales Schmerzsyndrom

- leicht ausgeprägte Myogelose der Suboccipital- und Trapeziusmuskulatur

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (erstens) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (zweitens) ein inkomplettes metabolisches Syndrom und (drittens) chronisch-rezidivierende Kopfschmerzen. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere, in Wechselbelastung auszuübende Tätigkeit ohne längeres fixiertes Stehen oder Sitzen an Ort und ohne stereotype Rotationsbewegungen von HWS und LWS und für die Tätigkeit als CNC-Fräser bestehe eine medizinisch-theoretische Leistungsfähigkeit von 50 %. Körperlich leichte, gemäss den genannten Kriterien adaptierte Tätigkeiten seien



mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 20 %) zumutbar. Diese liege sicherlich ab September 2007 vor. Seit 2001 habe sich offensichtlich aus psychiatrischer Sicht eine erhebliche Verbesserung eingestellt, während die somatische Situation relativ unverändert geblieben sei. Der Versicherte halte sich für nicht mehr arbeitsfähig. Diese Diskrepanz zur medizinischen Einschätzung rühre von der somatoformen Schmerzstörung, die mit einer deutlichen Selbstlimitierung einhergehe. Da relevante psychiatrische Diagnosen fehlten, sei dem Versicherten die Willensanstrengung zumutbar, sich beruflich zu reintegrieren. Ausserdem seien bei der Untersuchung Inkonsistenzen aufgefallen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Mit der Einschätzung durch Dr. B. ___ bestehe eine gute Übereinstimmung, hingegen nicht mit derjenigen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle. Es liege nämlich keine Somatisierungsstörung, sondern eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Da sich diese definitionsgemäss beim Fehlen relevanter psychopathologischer Symptome nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, könne jene Einschätzung nicht nachvollzogen werden. Da die damaligen Berichte ungenügend erscheinen würden und die Arbeitsfähigkeit schlecht eingeschätzt worden sei, habe sich seither - mindestens auf medizinisch-theoretischer Ebene - eine erhebliche Verbesserung eingestellt. Berufliche Massnahmen seien nicht zu empfehlen.

B.b Mit Verfügung vom 25. März 2008 (act. 101) stellte die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats hin ein und entzog einer allfälligen Beschwerde dagegen sinngemäss die aufschiebende Wirkung. - Der Versicherte liess am 28. April 2008 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, subeventuell sei ein ergänzendes Gutachten anzuordnen. Die IV-Stelle beantragte die Abweisung der Beschwerde. Da vieles dafür spreche, dass sich der psychische Gesundheitszustand nicht verbessert habe, sondern der Versicherte schon bei Erlass der ursprünglichen Verfügung psychiatrisch gesehen voll arbeitsfähig gewesen sei, sei zweifelhaft, ob ein Revisionsgrund vorliege. Eine Anpassungsverfügung könne aber auch mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden. Eine somatoforme Schmerzstörung oder ein ähnliches Leiden schränke die Arbeitsfähigkeit nur unter



bestimmten Voraussetzungen ein. Die ursprüngliche Verfügung sei zweifellos unrichtig. Ein Rentenanspruch hätte damals angesichts der Rechtsprechung abgewiesen werden müssen. Mit Eingabe vom 18. September 2008 liess der Versicherte mitteilen, er sei seit Februar 2008 bei Dr. E. ___ in Behandlung. Der Arzt beurteile die Arbeitsunfähigkeit wie ein anderer Psychiater mit 100 % aus psychischen Gründen. Am 24. Februar 2009 liess der Versicherte dem Gericht im Sinn einer Replik einen Bericht von Dr. E. ___ vom 5. Februar 2009 (act. 124) zustellen. Dr. E. ___ hatte in dem Bericht erklärt, es lägen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Episode vor. Es handle sich um ein gereizt-depressives Zustandsbild. Die Depression scheine dadurch begründet, dass der Versicherte die körperlich-medizinischen Probleme psychisch nicht verarbeiten könne. Die Symptome seien Ausdruck eines Selbstwertverlusts aufgrund der Erkrankung (denn davor hätten noch keine Eheprobleme bestanden). Die psychischen Beschwerden seien zwar z.B. in der Freizeit weniger stark ausgeprägt als unter dem Leistungsdruck an einem Arbeitsplatz. Und es möge sein, dass sich die Beschwerdesituation aufgrund der finanziellen Entlastung durch die Rente mit der Zeit stabilisiert habe. Das erlaube aber nicht den Umkehrschluss, dass die Belastbarkeit zugenommen habe. Es bestehe vielmehr der Eindruck, dass diese noch genau so gering sei wie zurzeit des ersten IV-Berichts im Juli 2001. - Mit Entscheid vom 22. Februar 2010 (act. 126) hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Verfügung vom 25. März 2008 auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurück. Die Arbeitsfähigkeit unter rheumatologischem Aspekt sei nicht ausreichend klar. Eine Arbeit als CNC-Fräser sei diesbezüglich als zu 50 % zumutbar betrachtet worden, wenn dabei gewisse Faktoren (einzuhaltende Positionen, ungünstige Bewegungen) vermieden werden könnten. In der Gesamtbeurteilung sei indessen für körperlich leichte, den gleichen Kriterien entsprechende Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % angegeben worden, obwohl der Rheumatologe eine höhere Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten nicht ausgemacht habe. Ausserdem sei nicht auszuschliessen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung tangiert würde, wenn das Ergebnis einer vom Rheumatologen erwähnten fachärztlichen neurologischen Abklärung (Elektromyo- und Elektroneurographie) erhoben werde. Zudem liege der Schluss nahe, dass die Gutachter aus juristischen Gründen (wegen Fehlens relevanter psychiatrischer Diagnosen, unbewusster Konflikte und eines primären Krankheitsgewinns) eine "anrechenbare" Arbeitsfähigkeit definiert haben



könnten, was nicht angehe. Die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 bilde im Übrigen - wie das Bundesgericht in BGE 135 V 201 festgehalten habe - keinen hinreichenden Anlass, um unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Gerichtspraxis auf Renten zurückzukommen, welche zu einem früheren Zeitpunkt mittels formell rechtskräftiger Verfügung zugesprochen worden seien.

B.c Am 11. Januar 2011 erstattete das H.____ das daraufhin bei ihm in Auftrag gegebene zweite Gutachten (act. 135, basierend auf einer Abklärung vom 29. November 2010). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit benannte es (erstens) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne akute radikuläre Symptomatik bei leichtgradigem residuellem Ausfallssyndrom S1 links mit etwas abgeschwächtem Achillessehnenreflex, klinisch und bildgebend ohne Hinweise auf eine persistierende Neurokompression, bei Status nach dekomprimierenden Operationen bei Discushernie L5/S1 links 08/1997 und 09/2000, bei Status nach Implantation einer DCS-Stimulationssonde am 24.10.2001 und Entfernung derselben am 02.11.2001 bei Therapieresistenz der Beschwerden sowie bei Symptomausweitung und inadäquat wirkendem Schmerzverhalten und (zweitens) chronische Schulterschmerzen rechts bei Verdacht auf subakromiales Impingement und bei stark erschwerter Beurteilbarkeit bei eindeutiger Symptomausweitung und inadäquat wirkendem Schmerzverhalten. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein inkomplettes metabolisches Syndrom. Für die Tätigkeiten im Baugewerbe (seit 1997) und als CNC-Fräser (wohl seit September 2000) bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Eine körperlich angepasste Tätigkeit wäre aus rein somatischer Sicht wahrscheinlich spätestens ab Anfang 2002 wieder im geschilderten Ausmass zumutbar gewesen. Bei der Begutachtung vom September 2007 habe die ursprünglich gestellte psychiatrische Diagnose nicht mehr vorgefunden werden können, vielmehr lediglich noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne psychiatrische Begleiterkrankung. Mindestens seit damals sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr während längerer Zeit in wesentlichem Umfang beeinträchtigt gewesen. Seit dem Vergleichszeitpunkt von Mitte 2001 sei es (jedenfalls vor September 2007) zu einer Veränderung der Diagnose gekommen. Körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, die keine Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen oder hinter der Körperebene



St.Galler Gerichte

erforderten und bei denen eine Hebe- und Traglimite von 10 kg eingehalten werden könne, seien dem Versicherten (gegenwärtig) zu 100 % zumutbar.

B.d Der RAD erklärte am 8. Februar 2011 (act. 136), gegenüber der gutachterlichen Beurteilung von 2007 würden keine neuen medizinischen Fakten vorgelegt, aufgrund derer sich neue versicherungsmedizinische Gesichtspunkte ergäben. Es stelle sich die Frage einer Wiedererwägung.

B.e Am 28. Februar 2011 (act. 137) wurde vorgesehen, im Hinblick auf eine künftige Wiedererwägung zunächst berufliche Massnahmen zu prüfen. Am 6. April 2011 (act. 140) wurde unter anderem ein Valideneinkommen erhoben.

B.f Später, am 1. Februar 2012 (act. 142 f.), wurde ein Einkommensvergleich zwischen einem

Valideneinkommen von Fr. 70'161.-- (als Fräser) und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'981.-- angestellt. - Mit Vorbescheid vom 17. Februar 2012 (act. 145 f.) wurde dem Rechtsvertreter des Versicherten in Aussicht gestellt, dessen Rente weiterhin eingestellt zu behalten. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch mehr. Bezüglich beruflicher Eingliederungsmassnahmen werde auf ein beiliegendes Schreiben verwiesen. Darin (Schreiben vom 16. Februar 2012, act. 147) war darauf hingewiesen worden, dass somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Sachverhalte nach aktuellem Recht keinen Anspruch auf die Ausrichtung einer Invalidenrente mehr begründeten. Mit der auf den 1. Januar 2012 eingeführten IV-Revision 6a seien die IV-Stellen damit beauftragt worden, die laufenden Renten zu überprüfen. Es werde Unterstützung beim Wiedereinstieg ins Berufsleben angeboten. Wenn der Versicherte an Eingliederungsmassnahmen teilnehme, profitiere er bis zu deren Abschluss bzw. längstens für zwei Jahre vom Anspruch auf Weiterzahlung der bisherigen Rentenleistungen. Er sei ersucht, den beigelegten Anmeldebogen auszufüllen und einzureichen.

B.g Der Versicherte liess am 18. April 2012 (act. 150) einwenden, es treffe nicht zu, dass er zu 100 % arbeitsfähig sei. Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich mit dem Gutachten auseinandergesetzt und im beigelegten



St.Galler Gerichte

Bericht (an den Rechtsvertreter) vom 31. März 2012 begründet, weshalb von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % auszugehen sei. Auch Dr. B.____ erachte die Voraussetzungen für eine ganze Rente für klar gegeben, wie sich seinem ebenfalls beigelegten Bericht (an den Rechtsvertreter des Versicherten) vom 11. April 2012 entnehmen lasse. - Dr. I.____ hatte eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach chronischem Schmerzsyndrom, eine mittelgradige chronische Depression und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, zum ABI-Gutachten Stellung genommen und die Diagnose der Persönlichkeitsänderung anhand der einzelnen Kriterien erläutert. Dr B.____ hatte erklärt, der Versicherte leide objektiv unter der chronischen Schmerzsymptomatik und den schweren Depressionen, die ihn an einem geregelten Tagesablauf hinderten. An eine berufliche Tätigkeit sei so nicht zu denken. Unter therapeutischem Aspekt sei die Situation im letzten Herbst (somit 2011) interdisziplinär nochmals angeschaut worden (am Kantonsspital St. Gallen, Neurochirurgie und Schmerzzentrum). In der Konklusion (des seinem – Dr. B.____s - Schreiben beigelegten Berichts, welchen der Rechtsvertreter nach der Aktenlage nicht eingereicht hat) sei eine Rückkehr ins Berufsleben als nicht realistisch bezeichnet worden. Es sei eine deutliche depressive Verstimmung diagnostiziert worden, was dem H.____-Befund diametral entgegenlaufe. Er (Dr. B.____) sei mit den Folgerungen von Dr. I.____ vollumfänglich einverstanden.

B.h Der RAD hielt am 8. Mai 2012 (act. 151) unter anderem dafür, Dr. I.____ lasse ausser Acht, wie die Persönlichkeitsänderung gegenüber der prämorbidem Persönlichkeit zu beurteilen sei. Es frage sich, wie ihm bei den schlechten Verständigungsmöglichkeiten die für die schwierig zu stellende Diagnose erforderliche differenzierte Exploration gelungen sei. Eine somatoforme Schmerzstörung habe er nicht einmal differentialdiagnostisch erwogen. Eine Auseinandersetzung mit dem stark selbstlimitierenden Verhalten des Versicherten habe nicht stattgefunden. Der von Dr. E.____ mitgeteilte psychische Befund lese sich, als ob schon 2001 eine Persönlichkeitsänderung bestanden hätte. Der Bericht von Dr. I.____ sei nicht geeignet, Zweifel an den beiden Gutachten zu begründen.

B.i Mit Verfügung vom 9. Mai 2012 stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Rente des Versicherten ein ("bleibt weiterhin eingestellt") und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Im Gutachten vom Januar 2011 werde



festgestellt, dass weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit bestehe. Es sei festgehalten worden, dass lediglich syndromale Leiden als Gesundheitsschaden vorlägen. Solche seien nach den neuen gesetzlichen Bestimmungen nicht als invalidisierend zu betrachten. Es sei dem Versicherten zumutbar, sie unter Willensanstrengung zur Verwertung der Arbeitsfähigkeit zu überwinden. Der Invaliditätsgrad betrage 23 %.

C.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato für den Betroffenen am 13. Juni 2012 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei ersatzlos aufzuheben, eventuell sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In der Beschwerdeergänzung vom 10. September 2012 stellt er den Subeventualantrag, ein ergänzendes Gutachten anzuordnen. Die Begründung des (zweiten) Gutachtens sei fehlerhaft, die Diagnose wenig einleuchtend, die Beurteilung widersprüchlich. Die Beschwerdegegnerin halte an den H.____- und RAD-Berichten fest, auch wenn sie in Zweifel gezogen werden müssten. Die betroffene Gutachterstelle fertige fabrikmässig ab - eine psychiatrische Untersuchung dauere meist gerade zwanzig Minuten - und schreibe gesund. Dr. I.____ habe sich in den beigelegten Berichten vom 31. März 2012, 1. Juni 2012 und 24. August 2012 mit dem Gutachten auseinandergesetzt. Dieses taue als Beurteilungsbasis nicht. Eine Neuurteilung sei unerlässlich, vorzugsweise auf Veranlassung des Gerichts. - Dr. I.____ hatte unter anderem dargelegt, der Vergleich mit der früheren Persönlichkeit sei durch Fremdanamnesen oder indirekt (durch Vergleich mit der Lebensgeschichte) möglich. Der Beschwerdeführer sei früher gesund gewesen, habe eine Ausbildung zum Maurer absolviert, eine Familie gehabt und viele Jahre auf dem Bau gearbeitet. Daher sei der Vergleich ein Leichtes. Eine somatoforme Schmerzstörung stelle höchstens eine irrelevante Nebendiagnose dar. Ob schon 2001 eine andauernde Persönlichkeitsänderung bestanden habe, sei hypothetisch.

D.



In ihrer Beschwerdeantwort vom 4./8. Oktober 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Im Gegensatz zu behandelnden Ärzten folge das H. ___ strikt versicherungsmedizinischen Prämissen, klammere also geltend gemachte Leiden ohne Krankheitswert bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung konsequent aus. Die Einwände gegen die Institution als solche seien von vornherein nicht stichhaltig. Rechtlich erhebliche Einwände seien nur gegen einzelne Gutachter möglich. Die Vorwürfe gegen die Gutachterstelle hätten nicht erhärtet werden können. Sie gelte genauso wie die anderen Stellen als unabhängig. Das zweite Gutachten sei ausführlich abgefasst und die Schlussfolgerungen erschienen begründet. Es gebe keine Hinweise, dass die psychiatrische Exploration zu wenig lange gedauert habe. Der Bericht von Dr. I. ___ dagegen sei nicht schlüssig. Die Persönlichkeitsänderung sei nicht ausgewiesen. Beim Beschwerdeführer habe weder eine Hirnschädigung noch eine schwere psychische Erkrankung vorgelegen und in der Anamnese fänden sich auch keine Hinweise auf eine extreme oder übermässige anhaltende Belastung. Der Beschwerdeführer präsentiere seine Leiden vielmehr dramatisch, ohne dass ein entsprechendes somatisches Korrelat auszumachen sei. Es sei auf die RAD-Stellungnahme vom 8. Mai 2012 zu verweisen. Die depressive Störung sei eine reaktive Begleiterscheinung der Schmerzstörung. Die kritischen Formulierungen Dr. I. ___s widerspiegelten seine Befangenheit zugunsten des Beschwerdeführers. Sein Bericht enthalte keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben wären. Auf das zweite Gutachten könne abgestellt werden. Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle habe ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung 2001 auf die pessimistische Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abgestützt. Es spreche vieles dafür, dass sich der Gesundheitszustand nicht verbessert habe, sondern der Beschwerdeführer psychiatrisch gesehen damals bereits voll arbeitsfähig gewesen sei. Bei ihm beruhe die präsentierte Symptomatik ausgeprägt auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, was den invalidisierenden Charakter der somatoformen Schmerzstörung oder eines ähnlichen syndromalen psychischen Leidens von vornherein ausschliesse. Die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle habe dem Beschwerdeführer zu Unrecht eine psychiatrische Diagnose invalidisierender Art gestellt. Aufgrund der harmlosen Befunde wäre ohne Abklärungen klar gewesen, dass keine solche Erkrankung vorgelegen habe. Ein Rentenanspruch hätte abgewiesen werden müssen. Die ursprüngliche, rentenzusprechende Verfügung sei zweifellos



unrichtig. Bereits eine unrichtige Sachverhaltsfeststellung könnte zweifellose Unrichtigkeit bedeuten. Das Valideneinkommen 1996 betrage Fr. 55'100.--, der Tabellenlohn Fr. 53'976.--. Nach einem Leidensabzug von 10 % ergebe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 48'578.--, womit der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers 12 % ausmache. Das auf dem gebesserten Gesundheitszustand beruhende Invalideneinkommen sei unmittelbar anrechenbar, wenn keine oder lediglich eine Hilfestellung in Form einer Arbeitsvermittlung erforderlich scheine, also in der Regel, wenn die Rente noch nicht 15 Jahre lang bezogen worden und die versicherte Person noch nicht 55 Jahre alt sei. Dem Beschwerdeführer sei es aufgrund der Selbsteingliederungspflicht ohne vorgängige Eingliederungsmassnahmen (ausser Arbeitsvermittlung) zumutbar, eine Tätigkeit als Hilfsarbeiter auszuüben. - In einer Stellungnahme vom 17. September 2012 hatte der RAD darauf hingewiesen, dass im (zweiten) orthopädischen Gutachten sehr eingehend ein aggravatorisch-demonstratives Verhalten beschrieben worden sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liesse sich auch die Arbeitsunfähigkeit von 100 % als CNC-Fräser anzweifeln, da diese Tätigkeit nicht überall mit dem Tragen und Heben von schweren Lasten verbunden sei. Auch das (zweite) psychiatrische Gutachten weise auf erhebliche Inkonsistenzen hin, werde darin doch ein gepflegtes äusseres Erscheinungsbild des Beschwerdeführers beschrieben, während er sich bei Dr. I.____ in leicht verwahrlostem Zustand gezeigt habe. Die dem Gutachter gegenüber beschriebenen Aktivitäten würden keinen sozialen Rückzug in allen wesentlichen Belangen abbilden. Der Gutachter habe explizit gute Deutschkenntnisse erwähnt, was Dr. I.____ in Abrede stelle. Aus dem Umstand, dass sie zur Situation passe, könne nicht geschlossen werden, dass eine geschilderte Handlung - konkret die beiden vom Beschwerdeführer erwähnten Suizidversuche - als glaubhaft erfolgt zu beurteilen sei. Es bleibe die Frage offen, weshalb der Beschwerdeführer nicht einmal dem behandelnden Psychiater davon etwas berichtet habe. Dr. I.____ habe offenbar vom orthopädischen Gutachten keine Kenntnis genommen, denn ansonsten wäre eine Erklärung erforderlich gewesen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung sei weder 2007 noch 2011 vom H.____ und auch nicht von Dr. E.____ gestellt worden. Für die Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen fordere die DSM IV einen direkten Zusammenhang mit einem pathophysiologischen Mechanismus. Die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischen medizinischen Krankheitsfaktoren werde nicht gestellt, wenn die Veränderung auf einen psychischen oder



verhaltensmässigen Anpassungsprozess zurückgehe (etwa eine im Raum stehende Rentenänderung). Eine vorher bestehende Persönlichkeits- oder andere psychische Störung müsse ausgeschlossen sein. Für ICD-10 F 62.80 müsste die Schmerzproblematik einer chronischen Extremlast gleichzusetzen sein. Von einer feindlichen oder misstrauischen Haltung, einem chronischen Gefühl der Nervosität, einem sozialen Rückzug und Entfremdung berichte einzig Dr. I.____, wobei von den letzten beiden Faktoren nicht die Rede sein könne (Flugreise ins Heimatland 2009). Eine enttäuscht misstrauisch animose Haltung sei bei der im Raum stehenden Rentenänderung normalpsychologisch einfühlbar und eine aggravatorisch-demonstrative Verhaltensweise in der Untersuchungssituation sei nachvollziehbar. In der Befundbeschreibung von Dr. I.____ figurierten zu Unrecht psychosoziale Umstände und Interpretationen, im Übrigen handle es sich um Unterstellungen ohne Objektivierung auf plausible Konsistenz hin.

E.

Nachdem der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers am 9. November 2012 zunächst wegen einer zu erwartenden ärztlichen Stellungnahme um eine Fristerstreckung zur Erstattung der Replik ersucht hatte, hat er am 26. Februar 2013 auf eine Eingabe verzichtet.

F.

F.a Am 9. Juli 2013 hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen einen Beweisbeschluss gefasst. Von der am 12. Juli 2013 gebotenen Möglichkeit, sich zur geplanten Begutachtung (samt entsprechendem Institut) vernehmen zu lassen und allfällige Ergänzungsfragen zu den vorgesehenen Fragen anzubringen, haben die Parteien innert Frist keinen Gebrauch gemacht. - Am 5. September 2013 ist der Auftrag erteilt worden.

F.b Die MEDAS Zentralschweiz hat in ihrem Gutachten vom 27. März 2014 als Hauptdiagnosen bekanntgegeben:

- Chronifiziertes, therapierefraktäres lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links

bei Fehlstatik mit Haltunginsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung



St.Galler Gerichte

- Status nach Hemilaminektomie L5/S1 am 21.08.1997 wegen neurokompressiver, mediolinkslateraler, nach kaudal luxierter Diskushernie L5/S1

- Status nach Refenestration L5/S1 links mit Renukleotomie am 08.09.2000 wegen Diskushernienrezidiv L5/S1

- Status nach Implantation einer DCS-Stimulationssonde am 24.10.2001 mit Entfernung am 02.11.2001 wegen Ineffizienz

- Segmentdegeneration L2/3

- Osteochondrose, Spondylarthrose und Ligamenta flava-Hypertrophie sowie Diskushernie L2/3

- osteo-disko-ligamentäre deutliche Spinalkanaleinengung L2/3 mit Cauda-Zentralisierung und Aufhebung des perikaudalen Liquorraums (MRI 04.07.2013)

- Segmentdegeneration L3/4 mit Osteochondrose, beidseits aktivierte Spondylarthrose, Ligamenta flava-Hypertrophie, minimale Diskushernie L3/4 und osteo-disko-ligamentäre leichte Spinalkanaleinengung L3/4

- Segmentdegeneration L5/S1 mit Chondrose und nicht-neurokompressiver, kleiner Diskusprotrusion L5/S1

- Schmerzhaft massiv eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts bei Periarthropathia humeroscapularis tendopathica

- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- andauernde Persönlichkeitsänderung.



In einer Tätigkeit als CNC-Fräser an ziemlich vollautomatisierten Maschinen ohne körperliche Schwerarbeit und unter den umschriebenen Kautelen wäre der Beschwerdeführer zu 60 % arbeitsfähig (eingeschränkt infolge der psychiatrischen Diagnosen). In einer den Beeinträchtigungen optimal angepassten Tätigkeit, leicht bis mittelschwer, wechselbelastend, mit Berücksichtigung der erwähnten Einschränkungen, sei der Beschwerdeführer zu 60 % arbeitsfähig (ausschliesslich psychiatrisch bedingt eingeschränkt). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus der Retrospektive sei äusserst schwierig. Der MEDAS-Psychiater sei der Meinung, die Arbeitsunfähigkeit von 40 % gehe weit zurück und habe bereits 2007 und 2008 (wohl: 2011) bestanden. Inzwischen habe sich aber die somatoforme Schmerzstörung verstärkt und neu bestehe auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung. Der "behandelnde Psychiater und der Hausarzt sowie der beigezogene Dr. B.____" hätten ausserdem immer wieder intermittierende depressive Episoden festgestellt. Es sei daher gut möglich, dass interkurrent damals ein schlechterer Zustand vorgelegen habe. Aus rein somatischer Sicht weiche die Beurteilung nicht wesentlich von jener der beiden H.____-Gutachten ab: Für Schwerarbeit sei der Beschwerdeführer seit 1997 arbeitsunfähig, in einer Verweistätigkeit hingegen bestehe eine hohe Restarbeitsfähigkeit. Angemerkt wurde im MEDAS-Gutachten schliesslich noch, dass bei einer Beobachtung des Beschwerdeführers auf der Strasse auch simulatorische Tendenzen hätten festgestellt werden müssen, die gewisse Schwankungen ebenfalls erklären könnten. Es bestünden aber somatische und psychiatrische Leiden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten und nicht simuliert seien.

F.c Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat am 2. Juni 2014 um Fristerstreckung für die Vernehmlassung zum MEDAS-Gutachten ersucht, da eine veranlasste Stellungnahme eines der bisherigen Psychiater des Beschwerdeführers dazu noch ausstehe, hat in der Folge aber - wie die Beschwerdegegnerin - darauf verzichtet, sich zu äussern.

Erwägungen:

1.



Mit der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2012 hat die Beschwerdegegnerin gemäss dem Dispositiv die früher zugesprochene ganze Rente eingestellt behalten. Sie hatte die Rente zunächst mit der später gerichtlich aufgehobenen Anpassungsverfügung vom 25. März 2008 aufgehoben. Den damit verbundenen Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde betrachtete sie offenbar gemäss BGE 129 V 370 nach der Rückweisung der Sache an sie auch für den Zeitraum des weiteren Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung als andauernd. Diese angefochtene Verfügung wurde als Ergebnis einer Überprüfung infolge der IV-Revision 6a, Schlussbestimmung, begründet. Syndromale Leiden seien nicht invalidisierend. Gemäss der Beschwerdeantwort wird die ursprüngliche, rentenzusprechende Verfügung vom 14. Dezember 2001 allerdings als zweifellos unrichtig betrachtet und in Wiedererwägung gezogen. Es habe richtigerweise ursprünglich kein Rentenanspruch bestanden und es bestehe weiterhin keiner. Schon die oben erwähnte Anpassungsverfügung vom 25. März 2008 hatte die Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen beantragt. - Verfügungsverfügungen sind nach der Rechtsprechung nicht nach ihrem Wortlaut zu verstehen, sondern es ist - vorbehältlich der Problematik des Vertrauensschutzes - nach ihrem tatsächlichen rechtlichen Gehalt zu fragen (BGE 132 V 76). Mit Blick auf das vorgängige Verwaltungsverfahren und auf den Standpunkt der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort ist davon auszugehen, dass (entgegen der Verfügungsbegründung) eine wiedererwägungsweise Aufhebung der ursprünglichen, rentenzusprechenden Verfügung mit einer Aufhebung der Rentenleistung auf den ehemals nach Anpassungsnorm (Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV) festgesetzten Zeitpunkt vom 30. April 2008 hin verfügt wurde.

2.

2.1 Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung fällt nur in Betracht, wenn es um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung geht. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar. Zurückhaltung ist bei der Annahme



zweifelloser Unrichtigkeit stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigung und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtspraxis vertretbare Beurteilung der (invaliditätsmässigen) Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 30. Oktober 2012, 9C_396/12; vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S Q. vom 17. August 2009, 8C_1012/08).

2.2 Die Beschwerdegegnerin bringt vor, die Sozialpsychiatrische Beratungsstelle habe ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung 2001 auf die pessimistische Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abgestützt. Eine somatoforme Schmerzstörung (oder ein ähnliches Leiden) ohne zusätzliche schwere psychiatrische Komorbidität verursache (wie schon nach damaliger Rechtsprechung) keine Invalidität. Angesichts der im Bericht festgehaltenen harmlosen Befunde sei klar, dass (schon) damals keine invalidisierende psychische Erkrankung vorgelegen habe.

2.3 Bei der Zusprechung der ganzen Rente am 14. Dezember 2001 (nach der Umschulung bis Sommer 2000 und der Refenestration L5/S1 links mit Renukleotomie im September 2000 bei Discushernienrezidiv L5/S1) war die Beschwerdegegnerin von einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen. Ihr hatte etwa ein Arztbericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 23. April 2001 vorgelegen, wonach er aus neurochirurgischer Sicht für angepasste Tätigkeiten als zu 50 % arbeitsfähig zu betrachten sei. Die Klinik G.____ hatte im Übrigen am 4. Mai 2001 berichtet, das Kernspintomogramm vom November 2000 habe eine massive Vernarbung im lumbosacralen Bewegungssegment auf der linken Seite gezeigt, welche die Wurzel, laterale Aspekte des Duralsackes, Reste des Lig. flavum und Bandscheibenfläche miteinbeziehe. Eine Revision L5/S1 sei aber nicht zu empfehlen. Einem Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 28. August 2001 (act. 55-4 f.) war zu entnehmen gewesen, dass es unter der durchgeführten Schmerztherapie zu keiner Linderung gekommen sei und Nebenwirkungen aufgetreten seien. Vorgesehen sei nun eine Wurzelinfiltration S1. Im Februar 2001 war eine psychiatrische Behandlung aufgenommen worden. Der behandelnde Psychiater (Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Dr. E.____) hatte den Beschwerdeführer gemäss



dem Bericht vom 6. Juli 2001 aufgrund einer undifferenzierten Somatisierungsstörung für voll arbeitsunfähig gehalten. Dr. B.____ hatte am 8. Juni 2001 von der Einschätzung der 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit durch die Klinik für Neurochirurgie berichtet und dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es bestehe nämlich aufgrund der Gesamtsituation ferner eine reaktive Depression. Der Beschwerdeführer sei deswegen in Behandlung bei Dr. E.____, der eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt habe. Am 28. September 2001 hatte Dr. B.____ bekannt gegeben, trotz intensiver psychiatrischer Behandlung einschliesslich Psychopharmaka- und Schmerztherapie habe sich keine wesentliche Änderung der Beschwerden eingestellt. Zurzeit sei aufgrund der Rückenbeschwerden und der psychischen Diagnosen nicht mit einem Wiederaufleben der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Aufgrund der Rückensituation könnten allenfalls leichtere Tätigkeiten wieder auszuüben versucht werden. - Was den psychischen Aspekt im Besonderen betrifft, hatte Dr. B.____ beim Beschwerdeführer wie erwähnt eine reaktive Depression festgestellt. Dr. E.____ hatte berichtet, der Beschwerdeführer sei depressiv, klagsam und in einem Zustand der Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit gewesen und habe Insuffizienzgefühle gehabt. Eine antidepressive Medikation habe eine leichte Stabilisierung, aber keine namhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bewirkt. Die Klinik für Neurochirurgie hatte sich am 28. August 2001 veranlasst gesehen, beim Befund eine subdepressive Stimmungslage des Beschwerdeführers zu erwähnen. In Anbetracht dieser Sachlage, namentlich der Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung und der hausärztlich und fachärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit, kann von einer zweifellosen Unrichtigkeit einer Verfügung, welche damals auf eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers abstellte, nicht gesprochen werden. Die Annahme, die depressive Störung sei zur damaligen Zeit lediglich eine reaktive Begleiterscheinung einer Schmerzstörung (ohne relevantes somatisches Substrat) gewesen und hätte daher bei der Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit ausser Betracht fallen müssen, lässt sich nicht rechtfertigen. Selbst wenn im Übrigen die Diagnose einer Somatisierungsstörung ursprünglich unzutreffend gewesen sein sollte - Dr. E.____ schloss sich am 5. Februar 2009 nur, aber immerhin für den Sachverhalt 2009 der Diagnose des ersten H.____-Gutachtens an (vgl. act. 124-2) -, war der Beschwerdeführer doch damals aufgrund der erwähnten fachärztlich erhobenen Befunde arbeitsunfähig geschrieben worden. Wenn im zweiten H.____-Gutachten 2011 dafürgehalten wird, (auch) retrospektiv könne keine Einschränkung der



Arbeitsfähigkeit attestiert werden, da neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden könne, genügt das deshalb - unabhängig vom Mangel an Beweiswert des Gutachtens von 2011 für seinen Begutachtungszeitpunkt (vgl. unten E. 5.3) - nicht, die ursprüngliche Verfügung als offensichtlich unrichtig erscheinen zu lassen. Der Einschätzung, die sich auf einen Sachverhalt aus einer bereits immerhin neun Jahre zurückliegenden Zeit bezieht, stehen die damaligen ärztlichen Berichte entgegen.

2.4 Die Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung gemäss (dem nach Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 14. Dezember 2001 ergangenen Entscheid) BGE 130 V 352 (dazu unten E. 3) bildet für sich allein (ausserhalb der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a; nicht nur keinen Anpassungsgrund, sondern auch) keinen Anlass für eine wiedererwägungsweise Abänderung einer Rentenverfügung (so BGE 135 V 201 E. 5.2, Bundesgerichtsentscheide 9C_736/08 und I 138/07).

2.5 Eine Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) der ursprünglichen, rentenzusprechenden Verfügung ist demnach nicht gerechtfertigt.

3.

Invalidität kann unter anderem Folge von Krankheit sein (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG). Krankheit ist jede Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Art. 2 Abs. 1 ATSG). Es ist festzustellen, ob eine versicherte Person infolge ihres Gesundheitsschadens erwerbstätig sein kann und gegebenenfalls welche Tätigkeit ihr in welchem Masse zugemutet werden darf (vgl. BGE 102 V 165). In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten genügen dementsprechend die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Invalidität allein nicht; vielmehr muss verlangt werden, dass die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 352 E. 2.2.2). Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens mit Krankheitswert ist



jedoch aus rechtlicher Sicht zwar Voraussetzung, aber nicht auch schon hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes genügt (selbst) die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit der Schmerzsymptomatik allein für eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsbegründung nicht (BGE 130 V 352 E. 2.2.4). Der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie obliegt im Rahmen der - naturgemäss mit Ermessenszügen behafteten - ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit die Aufgabe aufzuzeigen, ob und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4). - Eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung vermag nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts schliesslich in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 4 Abs. 1 IVG zu bewirken (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt danach das Vorliegen einer mitwirkenden, ausgewiesenen psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; vgl. BGE 137 V 64 E. 4.1, Bundesgerichtsentscheid vom 8. April 2013, 8C_651/12). Diese Rechtsprechung wurde gemäss BGE 136 V 279 E. 3.2.3 auf sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage ausgedehnt. - Soweit allerdings ein verselbständigter Gesundheitsschaden im



Rechtssinn gegeben ist, ist für dessen Anspruchserheblichkeit nicht bedeutsam, ob soziale Umstände bei seiner Entstehung eine massgebende Rolle spielten (BGE 139 V 547 E. 3.2.2).

4.

Die Beschwerdegegnerin hatte sich wie erwähnt in der Begründung der angefochtenen Verfügung noch auf ein Verfahren nach lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (IV-Revision 6a, in Kraft seit dem 1. Januar 2012) bezogen, wonach Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft und, wenn die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt sind, herabgesetzt oder aufgehoben werden, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG (erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads) nicht erfüllt sind (Abs. 1). Gemäss BGE 140 V 15 E. 5.3.4.1 f. hat der Gesetzgeber damit für Invalidenrenten, die aufgrund medizinisch diffuser Beschwerdebilder gesprochen wurden, eine voraussetzungslose Neuprüfung bei gleich gebliebenem Sachverhalt eingeführt, allerdings einzig in Bezug auf diese gegebenenfalls von erklärbaren Beschwerden diagnostisch unterscheidbaren und bezüglich der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit von ihnen exakt abgrenzbaren (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 16. Mai 2014, 8C_74/14, und vom 8. Juli 2014, 8C_34/14) unklaren Beschwerden. Von einer ursprünglichen Rentenzusprechung aufgrund einer solchen Situation kann vorliegend nicht ausgegangen werden. Selbst wenn die Schlussbestimmung aber zur Anwendung gelangte, wäre eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente für die Zukunft nur dann zulässig, wenn der Invaliditätsgrad im betreffenden Zeitpunkt eine solche Anpassung verlangte. Denn der Gesetzgeber hat in dieser Bestimmung keine Korrektur ex tunc, sondern eine Anpassung ex nunc vorgesehen.

5.

5.1 Die Aufhebung der Rente soll gemäss der angefochtenen Verfügung wie erwähnt auf den Wirkungszeitpunkt der ehemaligen Anpassungsverfügung vom 25. März 2008 (d.h. auf das Ende des deren Zustellung folgenden Monats, also den 30. April 2008) hin



erfolgen. Es fragt sich daher des Weiteren, ob ein Anpassungstatbestand vorliegt, der ein solches Dispositiv rechtfertigt.

5.2 Im Anpassungsverfahren von 2006 hatten sich Anhaltspunkte dafür gezeigt, dass sich der medizinische (psychiatrische) Sachverhalt im Zeitablauf verändert haben könnte. Im Gutachten vom Dezember 2007 war festgehalten worden, es habe sich seit 2001 eine erhebliche Verbesserung aus psychiatrischer Sicht eingestellt. Die beschriebenen Befunde deuteten denn auch auf eine gewisse Verbesserung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers in diesem Vergleichszeitraum hin. Denn es waren danach keine Hinweise auf eine depressive Erkrankung oder auf unbewusste Konflikte gefunden worden. Vegetative Symptome seien nicht erkennbar gewesen. Der Beschwerdeführer reagiere auf seine Krankheit und den Verlust seiner Leistungsfähigkeit durchaus dynamisch, aber falsch kanalisiert. - Dass allerdings unter psychiatrischem Gesichtspunkt keine Arbeitsunfähigkeit vorliege, wie das Gutachten vom Dezember 2007 schloss, konnte und kann nicht ohne weiteres als überwiegend wahrscheinlich betrachtet werden. In somatischer Hinsicht war zudem interdisziplinär von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % für leichte adaptierte Tätigkeiten ausgegangen worden, obwohl rheumatologisch keine Arbeitsfähigkeit von 80 % angegeben, sondern lediglich für leichte bis mittelschwere adaptierte Tätigkeiten eine solche von 50 % bescheinigt worden war und dabei bezüglich der Einschränkungen von Seiten des Bewegungsapparates eine gute Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. B.____ (50 % Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers als Fräser) beschrieben worden war. Aus diesen Gründen hat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Sache denn auch mit Entscheid vom 22. Februar 2010 zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

5.3

5.3.1 Mit dem zweiten H.____-Gutachten von 2011 wurden die damals bezeichneten Unklarheiten nicht beseitigt.

5.3.2 Es gelangte zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in adaptierter Tätigkeit voll arbeitsfähig. Im Vergleich zur ersten Begutachtung habe die klinische Untersuchung eine noch grössere Selbstlimitation gezeigt, während die objektivierbaren Befunde (der



Wirbelsäule) ähnlich seien. Die Schulterproblematik rechts sei erst nach der ersten Begutachtung [von 2007] aufgetreten. Offenbar habe bereits bei der Berichterstattung durch Dr. med. J.____ vom 21. September 2009 (erwähnt im Gutachten, S. 25 f.) eine deutliche Diskrepanz zwischen den Beschwerdeangaben und den objektivierbaren Befunden bestanden, was sich mittlerweile noch verstärkt habe. Trotz gewisser struktureller Alterationen bestehe insgesamt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Schilderungen und den Befunden sowie den Schmerzäusserungen. Schon vor Jahren sei auf ein inadäquates Schmerzverhalten des Beschwerdeführers hingewiesen worden. - Obwohl die Wirbelsäulensituation als ähnlich eingeschätzt wurde und ein Schulterleiden dazugekommen ist, gelangte der orthopädische H.____-Gutachter unter Hinweis auf die vergleichsweise grössere Selbstlimitierung zur Einschätzung einer höheren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als das Vorgutachten. Bezüglich der Schulterproblematik wurde zwar plausibel dargelegt, sie bringe einzig qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mit sich, doch liegen damit dennoch unterschiedliche Beurteilungen vor, deren Differenz sich nicht (bzw. nicht anders als durch zwei abweichende medizinische Einschätzungen) erklären lässt. Bei insgesamt im Wesentlichen (namentlich bezüglich der Wirbelsäule, bei später zusätzlichem Schulterleiden) unveränderten somatischen Befunden schätzte das erste H.____-Gutachten die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in leichten bis mittelschweren adaptierten Tätigkeiten und als CNC-Fräser mit 50 % (wie Dr. B.____) ein, jene in leichten adaptierten Tätigkeiten gemäss Gesamtbeurteilung mit 20 %, das zweite H.____-Gutachten aber jene als CNC-Fräser mit neu sogar 100 %, diejenige in leichter adaptierter Arbeit dagegen mit null. Auch bei Berücksichtigen einer als Begründung angegebenen Selbstlimitierung des Beschwerdeführers erscheint auch diese H.____-Beurteilung von 2011 für sich (in somatischer Hinsicht) wiederum nicht ohne weiteres nachvollziehbar.

5.3.3 Bei der zweiten psychiatrischen gutachterlichen Befunderhebung durch das H.____ wurde angegeben, es hätten sich keine Hinweise auf Aggressivität, Suizidalität, mangelnde Affektsteuerung oder fehlende Impulskontrolle gezeigt (act. 135-17). Bei der Beurteilung (act. 135-18) wurde indessen - in gewissem Gegensatz dazu - dargelegt, der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter wirtschaftlichen Schwierigkeiten, er sei gereizt und habe keine Tagesstruktur. Zunehmend sei es zu Spannungen und Streit in der Familie gekommen und der Beschwerdeführer habe (wegen deren durch die



Situation bewirkter psychischer Belastung) Schuldgefühle. Seit längerer Zeit bestünden also erhebliche psychosoziale und emotionale Belastungen, so dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne. In deren Rahmen leide der Beschwerdeführer auch unter depressiven Verstimmungen. Er fühle sich minderwertig, beklage einen Lebensverleider und erwähne zwei Suizidversuche (deren Stattfinden der H.____-Gutachter allerdings bezweifelte). Sein Verhalten sei "etwas demonstrativ". Wie der Begründung zum Ausschluss der Diagnose einer Somatisierungsstörung zu entnehmen ist (act. 135-18), bestanden kein diffuses Beschwerdebild und kein andauernder Wechsel der geklagten Beschwerden. Vorherrschend seien Klagen über Schmerzen am Bewegungsapparat. - Diesbezüglich erscheint das Gutachten ungenügend nachvollziehbar. Auch wenn es sich bei einem das körperliche Leiden übersteigenden Beschwerdebild um eine somatoforme Schmerzstörung handelt, lässt sich zudem eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht von vornherein ausschliessen. Im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Februar 2010 war im Übrigen (für den Sachverhalt zurzeit der damals beurteilten Begutachtung 2007 noch) angenommen worden, es liege keine reine Schmerzsymptomatik bei weitgehendem Fehlen eines somatischen Befundes vor, auf welche die genannte Rechtsprechung zur Anwendung gelangen würde.

5.3.4 Bei der Auseinandersetzung mit den von der Rechtsprechung herangezogenen Foerster'schen Kriterien wurde im zweiten H.____-Gutachten des Weiteren unter anderem nochmals dargelegt, ausser der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei keine weitere psychiatrische Diagnose zu stellen. Hinweise auf mittelgradige oder schwere depressive Störungen seien beim Beschwerdeführer nicht vorhanden. Dieser Auffassung widersprachen Dr. I.____ und Dr. B.____ in ihren Berichten vom März 2012 und vom April 2012. Dr. I.____ hat eine Persönlichkeitsänderung und eine mittelgradige chronische Depression diagnostiziert, Dr. B.____ von schweren Depressionen berichtet. Letzterer legte dar, auch am Kantonsspital sei eine deutliche depressive Verstimmung diagnostiziert worden. Der entsprechende Bericht ist nicht aktenkundig. Schon zurzeit der Rentenzusprechung war von hausärztlicher Seite von einer Depression berichtet worden, im November 2006 von einer depressiven Reaktion. Gemäss der Befundschilderung des Spezialarztes Dr. E.____ war im Februar 2009 von einer depressiven Episode (Diagnose) bzw. einer Depression (Begründung; vgl. act. 124-2) auszugehen gewesen. - Diese Anhaltspunkte für über Jahre hinweg andauernde



depressive Verstimmungen, depressive Störungen oder eine Depression begründen gewisse Zweifel daran, dass es sich nicht um eine eigenständige depressive Erkrankung, sondern lediglich um Verstimmungen im Rahmen der Schmerzstörung handle. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass der Serumspiegel für Amitriptylin und Nortriptylin im Therapiebereich, derjenige für Fluoxetin und Norfluoxetin bei der H.____-Begutachtung rund einen Drittel darunter lag, was immerhin einen Anhaltspunkt für eine entsprechende therapeutische Einflussnahme darstellt.

5.3.5 Dass dem Beschwerdeführer zumutbar sei, die nötige Willensanstrengung zu einer ganztägigen beruflichen Tätigkeit aufzubringen, wurde ferner im zweiten H.____- Gutachten daraus geschlossen, dass schwere lebensgeschichtliche Belastungen nicht bestünden. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge zudem wesentlich mit der mangelnden Motivation des Beschwerdeführers aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung zusammen (act. 135-19). Jedenfalls aber sind sie als gescheitert zu betrachten. Es wurde ausserdem argumentiert, beim Beschwerdeführer beruhe die präsentierte Symptomatik ausgeprägt auf einer Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, was den invalidisierenden Charakter der somatoformen Schmerzstörung oder eines ähnlichen syndromalen psychischen Leidens von vornherein ausschliesse. Diesbezüglich ist immerhin darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer noch im Oktober 1998 (gemäss act. 17-2) nach einer dreimonatigen beruflichen Abklärung als zuverlässiger, ordnungsbewusster "Chrampfer" mit realistischer Selbsteinschätzung beschrieben worden war, der einen guten Einsatz und Willen zeige. Gemäss act. 18-1 war er bei der Arbeit sorgfältig, pünktlich, vorbildlich bezüglich Einhaltung von Vorschriften und Weisungen und ausdauernd. Er lasse sich kaum ablenken und sei psychisch recht belastbar. Es fragt sich, ob sich in dieser Hinsicht über die Jahre hinweg eine Veränderung eingestellt habe und gegebenenfalls, ob es sich um eine Veränderung handle, wie sie Dr. I.____ mit der anhaltenden Persönlichkeitsänderung beschrieben hat, so dass wiederum die Arbeitsfähigkeit tangiert wurde. Dr. B.____ hatte immerhin bereits im November 2006 nicht nur von einer zunehmenden Regression und Passivität und einer starken Fixierung des Beschwerdeführers auf das Krankheitsbild berichtet, sondern auch festgehalten, dieser sei unfähig, sich davon zu distanzieren. Damit hat er - auch wenn nicht Facharzt der Psychiatrie - sich ausdrücklich mit der Frage der Überwindbarkeit auseinandergesetzt. Wenn der RAD sich auf den Standpunkt stellte, die enttäuscht-



misstrauische Haltung sei normalpsychologisch einfühlbar, so war das im Übrigen kein Grund, diesen - somit anerkanntermassen vorliegenden - Faktor bei der Würdigung ausser Betracht zu lassen.

6.

6.1 Anhand der MEDAS-Gerichtsbegutachtung lässt sich der Sachverhalt nun mit ausreichender (d.h. überwiegender) Wahrscheinlichkeit feststellen:

6.1.1 Das rheumatologische MEDAS-Konsilium basiert auf einer Kenntnisnahme von den Akten und den aktuellen bildgebenden Untersuchungsergebnissen, einer Anamneseerhebung sowie der rheumatologischen Untersuchung (so weit möglich, vgl. S. 11. f.). Es ist insgesamt nachvollziehbar begründet. Auch die Schulterbeschwerden sind berücksichtigt. Grundsätzlich kann darauf abgestellt werden.

6.1.2 Gemäss seinem Bericht über das rheumatologische Konsilium vom 6. November 2013 teilt der begutachtende Rheumatologe aufgrund der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat die Auffassung des im Jahr 2011 gutachterlich tätig gewesenen Rheumatologen des H.____, nämlich dass der Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit für eine zumeist leichte bis mittelschwere Arbeit ohne rückenbelastende Arbeitspositionen (wie - falls zutreffend - als CNC-Fräser) nicht eingeschränkt sei. Die (auf 50 % lautende) Arbeitsfähigkeitsschätzung des im Jahr 2007 begutachtenden Rheumatologen hingegen hält er für nicht hinreichend begründet, da sie sich möglicherweise vor allem auf die Beschwerdeebene bezogen habe (S. 15). Er geht offenbar davon aus, dass schon im Jahr 2007 derselbe Sachverhalt vorlag wie 2011 und bei seiner eigenen Begutachtung 2013 und dass der damalige Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gar keine Stellung genommen habe (vgl. S. 13).

6.1.3 Wie im MEDAS-Gutachten selber (dort in Bezug auf den psychiatrischen Aspekt) zu Recht festgehalten, sind retrospektive Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit schwierig. Der ältere Sachverhalt kann vom Gutachter nicht mehr anders als über die Beschreibung der Vorgutachter (und weiterer sich mit dem damaligen Sachverhalt befassender Akten) zur Kenntnis genommen werden, was zu berücksichtigen ist und



eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung bedingt. Ausgeschlossen ist eine retrospektive Beurteilung aber nicht; ihr Ergebnis ist lediglich im Rahmen der Beweiswürdigung entsprechend zu bewerten (so schon oben E. 2.3). Vorliegend ist das Gerichtsgutachten gerade zur Klärung der in den beiden früheren Gutachten von 2007 und 2011 offen gebliebenen Aspekte in Auftrag gegeben worden.

6.1.4 Aus dem rheumatologischen Konsilium allein ist zu schliessen, dass bereits 2007 somatisch betrachtet für eine adaptierte Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen habe, im Gesamtgutachten wurde aber festgehalten, die Beurteilung weiche diesbezüglich nicht wesentlich von den früheren beiden Gutachten ab (es bestehe eine "hohe Restarbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit"). Bei diesen Gegebenheiten erscheint die (in Auslegung des damaligen H.____- und des MEDAS-Gesamtgutachtens getroffene) Annahme gerechtfertigt, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2007 für eine adaptierte Tätigkeit aus allein rheumatologischen Gründen zu 20 % arbeitsunfähig gewesen ist. Die Arbeitsunfähigkeit von 50 % für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ist nach rückblickender gutachterlicher Auffassung der MEDAS, welcher gefolgt werden kann, dagegen als zu hoch zu betrachten. Es ist im Übrigen auch nicht ausgeschlossen, dass der 2007 rheumatologisch Begutachtende im Rahmen der polydisziplinären Gesamtbeurteilung von seinem Einzelstandpunkt einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in Bezug auf ausschliesslich leichte Tätigkeiten etwas (bis auf 20 %) abgerückt ist. Selbst wenn aber davon auszugehen wäre, dass damals (2007) somatisch gar keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit bestanden hatte, ergäbe sich infolge der Berücksichtigung auch des psychiatrischen Gesundheitszustands (siehe unten) kein relevanter Unterschied. Dasselbe gilt für den Sachverhalt von 2011. Die gutachterliche Einschätzung von 2011, wonach der Beschwerdeführer als CNC-Fräser gar voll arbeitsunfähig gewesen sei, mag sich im Übrigen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit daraus erklären, dass die Gutachter von einem anderen (anspruchsvolleren) Arbeitsprofil ausgegangen sein dürften (der MEDAS-Gutachter hat allerdings irrtümlich angenommen, es sei im Jahr 2011 eine volle Arbeitsfähigkeit als CNC-Fräser bescheinigt worden).

6.2



6.2.1 Die psychiatrische MEDAS-Begutachtung erfolgte ebenfalls in Kenntnis der Vorakten (einschliesslich der bereits erstellten Akten der früheren Begutachtungen). Es wurden die geklagten Beschwerden und unter anderem Angaben zum Tagesablauf erfragt und die Befunde erhoben. Die Abklärung erscheint umfassend und es zeigt sich kein Grund für einen grundsätzlichen Vorbehalt.

6.2.2 Im Bericht über die psychiatrische MEDAS-Teilbegutachtung vom 21. November 2013 wurden als Diagnosen eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Präzisierung zur Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung benannt (S. 19). Der psychiatrisch Begutachtende gelangte zum Ergebnis, im Jahr 2001, nach Abschluss der Umschulung, habe die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers noch ca. 70 % betragen. Später habe sich der psychische Zustand verschlechtert und das psychophysische Leiden habe sich chronifiziert, weshalb seit 2007 nur noch die zur Begutachtungszeit festgestellte Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Diese Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer der körperlichen Belastbarkeit angepassten Tätigkeit werde medizinisch-theoretisch auf 60 % geschätzt.

6.2.3 Den erhobenen klinischen Befund schildert der Psychiater der MEDAS im Einzelnen so, dass das Denken des Beschwerdeführers formal verlangsamt sei und die affektive Schwingungsfähigkeit und affektive Resonanz vermindert seien. Der Beschwerdeführer mache einen "abgelöschten" Eindruck und nehme die Umwelt kaum wahr. Die Grundstimmung sei depressiv. Es seien Persönlichkeitsanteile wie eine gute Leistungsbereitschaft, Aggressionshemmung, Konfliktvermeidung, ein hohes Unabhängigkeitsbedürfnis und eine Dyslexiethymie explorierbar gewesen (S. 8 f.). Hauptbefund im klinischen Untersuch seien die Depressivität und die Diskrepanz zwischen dem Schmerzerleben und dem beobachtbaren Verhalten gewesen. Die Schmerzphysiologie sei nicht spürbar. Die Affektivität sei sehr auffällig, die affektive Schwingungsfähigkeit und die affektive Resonanz seien vermindert gewesen. Mimik und Gestik seien (anders als bei der Vorbegutachtung) nicht unauffällig gewesen (die Mimik starr). Im Unterschied zum Vorgutachten (2011, damaliger Standpunkt nach seiner Meinung nicht plausibilisiert) seien auch ein Rückzugsverhalten und Suizidgedanken explorierbar gewesen (S. 10 f.).



6.2.4 Die Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar begründet: Weil er (wie der Vorgutachter 2011) das Schmerzverhalten als auffällig erlebte und eine Diskrepanz zwischen subjektivem Schmerzerleben und beobachtbarem Verhalten feststellte (der Beschwerdeführer habe trotz angegebener hoher Schmerzintensität phasenweise mehr als 40 Minuten lang ohne averbale Schmerzäusserung auf dem Stuhl gesessen und habe nie einen schmerzerfüllt leidenden Eindruck gemacht), prüfte der MEDAS-Gutachter (anhand von bezeichneten "Foerster'schen Kriterien"), ob eine Aggravation oder Simulation vorliege und bejahte Aggravation (S. 14). Nach Auseinandersetzung mit den vom Gutachter (auf S. 15) aufgelisteten Foerster'schen Kriterien zur Abklärung der Zumutbarkeit einer Willensanspannung zur Überwindung der Schmerzen, von denen er die Hälfte als teilweise erfüllt, zwei als erfüllt und zwei als nicht erfüllt betrachtete, gelangte der MEDAS-Gutachter zum Schluss, eine solche Willensanspannung sei dem Beschwerdeführer 2007 nur noch teilweise zumutbar gewesen; es habe nach den Kriterien bereits damals eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Voraussetzungen für die Anerkennung einer chronischen Schmerzkrankheit erfülle der Beschwerdeführer nicht in allen Belangen. Nach den Kriterien sei weder eine volle Arbeitsunfähigkeit noch eine volle Arbeitsfähigkeit begründbar. Beim Beschwerdeführer bestehe eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur, die bis 1998 nie krankheitswertig und von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewesen sei. Danach sei sie teilweise krankheitswirksam gewesen (S. 15 f.). Aufgrund der verminderten mentalen Belastbarkeit und bedingt durch die mangelnden intellektuellen Ressourcen sei der Beschwerdeführer in der Leistungsfähigkeit (als Fräser) beeinträchtigt gewesen (S. 17). Die Somatisierungsstörung, wie sie 2001 diagnostiziert worden sei, habe sich bis spätestens 2007 chronifiziert. Der erstbehandelnde Psychiater habe die depressive Symptomatik wohl als reaktiv, als Folge der Schmerzen, beurteilt. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer schon 2001 aufgrund der Schmerzen und der verminderten psychischen Belastbarkeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei; die (damalige) Restarbeitsfähigkeit sei auf 70 % zu schätzen. Durch die gescheiterte Wiederintegration in den ersten Arbeitsmarkt sei die Schmerzstörung krankheitswirksam geworden. Die Willensanspannung zur Überwindung der Schmerzen sei dem Beschwerdeführer damals gemäss den Foerster'schen Kriterien nur noch teilweise zumutbar gewesen. Inzwischen habe sich das Leiden in Form einer



andauernden Persönlichkeitsänderung chronifiziert (S. 18). Durch die psychosomatische Persönlichkeitsstruktur allein sei die eingetretene Persönlichkeitsänderung jedoch nicht zu erklären. Bei der Genese hätten krankheitsfremde Faktoren eine Rolle gespielt (kognitive Beeinträchtigungen, gescheiterte Wiederintegrationsmassnahmen der IV, schlechte Integration und Sprachfertigkeit, psychogene und iatrogene Faktoren, psychosoziale Stressoren, soziokulturelle Faktoren). Zurzeit strahle der Beschwerdeführer keine Motivationsbereitschaft zu einer Änderung am Zustand aus (S. 16 f.). Der Einfluss der krankheitswertigen Faktoren bei der Chronifizierung werde auf 10 % geschätzt. Der Beschwerdeführer sei in der Physiologie der Hilflosigkeit hoch assoziiert und deshalb in der aktuellen psychophysischen Verfassung, die durch eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht beeinflussbar sei, keinem Arbeitgeber zumutbar (S. 17). Zur Zeit der Begutachtung 2007 und bis anhin habe die krankheitswertige Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung der andauernden Persönlichkeitsänderung schätzungsweise 60 % (recte: 40 %; vgl. S. 19) betragen (S. 18).

6.2.5 Diese Ausführungen zeigen, dass der Gutachter der Psychiatrie sich mit dem medizinischen Sachverhalt eingehend - auch unter dem Blickwinkel der von der Rechtsprechung postulierten Kriterien - auseinandergesetzt hat. Er hat begründet, weshalb dem Beschwerdeführer bereits ab 2007 eine Arbeitsfähigkeit medizinisch nur noch teilweise zugemutet werden konnte und kann. Wenn er in diesem Zusammenhang schreibt, die Willensanspannung sei nur noch teilweise zumutbar gewesen, so bedeutet das trotz entsprechender Formulierung wohl nicht, dass die Willensanstrengung aufgeteilt worden wäre, denn das ist nicht möglich (vgl. dazu die Bundesgerichtsentscheide i/S S. vom 24. April 2014, 9C_468/13 E. 4.2, i/S D. vom 11. März 2014, 8C_842/13 E. 5.1, und i/S U. vom 20. März 2012, 9C_710/2011 E. 4.4). Vielmehr ist davon auszugehen, dass sie (ganz) für zumutbar gehalten wird, dass aber nach gutachterlicher Beurteilung dennoch eine (unüberwindbare) Arbeitsunfähigkeit (von 40 %) verbleibt (so das im Gutachten beschriebene Ergebnis, S. 35 f.).

6.2.6 Es lässt sich festhalten, dass gemäss dem MEDAS-Gutachten mit der andauernden Persönlichkeitsänderung, die sich seit 2001 entwickelte, eine psychiatrische Komorbidität (zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. der



chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) vorliegt. Mit der gutachterlichen Feststellung kann die unterschiedliche Beurteilung in diagnostischer Hinsicht zwischen Dr. I.____ und dem RAD als ausgeräumt betrachtet werden. Gemäss dem MEDAS-Psychiater besteht des Weiteren eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur. Der Beschwerdeführer leidet ausserdem an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom links mit diversen Beeinträchtigungen der lumbalen bzw. lumbosakralen Wirbelsäule (wie namentlich auch das MRI von 2013 zeigte) und hatte 1997 und 2000 operiert werden müssen. Eine Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeit hält unbestrittenermassen an. Nach dem oben Dargelegten ist davon auszugehen, dass körperliche Leiden den Beschwerdeführer noch bis 2007, das heisst während ca. zehn Jahren, - wenn auch schliesslich nur noch geringfügig - in seiner Arbeitsfähigkeit selbst in adaptierter Tätigkeit einschränkten. Nach Angaben des Gutachters ist es im Verlauf der Erkrankung auch zu einem Rückzug und Verlust von persönlichen Interessen gekommen. Der Gutachter der Psychiatrie hat wie erwähnt dargelegt, die Kriterien rechtfertigten weder die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit noch einer vollen Arbeitsunfähigkeit. Er und die Gutachter im Gremium sind insgesamt zum Ergebnis gelangt, dass der Beschwerdeführer mit seinen Ressourcen lediglich (aber immerhin) eine Teilarbeitsfähigkeit von 60 % erreicht. Sie haben dabei dem Umstand Rechnung getragen, dass sie bei der Begutachtung viele Inkonsistenzen und Aggravationen bis hin zu wohl einzelnen Simulationen festgestellt haben (Gesamtgutachten S. 30). Aus dem Umstand, dass eine versicherte Person ihr Leiden aggraviert und demonstriert, lässt sich denn auch nicht ableiten, dass überhaupt keine rechtlich massgebliche Gesundheitsschädigung sollte vorliegen können. Abschliessend wurde im MEDAS-Gutachten ausdrücklich festgehalten, dass somatische und psychiatrische Diagnosen vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten (S. 36). Aufgrund einer retrospektiven Einschätzung sei demnach anzunehmen, dass die Arbeitsunfähigkeit von 40 % bereits bei den ersten beiden Begutachtungen [2007 und 2011] bestanden hat (S. 35).

6.3 Es rechtfertigt sich zusammenfassend, auf das polydisziplinäre Ergebnis der MEDAS-Begutachtung abzustellen und davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer den umschriebenen Voraussetzungen (S. 34 Ziff. 2) entsprechenden Tätigkeit bei der Begutachtung 2013 zu 40 % arbeitsunfähig war. Auch für die retrospektive Beurteilung des Sachverhalts im Jahr 2007 und im Jahr 2011



kann dem MEDAS-Gutachten ausreichender Beweiswert zugemessen werden. Die MEDAS-Gutachter nahmen zu Recht an, es habe zwischenzeitlich (seit der Begutachtung von 2007) keine Veränderung im Zeitablauf mehr stattgefunden.

7.

Damit ergibt sich, dass nach Erlass der ursprünglichen Verfügung eine im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Verbesserung der gesundheitlichen Situation (zu datieren auf den Zeitpunkt der Begutachtung von 2007, also auf September 2007) eingetreten ist, welche durch eine Anpassung zu berücksichtigen ist.

8.

8.1 Für die Bemessung des Invaliditätsgrads wird nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S. K. vom 23. März 2009, 8C_515/2008). - Wie der Arbeitgeberbescheinigung (IV-act. 6) zu entnehmen ist, hat der Beschwerdeführer in den Jahren 1995 bis 1997 Fr. 50'218.--, Fr. 55'100.-- und Fr. 45'597.-- verdient, im Jahr vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung (1996) also Fr. 55'100.--. Dieses Einkommen kann als Valideneinkommen (jenen Jahres) betrachtet werden, denn ohne Eintritt der Gesundheitsschädigung wäre er einerseits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an der betreffenden Stelle geblieben und als (invaliditätsbedingt umgeschulter) Fräser hätte er andererseits gemäss act. 27-1 im Jahr 1999 einen tieferen



Verdienst von im Durchschnitt Fr. 3'850.-- pro Monat (oder Fr. 50'050.-- pro Jahr) zu erwarten gehabt.

8.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der von ihr tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S M. vom 17. Juni 2010, 8C_72/2010). - Da der Beschwerdeführer keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, ist auf die Tabellenlöhne abzustellen. Im statistischen Mittel (Zentralwert; vgl. AHI 1999 S. 50) konnten Männer im Jahr 1996 mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten im privaten Sektor Fr. 51'528.-- (12mal Fr. 4'294.--) erzielen (vgl. Tabelle TA 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE 1996). Wird berücksichtigt, dass der Tabellengruppe A generell eine Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche zugrunde liegt, während die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit damals im Total bei 42 Stunden lag (vgl. Liste Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen 1990 bis 2012 des Bundesamtes für Statistik), so hat eine Umrechnung zu erfolgen, die für 1996 ein Einkommen von rund Fr. 54'104.-- pro Jahr ergibt. - Ein Einkommensvergleich für einen späteren Zeitpunkt braucht nicht gemacht zu werden, da die Nominallohnentwicklung im Baugewerbe (Valideneinkommen) und im Total aller Wirtschaftszweige (Invalideneinkommen) nicht stark divergierend verlaufen ist (von 1996 bis 2007 im Baugewerbe für Männer von 104.5 auf 117.2, rund 12.2 %; im Total für Männer von 103.9 auf 117.4, rund 13 %; vgl. T1.1.93 des Bundesamtes für Statistik).

8.3 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den



Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Wie aus dem MEDAS-Gutachten hervorgeht, ist der Beschwerdeführer aus rheumatologischen Gründen auf eine Arbeit angewiesen, die vorzugsweise wechselbelastend (in wechselnden Körperpositionen) ausgeübt wird und bei welcher eine Gewichtslimite von 10 kg körpernah berücksichtigt werden kann und rückenbelastende Arbeitspositionen mit vorgeneigtem oder abgedrehtem Oberkörper, Arbeiten auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder Gerüsten und mit Kälte- oder Feuchtigkeitsexposition und Tätigkeiten in dauernd stehender oder sitzender Zwangshaltung vermieden werden können. Dass er auf Teilzeitarbeit angewiesen wäre, ist nicht postuliert worden. Angemessen erscheint daher ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 %. Das Invalideneinkommen beträgt damit bei einer Arbeitsfähigkeit von 60 % Fr. 29'216.--.

8.4 Nach der Verbesserung des Gesundheitszustands (vom September 2007) ergibt sich daher ein Invaliditätsgrad von 47 %.

8.5 Nach Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird, vorliegend somit ab 1. Januar 2008. - Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten erfolgt nach Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (rückwirkend hingegen unter den Voraussetzungen von lit. b; vgl. zur ratio legis von lit. a BGE 136 V 45; zur Frist auch BGE 135 V 306). - Im Fall einer neuen Anpassungsverfügung nach einer gerichtlichen Rückweisung - wie hier - bezieht sich Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV nach der Rechtsprechung allerdings auf die ursprüngliche (und nicht auf die neue) Verwaltungsverfügung (BGE 129 V 370 und BGE 106 V 18). Denn auch im Rahmen der Rückweisung bleibt streitig, ob die IV-Stelle anlässlich der ersten Verwaltungsverfügung zu Recht den Leistungsanspruch reduziert bzw.



aufgehoben hat. Eine Rückweisung bedeutet nicht zwingend, dass die Feststellungen in der ersten Verwaltungsverfügung [im Ergebnis] falsch waren, sondern bloss, dass diese beim damaligen Abklärungsstand nicht bestätigt werden konnten. Eine Rentenaufhebung oder -herabsetzung kann also zwar nicht rückwirkend verfügt, wohl aber rückwirkend bestätigt werden (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 3. Januar 2012, 8C_567/11). Sinn und Zweck von Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV ist es, dass die bisherige Rentenbezügerin/der bisherige Rentenbezüger rechtzeitig um die Aufhebung bzw. Herabsetzung des Leistungsanspruchs weiss. Diesem Anliegen ist gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts mit dieser Praxis Genüge getan, indem die versicherte Person seit Zustellung der ersten - im Rahmen des Beschwerdeverfahrens aufgehobenen - Revisionsverfügung um die Strittigkeit ihres Anspruchs weiss. Wird die angefochtene und aufgehobene Revisionsverfügung nach Durchführung der von der Beschwerdeinstanz angeordneten Abklärungen bestätigt, bleibt es bei jener Leistungssituation, mit der seit der ersten Revisionsverfügung ohnehin zu rechnen war; ergeben hingegen die erneuten Abklärungen, dass die tatbeständlichen Voraussetzungen der Leistungsaufhebung oder -reduktion im Zeitpunkt der ersten Verwaltungsverfügung (noch) nicht gegeben waren, erhält die versicherte Person die bis zur neuen Revisionsverfügung geschuldeten Leistungen nachgezahlt (vgl. Bundesgerichtsentscheide i/S B. vom 21. Januar 2011, 9C_301/10, und i/S S. vom 11. November 2010, 8C_451/10). Anzumerken ist aber immerhin, dass eine versicherte Person in dieser Lage nicht nur mit der Leistungssituation rechnen muss, wie sie verfügt wurde, sondern dass sie umgekehrt auch immer noch mit der Möglichkeit der Leistungssituation rechnen darf, wie sie ihrem eigenen Rechtsstandpunkt entspricht, weshalb die Sachlage im Hinblick auf eine zwischenzeitliche Verwertung einer allfälligen Erwerbsfähigkeit bzw. berufliche Massnahmen in der Schwebe bleibt. Das Bundesgericht hat allerdings eine Praxisänderung unter Auseinandersetzung mit der Lehre abgelehnt (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 11. November 2010, 8C_451/10). - Die neue Revisionsverfügung (allenfalls der neue Gerichtsentscheid) muss nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung gemäss Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV indessen dann massgebend sein, wenn die angeordneten weiteren Abklärungen eine anspruchserhebliche Änderung erst für den Zeitraum nach der ursprünglichen Revisionsverfügung ausweisen (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S B. vom 21. Januar



2011, 9C_301/10). Dazu kommt (in Bezug auf die aufschiebende Wirkung) ein weiterer Eingriff zum Schutz der versicherten Person, wenn die ursprüngliche Revisionsverfügung ohne hinreichende Abklärung der Revisionsvoraussetzungen bloss erlassen wurde, um einen möglichst frühen Zeitpunkt der Wirkungen der Revision zu provozieren, also rechtsmissbräuchlich (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 26. Februar 2014, 9C_519/13; BGE 129 V 370).

8.6 Bevor eine Rentenanpassung erfolgen kann, ist allerdings, wie bereits im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 22. Februar 2010 erwähnt, zu klären, ob und unter welchen Voraussetzungen der Beschwerdeführer in der Lage war, die wieder eingetretene Arbeitsfähigkeit von sich aus (durch Selbsteingliederung) erwerblich zu verwerten oder inwiefern er bei den konkreten Verhältnissen (nach dem Rentenbezug von damals etwas mehr als sechs Jahren Dauer) hierzu beruflicher Massnahmen bedurft hätte ("Eingliederung vor Rentenrevision"; vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 28. April 2008, 9C_720/07). Die ständige Rechtsprechung geht abgesehen von ganz besonderen Ausnahmefällen davon aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist; praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann, und zwar auch bei langjährigem Rentenbezug (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S P. vom 10. September 2010, 9C_163/09). Dass hier von einer Ausnahmekonstellation im Sinn der Rechtsprechung auszugehen wäre, ist nicht anzunehmen. Bei der Begutachtung 2007 wurde das Gelingen einer Reintegration in den Arbeitsprozess zwar bezweifelt. Ein Hindernis scheint allerdings die - im Vergleich zum Zumutbaren zu weit reichende - subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers gewesen zu sein. Berufliche Massnahmen durch die Beschwerdegegnerin waren daher nicht erforderlich. Der Beschwerdeführer könnte allerdings allenfalls Arbeitsvermittlung beantragen.

8.7 Vorliegend ist die Rentenänderung demnach auf den 1. Mai 2008 vorzusehen, allerdings ergibt sich im Unterschied zur Verfügung vom 9. Mai 2012 (wie schon zu jener vom 25. März 2008) keine Aufhebung, sondern lediglich eine Herabsetzung des Anspruchs auf eine Viertelsrente.



9.

9.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2012 teilweise zu schützen. Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist ab 1. Mai 2008 auf eine Viertelsrente herabzusetzen.

9.2 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Eine Entscheidegebühr von Fr. 800.-- erscheint (bei im Vergleich zum Durchschnitt etwas erhöhten Aufwand) angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Der Beschwerdeführer war dazu veranlasst, die Verfügung als rechtswidrig beanstanden zu lassen. Dass sein Antrag quantitativ zu weit reichte, hat den (Verfahrens- und Vertretungs-)Aufwand nicht beeinflusst, so dass es sich rechtfertigt, von einem vollen Obsiegen auszugehen und die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

9.3 Da die Sachlage auch nach Einholen des zweiten Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin nicht ausreichend geklärt war, war es erforderlich, ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Die Kosten dieser Expertise von Fr. 10'761.40 sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. dazu Art. 45 Abs. 1 ATSG, wonach der Versicherungsträger auch Kosten der Abklärung übernimmt, die er nicht angeordnet hat, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren; BGE 139 V 496, für die UV BGE 140 V 70).

9.4 Der Beschwerdeführer hat angesichts dieses Verfahrensausgangs Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 9. Mai 2012 aufgehoben und die Rente des Beschwerdeführers im Sinn der Erwägungen ab 1. Mai 2008 auf eine Viertelsrente herabgesetzt.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 800.-- und die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 10'761.40 zu bezahlen.
3. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurückerstattet.
4. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.