



**Fall-Nr.:** IV 2013/413  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 07.04.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.04.2017**

**Schlussbestimmung lit. a der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011. Rentenrevision. Nachdem heute kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist die auf Grund eines therapieresistenten lumbospondylogenen Syndroms zugesprochene ganze Invalidenrente aufzuheben (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. April 2017, IV 2013/413).**

Entscheid Versicherungsgericht, 07.04.2017

#### **Entscheid vom 7. April 2017**

Besetzung

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungs-richterinnen Karin Huber-Studerus und Marie Löhner; Gerichts-

schreiber Jürg Schutzbach

Geschäftsnr.

IV 2013/413

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Einstellung; IV-Revision 6a)**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 22. September 1999 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Umschulung, Rente). Als Grund gab er ein Rückenleiden an (act. G 4.1/1). Sein Hausarzt, Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 15. Oktober 1999 ein therapieresistentes lumbospondylogenes Syndrom seit November 1998 sowie einen Verdacht auf eine depressive Somatisierung (act. G 4.1/6.5). Nachdem der Berufsberater berufliche Massnahmen im Moment für nicht durchführbar gehalten hatte, sprach die IV-Stelle St. Gallen dem Versicherten mit Verfügung vom 5. Juni 2000 eine ganze Rente (zuzüglich Ehegatten- und Kinderrenten) zu, beginnend am 1. November 1999 (act. G 4.1/12 - 17).

A.b Anlässlich der Revisionen vom Januar 2001, März 2006 und April 2009 wurde jeweils ein unveränderter Gesundheitszustand festgestellt und die ganze Rente weiter ausgerichtet (act. G 4.1/21, 41, 50). Anlässlich der Rentenrevision vom Februar 2012, die auch eine Überprüfung des Rentenanspruchs gemäss der Schlussbestimmung lit. a der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011 zum Inhalt hatte, gab Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. August 2012 wiederum einen unveränderten Gesundheitszustand an (act. G 4.1/69). Der (ehemals) behandelnde Psychiater, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gab am 14. August



## St.Galler Gerichte

2012 an, der Versicherte stehe seit 2007 nicht mehr in seiner Behandlung und empfahl eine unabhängige Beurteilung des somatischen und psychischen Gesundheitszustands (act. G 4.1/70). Der RAD Ostschweiz befürwortete am 3. September 2012 ebenfalls eine bidisziplinäre Begutachtung (rheumatologisch/psychiatrisch [act. G 4.1/73.3]).

A.c Eine solche wurde am 5. September 2012 bei den Dres. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin, sowie E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegeben (act. G 4.1/75). Die Experten diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 8. Februar 2013 ein iliosakrales Schmerzsyndrom beidseits bei/ mit lumbosakraler Übergangsstörung mit Lumbalisation von S1 und Nearthrose zum Ilium links, Bogenschlussanomalie von S1, anamnestisch intermittierend lumbospondylogenen Symptomen beidseits rechtsbetont, Symptomausweitung bei psychogener Problemkonstellation mit Schmerzvermeiderverhalten und iatrogener Invalidisierung sowie geringem organischem Korrelat. Diese rheumatologischen Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. An psychiatrischen Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) nannten die Experten eine somatoforme Schmerzstörung mit chronifiziertem, therapieresistentem Verlauf (F45.41). Rein somatisch gesehen beständen keine Kontraindikationen für die Reexposition in einer bis zu mittelschwer belastenden Tätigkeit, während die amtlich bestätigte Invaliditätsüberzeugung auf Grund der langjährigen, vollumfänglichen Entlastung vom Arbeitsprozess - wenn überhaupt - nicht ohne sorgsame Führung und sozialmedizinische Begleitung zu überwinden sein dürfte. Inwieweit die medizinisch-theoretisch zumutbare Arbeitsfähigkeit von formal 100 % erreichbar sein werde, sei bezüglich der psychiatrischen Aspekte erst im weiteren Verlauf hinreichend beurteilbar (act. G 4.1/78.16 und 78.21).

A.d Nach durchgeführtem Vorbescheidsverfahren verfügte die IV-Stelle St. Gallen am 5. August 2013 - unter Entzug der aufschiebenden Wirkung einer allfälligen Beschwerde - die Einstellung der laufenden Invalidenrente. Die vorliegende Diagnose, die zur Rentenzusprache geführt habe, gehöre zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Den Akten seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, die aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Es lägen auch keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder



sonstige schwere Funktionseinschränkungen vor. Zudem lägen keine Kriterien in erheblichem Ausmass vor, die eine Schmerzüberwindbarkeit in Frage stellen würden. Für die Zukunft bestehe damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr (act. G 4.1/100).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 29. August 2013 mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine ganze Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinn der nachfolgenden Erwägungen zurückzuweisen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin habe im Jahr 2000 nicht einzig ein syndromales Leiden bzw. eine somatoforme Schmerzstörung zur Rentenzusprache geführt. Die Klinik F.\_\_\_\_ habe bereits im Bericht vom 10. Mai 1999 eine Anpassungsstörung mit depressiver Somatisierung diagnostiziert und Dr. B.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 15. Oktober 1999 die Diagnose Verdacht auf depressive Somatisierung gestellt. Somit sei davon auszugehen, dass bereits seinerzeit, als die Rente zugesprochen worden sei, eine psychiatrische Komorbidität vorgelegen habe. Auch zum heutigen Zeitpunkt sei von einer psychiatrischen Komorbidität von entsprechender Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer auszugehen. Eine Revision 6a gelange beim Beschwerdeführer somit gar nicht zur Anwendung. Es sei weiterhin von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit und von einem weiterhin bestehenden Rentenanspruch auszugehen. Soweit dem nicht vorab entsprochen werde, seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen, um definitiv Klarheit über die psychiatrischen Diagnosen zu erlangen. Allein auf Grund des Gutachtens vom 8. Februar 2013 dürfe die Diagnose der depressiven Störung im Sinn eines selbstständigen psychiatrischen Leidens noch nicht verneint werden. Selbst für den Fall, dass beim Beschwerdeführer als einzige Diagnose diejenige einer somatoformen Schmerzstörung zu stellen wäre, müsste trotzdem eine vollständige Invalidität bejaht und deshalb die ganze Invalidenrente weiterhin ausgerichtet werden, da dem Beschwerdeführer die Überwindung seiner Beschwerden nicht zumutbar sei (act. G 1).



B.b Mit Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2013 beantragt die Verwaltung Abweisung der Beschwerde. Vorab sei festzustellen, dass entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a zur Anwendung gelangten. Eine blossе Verdachtsdiagnose könne keinesfalls eine psychische Komorbidität darstellen und auch keine Invalidität begründen. Das lumbospondylogene Syndrom habe zur Berentung geführt. Dieses sei als pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Leiden zu taxieren. Selbst wenn kein Anwendungsfall der Revision 6a anzunehmen wäre, könnte der Rentenentscheid in Wiedererwägung gezogen werden. Dieser sei einzig auf Grund der Einschätzung des Berufsberaters erfolgt, was nicht angehe. Der Beschwerdeführer gehe fehl in der Annahme, dass heute eine invalidisierende psychische Komorbidität vorliege. Zum einen habe der Psychiater keine entsprechende Diagnose feststellen können, zum anderen wäre die vom Hausarzt gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung rechtsprechungsgemäss nicht invalidisierend und würde somit auch keine massgebende Komorbidität darstellen. Die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens setze eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus, was vorliegend nicht der Fall sei (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 8. November 2013 betont der Beschwerdeführer nochmals, dass bereits im Jahr 2000 nicht einzig ein syndromales Leiden bzw. eine somatoforme Schmerzstörung zur Rentenzusprache geführt habe. Bereits zum damaligen Zeitpunkt habe eine psychiatrische Komorbidität vorgelegen. Eine solche sei auch im heutigen Zeitpunkt zu bejahen, nachdem Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. August 2012 eine depressive Stimmungslage mit eingeschränkter Vitalität erwähnt und erneut eine Anpassungsstörung mit depressiver Somatisierung diagnostiziert habe und nun in seinem neuesten Bericht vom 24. Juni 2013 an diesen Diagnosen festhalte. Der psychiatrische Gutachter schliesse eine depressive Stimmungslage nicht aus (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf das Einreichen einer Duplik (act. G 9).

B.d Am 2. Mai 2016 wird den Parteien mitgeteilt, dass das Versicherungsgericht eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt Forensik, Psychiatriezentrum H.\_\_\_\_, beschlossen habe (act. G 11). Am 3. Juni 2016 wird Dr. G.\_\_\_\_ mit der Begutachtung beauftragt (act. G 13). Im Gutachten vom 6. Dezember 2016 diagnostiziert Dr. G.\_\_\_\_ eine chronische Schmerzstörung mit



## St.Galler Gerichte

somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Demgegenüber liege kein depressives Symptom mehr vor; es beständen aber Hinweise, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit wiederholte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) gezeigt habe. Da der Beschwerdeführer aktuell im Grunde nur Beeinträchtigungen auf somatischer Ebene geltend mache, bestehe auf psychiatrischer Ebene kein Anlass, ihm eine substantielle Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen (act. G 15).

B.e Mit Stellungnahme vom 17. Februar 2017 macht der Beschwerdeführer zum einen geltend, dass er immer wieder depressive Phasen gehabt habe und habe. Auch Dr. G. \_\_\_ habe für die Zeit ab Frühjahr/Sommer 2013, also für die Zeit der angefochtenen Verfügung, für eine Zeitdauer von rund zwei Jahren eine Depression oder depressive Anpassungsstörung festgestellt. Fremdanamnestiche Auskünfte hätten auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes Ende November 2016 hingewiesen. Per 6. Dezember 2014 (gemeint wohl: 2016) könne nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von lediglich 20 % ausgegangen werden. Vielmehr sei wohl von einer invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen, so wie sie der Gutachter bereits für die Zeit des Vorbescheids im Frühjahr 2013 und die rund zwei Jahre danach bejaht habe. Im Weiteren komme der Gutachter zwar auf den Entscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 zu sprechen. Dabei behandle er auch einen Teil der in diesem Entscheid aufgeführten Standardindikatoren, jedoch nicht alle. Das Gutachten sei damit nicht schlüssig. Sollte dennoch darauf abgestellt werden, sei zu berücksichtigen, dass die letzte invalidisierende depressive Anpassungsstörung im Jahr 2013 erfolgt sei und sich im Laufe des Jahres 2015 zurückgebildet habe. Somit bestehe auch für den Zeitraum von Frühling 2013 bis zum Frühling 2015 ein Anspruch auf eine ganze Rente. Selbst unter Annahme eines verbesserten Gesundheitszustands ab Sommer 2015 sei auf Grund der Einschränkungen ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen. Bei Heranzug von Tabellenlöhnen sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen sowie unter Berücksichtigung der vom Gutachter festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 20 % resultiere ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % und damit zumindest ein Anspruch auf eine Viertelsrente (act. G 19).

B.f Die Beschwerdegegnerin liess sich zum Gutachten nicht vernehmen.

## Erwägungen



1.

1.1 Umstritten und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 5. August 2013 die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers zu Recht gestützt auf die seit 1. Januar 2012 geltende Schlussbestimmung lit. a der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 18. März 2011 (nachfolgend: Schlussbestimmung lit. a) aufgehoben hat.

1.2 Gemäss Abs. 1 der Schlussbestimmung lit. a werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sogenannte PÄUSBONOG; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2013, 8C\_1014/2012, E. 7.2.1) gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die allgemeinen Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Abs. 4 der Schlussbestimmung lit. a präzisiert, dass Abs. 1 keine Anwendung auf Personen findet, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin führte ab Februar 2012 die in der Schlussbestimmung lit. a vorgesehene Überprüfung der laufenden Rente durch. Dabei stützte sie die Aufhebung der ganzen Rente des Beschwerdeführers auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2013. Die Experten diagnostizierten in rheumatologischer Hinsicht ein iliosakrales Schmerzsyndrom beidseits bei/mit lumbosakraler Übergangsstörung mit Lumbalisation von S1 und Nearthrose zum Ilium links, Bogenschlussanomalie von S1, anamnestisch intermittierend lumbospondylogenen Symptomen beidseits rechtsbetont, Symptomausweitung bei psychogener Problemkonstellation mit Schmerzvermeideverhalten und iatrogenen Invalidisierung sowie geringem organischem Korrelat. Dieser Diagnose massen die



Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten sie - mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - eine somatoforme Schmerzstörung mit chronifiziertem, therapieresistentem Verlauf (F45.41 [act. G 4.1/78.16]). Da der psychiatrische Experte eine genauere Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ohne weitergehende berufliche Massnahmen zur Beurteilung des Leistungsprofils in einer Arbeitssituation nicht vornehmen konnte - immerhin aber davon ausging, dass theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % wieder erreicht werden könnte (act. G 4.1/78.21) - holte das Versicherungsgericht ein psychiatrisches Gerichtsgutachten ein.

2.2 Im entsprechenden Gutachten vom 6. Dezember 2016 diagnostiziert Dr. G.\_\_\_\_ ebenfalls eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Während kein depressives Symptom mehr vorliege, beständen Hinweise, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit wiederholte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion (F43.21) gezeigt habe. Eine Persönlichkeitsanomalie, die nach ICD-10 kodiert werden könnte (entweder als Persönlichkeitsstörung F60 oder als akzentuierte Persönlichkeit Z73.1), habe nicht gefunden werden können. Da der Beschwerdeführer aktuell im Grunde nur Beeinträchtigungen auf somatischer Ebene geltend mache, bestehe auf psychiatrischer Ebene kein Anlass, ihm eine substantielle Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Dies umso weniger, als das Element "depressive Verstimmung" seit geraumer Zeit weggefallen sei. Was seine somatoformen Störungen angehe, so seien diese ein Resultat von persönlichen Risikofaktoren und invaliditätsfremden Belastungsfaktoren. Der Anteil der persönlichkeitsinhärenten Faktoren sei dabei eher gering zu veranschlagen, da weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine akzentuierte Persönlichkeit diagnostiziert werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Grund, beim Beschwerdeführer von einer um mehr als 20 % verminderten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies beziehe sich auf eine leidensadaptierte Tätigkeit, die dem aktuellen Beschwerdebild des Beschwerdeführers gerecht werden müsse. Der Arbeitsplatz habe vor allem der verminderten Rückenbelastbarkeit Rechnung zu tragen, was das Heben schwerer Lasten, aber auch ausgesprochene Zwangshaltungen ausschliesse. Zu bevorzugen sei also eine wechselnd belastende Tätigkeit, bei welcher der Beschwerdeführer seine Körperstellung immer wieder variieren könne, d.h. nicht stundenlang in sitzender Position verharren müsse. Zusätzlich sei an die Möglichkeit von vermehrten Pausen zu



denken. Inhaltlich sei eher an eine feinmotorische Tätigkeit zu denken, wobei diese Arbeit durchaus im Team oder mit weiteren Drittkontakten verbunden sein dürfe, zumal das Sozialverhalten des Beschwerdeführers durchaus gemeinschaftskompatibel sei. Die letzte invalidisierende depressive Anpassungsstörung scheine anlässlich der Rentenaufhebung im Jahr 2013 erfolgt zu sein (Vorbescheid vom 19. März 2013, Verfügung vom 5. August 2013). Selbst wenn man für diesen Zeitraum eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit postulieren würde, könne mit genügender Sicherheit davon ausgegangen werden, dass depressive Anpassungsstörungen nach spätestens zwei Jahren wieder dem Habitualzustand Platz gemacht hätten, was also spätestens im Lauf des Jahres 2015 hätte geschehen müssen. Tatsächlich sei der Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt frei von depressiven Symptomen, so dass seit 2013 von einer kontinuierlichen Erholung mit diesbezüglich praktisch vollständiger Remission spätestens 2015 ausgegangen werden dürfe (act. G 15 S. 34 ff.).

2.3 Mit Stellungnahme vom 17. Februar 2017 macht der Beschwerdeführer zum einen geltend, dass er immer wieder depressive Phasen gehabt habe und habe. Auch Dr. G. \_\_\_ habe für die Zeit ab Frühjahr/Sommer 2013, also für die Zeit der angefochtenen Verfügung, für eine Zeitdauer von rund 2 Jahren eine Depression oder depressive Anpassungsstörung festgestellt. Per 6. Dezember 2014 (gemeint wohl: 2016) könne nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von lediglich 20 % ausgegangen werden. Vielmehr sei wohl von einer invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen, so wie sie der Gutachter bereits für die Zeit des Vorbescheids im Frühjahr 2013 und die rund zwei Jahre danach bejaht habe. Im Weiteren komme der Gutachter zwar auf den Entscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 zu sprechen. Dabei behandle er auch einen Teil der in diesem Entscheid aufgeführten Standardindikatoren, jedoch nicht alle. Vor allem beim Komplex "Gesundheitsschaden" werde zu verschiedenen Indikatoren keine Stellung bezogen. Auch beim Komplex "Konsistenz" würden verschiedene Kriterien nicht abgehandelt. Selbes gelte auch für den Komplex "Sozialer Kontext". Schliesslich äussere sich der Gutachter im Zusammenhang mit den Diagnosen auch nicht zu den Wechselwirkungen der Diagnosen, obwohl der Beschwerdeführer ganz offensichtlich einerseits unter somatischen, andererseits unter psychischen Beschwerde leide. Das psychiatrische Gutachten erweise sich damit als nicht vollständig und nicht nachvollziehbar. Es werde daher beantragt, den Beschwerdeführer erneut psychiatrisch begutachten zu lassen. Sollte dennoch auf das Gutachten von Dr. G. \_\_\_



abgestellt werden, sei zu berücksichtigen, dass die letzte invalidisierende depressive Anpassungsstörung im Jahr 2013 erfolgt sei und sich im Laufe des Jahres 2015 zurückgebildet habe. Somit bestehe für den Zeitraum von Frühling 2013 bis zum Frühling 2015 bzw. weiterhin ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente. Selbst unter Annahme eines verbesserten Gesundheitszustands ab Sommer 2015 sei zu beachten, dass das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen rechtsgenügend zu bestimmen seien. Zudem sei auf Grund der Einschränkungen ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen. Bei Heranzug von Tabellenlöhnen sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen sowie unter Berücksichtigung der vom Gutachter festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 20 % resultiere ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % und damit zumindest ein Anspruch auf eine Viertelsrente (act. G 19).

2.4 Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers bestätigt das Gerichtsgutachten nun, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden (mehr) vorliegt. So gelangt Dr. G.\_\_\_\_ grundsätzlich zum selben Ergebnis wie Dr. E.\_\_\_\_, indem auch er neben der somatoformen Schmerzstörung bzw. der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche beide Gutachter mit dem ICD-10-Code F45.41 bezeichnen, kein depressives oder anderweitig krankheitswertiges Geschehen feststellen kann. Insofern kann auch - mit Ausnahme einer vorübergehenden depressiven Verstimmung im Nachgang zur angefochtenen Verfügung (vgl. zur Arbeitsfähigkeit am Schluss der nachstehenden Erwägung 2.5) - eine wesentliche Veränderung bzw. Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands im Zeitablauf zwischen der Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ im Oktober 2012 und jener von Dr. G.\_\_\_\_ im August 2016 verneint werden. Der Beschwerdeführer ist zudem seit Februar 2007 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ und - soweit ersichtlich - auch nicht bei einem anderen Arzt, was ebenfalls gegen das Vorliegen einer schwerwiegenden psychiatrischen Komorbidität spricht (act. G 4.1/70 und Gutachten S. 12). Ein Mangel des Gutachtens lässt sich sodann nicht daraus ableiten, dass Dr. G.\_\_\_\_ nicht sämtliche der im Entscheid 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 297 f. E. 4.1.3) genannten Indikatoren "abgearbeitet" hat, sind doch nicht alle Kriterien für den jeweiligen Fall einschlägig. Es handelt sich denn - wie auch der Rechtsvertreter anmerkt - um einen Standard-Fragekatalog, dessen Handhabung stets den Umständen des Einzelfalls



gerecht werden muss, und nicht um eine abhakbare Checkliste (E. 4.1.1 2. Absatz des genannten Entscheids). Dass nicht zu sämtlichen Punkten Stellung genommen werden konnte, liegt im Wesentlichen daran, dass Dr. G.\_\_\_\_ eben keine konkreten Erscheinungsformen einer Gesundheitsschädigung gefunden hat. So kann etwa auch nichts gesagt werden zur Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen sind, von solchen, die Folgen von nicht versicherten Faktoren sind. Andere Kriterien betreffen lediglich Suchtleiden, die vorliegend ohne Belang sind, oder die Aggravation, die dem Beschwerdeführer nicht vorgehalten wird. Jedenfalls kann festgestellt werden, dass der Gutachter zu den hier einschlägigen Kriterien "Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde", "Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung", zum "aktuellen Persönlichkeitsbild und der biografischen Persönlichkeitsentwicklung" sowie zu den vorhandenen persönlichen Ressourcen gemäss Standard-Fragekatalog der IV-Stelle Stellung genommen hat ("Beurteilung" S. 23 ff.). Im Übrigen zielen die meisten der nicht explizit behandelten Indikatoren auf einen Haftungsausschluss der Invalidenversicherung, sodass deren Nichtbeachtung ohnehin nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausfallen würde bzw. ausfällt. Dasselbe gilt auch für den Bereich "Konsistenz", soll doch vor allem mit den ersten beiden Kriterien (kritische Würdigungen von Diskrepanzen und der Auswirkungen der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit in allen vergleichbaren Lebensbereichen) wiederum nach haftungsausschliessenden Inkonsistenzen gesucht werden. Im Übrigen hat der Gutachter zur Frage der Konsistenz bzw. Inkonsistenz nach B. Widder et al. Stellung genommen, indem er gewisse Inkonsistenzen festgestellt hat (Gutachten S. 30 f. und S. 34). Beim Komplex "Sozialer Kontext" trifft der Vorwurf, nicht alle Kriterien berücksichtigt zu haben, nicht zu. Vielmehr nahm der Experte zu sämtlichen Indikatoren zumindest indirekt Stellung, indem er die Anamnese erhoben und den Alltag des Beschwerdeführers beschrieben (S. 5 ff., S. 8 ff.), zu den sozialen Belastungen, welche direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (S. 29, 33 f.), und zu den Ressourcen (S. 33) Ausführungen gemacht hat. Nichtmedizinische Akten - wie zu Arbeitstrainings oder Haushaltsabklärungen - sind soweit ersichtlich, nicht vorhanden. Schliesslich kann dem Gutachter nicht vorgeworfen werden, sich nicht zu Wechselwirkungen zwischen den von ihm erhobenen Diagnosen Stellung genommen zu haben, hat er doch nur eine Diagnose gestellt. Entgegen den Ausführungen des



Rechtsvertreter diagnostizierte Dr. G.\_\_\_\_ gerade keine psychischen Beschwerden mit Krankheitswert (Depression), sodass daraus auch keine Wechselwirkungen entstehen können. Das Gutachten ist damit eine taugliche Grundlage zur Beurteilung des medizinischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Es steht sodann nicht im Widerspruch zum Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ und korrigiert dessen Versäumnis, eine gültige Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Eine Oberbegutachtung ist demnach nicht angezeigt.

2.5 Nach Dr. G.\_\_\_\_ kann dem Beschwerdeführer somit aus psychiatrischer Sicht keine über 20 % hinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit zugebilligt werden. Eine höhere vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach der Rentenaufhebung vom März/August 2013 bis zum Sommer 2015 ist zudem nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Zwar geht Dr. G.\_\_\_\_ davon aus, dass die versicherungsbedingte Lebensveränderung einschneidend genug war, um eine signifikante depressive Verstimmung auszulösen. Im Weiteren stellt er aber lediglich fest, dass solche stets reversibel seien und im Fall von "kurzen depressiven Reaktionen" meistens innerhalb eines Monats, im Fall von "langen depressiven Reaktionen" innerhalb von zwei Jahren endeten. Eine affektive Störung könne heute nicht mehr geltend gemacht werden (Gutachten S. 25). Eine signifikant über 20 % liegende Arbeitsunfähigkeit ist somit auch für den Zeitraum von März 2013 bis August 2015 nicht ausgewiesen. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreter kann eine solche auch nicht aus Frage 3 auf Seite 36 des Gutachtens abgeleitet werden, spricht Dr. G.\_\_\_\_ doch lediglich hypothetisch von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit ("Sogar wenn man für diesen Zeitraum eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit postulieren würde, ....").

2.6 Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, selbst unter Annahme eines Arbeitsfähigkeitsgrades von 80 % würde mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente bestehen. Bei Heranzug von Tabellenlöhnen sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen sowie unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 25 % resultiere nämlich ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 %. Den Leidensabzug von 25 % begründet der Beschwerdeführer mit diversen Einschränkungen in Bezug auf die rückengerechte Adaptation. So seien das Heben schwerer Lasten, aber auch ausgesprochene Zwangshaltungen ausgeschlossen. Zu



bevorzugen sei eine wechselnd belastende Tätigkeit, damit die Körperstellung immer wieder variiert werden könne, jedenfalls kein stundenlanges Verharren in sitzender Position. Sodann sei gemäss Gutachter auch an die Möglichkeit von vermehrten Pausen zu denken, allenfalls auch mit der Möglichkeit, sich hinzulegen. Es sei eher an eine feinmotorische Tätigkeit zu denken. Ausserdem seien die Einschränkungen des Beschwerdeführers beim Verbalen zu beachten. Zudem seien das Alter des Beschwerdeführers, die lange Dauer seit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben sowie sein Ausländerstatus zu berücksichtigen. Dies alles führe dazu, dass ein Abzug vom Tabellenlohn im Maximalbereich von 25 % vorzunehmen sei.

2.7 Dem ist entgegen zu halten, dass die von Dr. G.\_\_\_\_ in psychiatrischer Sicht zugestandene Arbeitsunfähigkeit von 20 % auch nach dessen eigenen Ausführungen das obere Limit darstellt. So führt Dr. G.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer klage aktuell eigentlich nur über Beeinträchtigungen auf somatischer Ebene, so dass aus psychiatrischer Sicht kein Anlass bestehe, ihm eine substantielle Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Jedenfalls sei nicht von einer um mehr als 20 % verminderten Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen (S. 35). In somatischer Hinsicht geht Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 8. Februar 2013 von einem iliosakralen Schmerzsyndrom bei geringem organischem Korrelat ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Dementsprechend postuliert er eine Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht von 100 % in einer körperlich mittelschwer belastenden Tätigkeit wie der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kran-/Maschinenführer in einem Hartchromwerk (act. G 4.1/78.16 und 78.25). Im Weiteren ist selbst unter Berücksichtigung der von Dr. G.\_\_\_\_ besonders in Bezug auf die Wechselbelastung weitergehend - allerdings nicht fachärztlich-rheumatologisch - umschriebenen Einschränkungen einer rückenadaptierten Tätigkeit nicht von derart reduzierten Einsatzmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Normarbeitsmarkt auszugehen, dass sich ein maximaler Abzug von 25 % vom Tabellenlohn rechtfertigen würde. Die Möglichkeit vermehrter Pausen ist bereits in die Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeflossen, weshalb sie beim Tabellenlohnabzug nicht nochmals zu berücksichtigen ist. Die weiteren Vorbringen - lange Abwesenheit vom Erwerbsleben und geringe verbale Fähigkeiten - fallen sodann bei den für den Beschwerdeführer in Frage kommenden Hilfstätigkeiten ebenfalls nicht derart stark ins Gewicht, dass daraus ein Anspruch auf einen maximalen Abzug resultieren würde. Bei diesem Ergebnis braucht



der angemessene Abzug nicht exakt festgelegt zu werden, da jedenfalls ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von unter 40 % resultiert. Nachdem der Beschwerdeführer nicht an Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG teilnimmt, erweist sich die Aufhebung der Rente per 1. Oktober 2013 als rechtens (Schlussbestimmung lit. a Abs. 2 und 3 in Verbindung mit Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

3.2 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist dem Beschwerdeführer anzurechnen.

3.3 Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

3.4 Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 7'000.-- (act. G 15.1) hat die Beschwerdegegnerin zu tragen (BGE 137 V 265 f. E. 4.4.2).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 1'000.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer angerechnet.



3.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 7'000.--.