



**Fall-Nr.:** IV 2018/259  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.03.2021  
**Entscheiddatum:** 31.08.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 31.08.2020**

**Art. 53 Abs. 2 ATSG. Art. 7 und 8 ATSG. Art. 28 IVG. Gerichtliche Überprüfung einer Nichteintretensverfügung betreffend ein Wiedererwägungsgesuch. Eintreten auf die Beschwerde. Da der Versicherungsträger beim Entscheid über das Eintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch über ein "schranksloses Ermessen" (= gesetzlich zugestandene Willkür) verfügt, kann es keine Kriterien für eine gerichtliche Überprüfung geben. Abweisung der Beschwerde. Überprüfung des Rentenanspruchs. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD überzeugt nicht. Insbesondere wäre aufgrund des polymorbiden Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig gewesen. Rückweisung zur weiteren Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. August 2020, IV 2018/259).**

#### **Entscheid vom 31. August 2020**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/259

Parteien

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

**Beschwerdeführer,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Syndicom, Gewerkschaft Medien und Kommunikation, lic. iur. Martin Scheidegger, Monbijoustrasse 33, Postfach, 3001 Bern,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

A.\_\_\_\_ meldete sich im September 2002 wegen einer Kniearthrose, Rückenbeschwerden und einem Diabetes mellitus bei der IV-Stelle des Kantons Aargau erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsvermittlung) an (IV-act. 4). Er gab an, er habe eine Lehre als Verkäufer und eine Ausbildung als B.\_\_\_\_ absolviert. Später habe er als B.\_\_\_\_ bei der C.\_\_\_\_ sowie als Lastwagenchauffeur bei der D.\_\_\_\_ gearbeitet. Die Rehaklinik E.\_\_\_\_ berichtete am 9. Oktober 2002 (IV-act. 6), der Versicherte leide an einem rezidivierenden Lumbovertebralsyndrom bei einer Fehlhaltung/Fehlform der Wirbelsäule und einer muskulären Dysbalance mit beginnenden degenerativen Veränderungen in der Form von Osteochondrose und Spondylose, einer beidseitig beginnenden Gonarthrose, einem Diabetes mellitus und einer arteriellen Hypertonie. Die IV-Stelle des Kantons Aargau gewährte dem Versicherten berufliche Eingliederungsmassnahmen (Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche, berufliche Abklärung, IV-act. 10, 17), die sie mit einer Verfügung vom 12. Februar 2004 abschloss (IV-act. 28). Die dagegen erhobene Einsprache wies sie am 29. Oktober 2004 ab (IV-act. 37). Dieser Einspracheentscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**B.**

Im September 2005 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons



## St.Galler Gerichte

St. Gallen erneut zum Leistungsbezug an (Umschulung, Arbeitsvermittlung, IV-act. 56). Er gab an, es seien neue gesundheitliche Probleme aufgetreten. Die IV-Stelle trat mit einer Verfügung vom 5. Januar 2006 auf das Begehren nicht ein (IV-act. 68). Zur Begründung gab sie an, der Versicherte habe keine neuen Tatsachen geltend gemacht, welche eine Veränderung der bisherigen vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit begründen würden. Die dagegen erhobene Einsprache wies sie am 31. Mai 2006 ab (IV-act. 73). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde am 5. Juli 2006 ab (IV 2006/112, IV-act. 83). Die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde wurde vom Bundesgericht am 19. Februar 2007 abgewiesen (I 628/06, IV-act. 91).

### C.

**C.a.** Der Versicherte meldete sich im Oktober 2015 wegen einer Fussverletzung und eines Diabetes mellitus erneut bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 94). Er gab an, er sei seit dem 24. April 2015 arbeitsunfähig (Arbeitsunfähigkeitsgrad schwankend zwischen 50 und 100%). Seit November 2013 arbeite er in der Z.\_\_\_\_ bei der C.\_\_\_\_ mit einem Pensum von 20-40%. Die IV-Stelle ersuchte den Versicherten am 29. Oktober 2015, Unterlagen einzureichen, um glaubhaft zu machen, dass sich der Sachverhalt in einer für den Anspruch auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen erheblichen Weise geändert habe (IV-act. 98). Am 17. November 2015 ging ein Bericht des Hausarztes Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Innere Medizin, vom Vortag ein (IV-act. 100). Dr. F.\_\_\_\_ hatte angegeben, der Versicherte sei aufgrund eines OSG-Supinationstraumas vom 24. April 2015 (recte: 23. April 2015, vgl. Fremdakten-act. 5-157, 5-211) immer noch arbeitsunfähig. Er hatte mehrere Berichte beigelegt. Fachärzte der Klinik Y.\_\_\_\_ hatten am 18. Juni 2015 berichtet (IV-act. 101), der Versicherte habe am 23. April 2015 eine OSG-Distorsion links bei einem St. n. fibulotalarer Bandplastik links 2007 erlitten. Eine Fraktur sei ausgeschlossen worden. Nach sieben Wochen persistierten die Beschwerden. Am 26. Juni 2015 hatten dieselben Fachärzte angegeben (IV-act. 102), in einem MRI vom 22. Juni 2015 sei eine Ruptur des linken Ligamentum calcaneo-fibulare festgestellt worden. Am 13. August 2015 war eine Infiltration am OSG links durchgeführt worden (IV-act. 103). Fachärzte derselben Klinik hatten am 16. September 2015 mitgeteilt (IV-act. 104), die OSG-Infiltration habe nicht den gewünschten Effekt gebracht; es sei



davon auszugehen, dass die Schmerzursache nicht im Bereich des OSG liege. Eine Zweitmeinung durch einen Kreisarzt der Suva sei sinnvoll. In der angestammten Tätigkeit als B.\_\_\_\_ könne der Versicherte zurzeit nicht arbeiten. Der Versicherte habe angegeben, seit der Infiltration sei der Zucker sehr hoch. Am 7. Oktober 2015 hatte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Fusschirurgie, von der Klinik H.\_\_\_\_ angegeben (IV-act. 105), es bestünden sehr starke Druckschmerzen im Bereich des antero-lateralen Kapselbandapparates sowie leichte Dysästhesien im Bereich der Grosszehe im Sinne einer Polyneuropathie bei einem bekannten Diabetes mellitus. Am 27. Oktober 2015 hatte Dr. G.\_\_\_\_ berichtet (IV-act. 107), im Spect-CT und in den MRI-Aufnahmen hätten sich keine federführenden Hinweise gezeigt. Er empfehle deshalb das Ausschlussverfahren mittels Infiltrationsdiagnostik. In der Untersuchung vom Vortag habe er eine Infiltration in das OSG durchgeführt. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 23. November 2015 (IV-act. 109), der Gesundheitszustand des Versicherten sei noch nicht stabil. Die IV-Stelle teilte dem Versicherten gleichentags mit (IV-act. 111), zurzeit seien keine beruflichen Massnahmen möglich.

**C.b.** In einem Arbeitgeberbericht gab die C.\_\_\_\_ AG am 9. Dezember 2015 an (IV-act. 112), der Versicherte sei seit November 2013 als B.\_\_\_\_ tätig. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe er ein bis zwei Tage pro Woche gearbeitet. Zurzeit arbeite er drei Stunden pro Woche zu einem Stundenlohn von Fr. 31.77 brutto.

**C.c.** Am 6. April 2016 gingen bei der IV-Stelle Akten der Suva ein (IV-act. 130). Die Suva-Kreisärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ hatte am 28. September 2015 berichtet (Fremdakten-act. 5-102 ff.), im Bereich des linken oberen Sprunggelenkes bestehe eine persistierende Instabilität. Gesamthaft liege noch kein Endzustand vor. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, die ausschliesslich gehend und stehend ausgeübt werde, sei nachvollziehbar. Zurzeit arbeite der Versicherte zweimal zwei bis zweieinhalb Stunden pro Woche im Innendienst. Am 17. Dezember 2015 hatte Dr. G.\_\_\_\_ mitgeteilt (Fremdakten-act. 5-65), die Infiltration habe die Beschwerdesymptomatik nur geringfügig verbessert. Am 17. Februar 2016 war die Lohnabrechnung der C.\_\_\_\_ AG für den Monat Januar 2016 eingegangen. Laut dieser Abrechnung hatte der Versicherte bei einem 30%-Pensum Fr. 1'341.85 brutto verdient. Der Jahresbruttolohn hatte Fr. 17'444.-- betragen. Der Versicherte war per



1. Januar 2016 neu im Monatslohn angestellt worden (Fremdakten-act. 5-37 ff.). Die RAD-Ärztin Dr. I. \_\_\_ notierte am 18. April 2016 (IV-act. 131), der Gesundheitszustand des Versicherten sei noch nicht stabil.

**C.d.** Im Juli 2016 gingen weitere Akten der Suva ein (vgl. IV-act. 134). Dr. G. \_\_\_ hatte am 4. April 2016 berichtet (Fremdakten-act. 8), es bestünden weiterhin eine starke Instabilität und antero-laterale Schmerzen im OSG. Er empfehle ein operatives Vorgehen. Am 9. Mai 2016 war der Versicherte von Dr. G. \_\_\_ am OSG links operiert worden (Arthroskopie und antero-laterales Débridement OSG links, Exostosenabtragung Tibiavorderkante und laterale Talusschulter, Rekonstruktion des LTFA und CFL mittels Broström-Gould, Fremdakten-act. 17-3). Dr. G. \_\_\_ hatte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 29. August 2016 attestiert (Fremdakten-act. 19-2). Die RAD-Ärztin Dr. med. K. \_\_\_ notierte am 15. August 2016 (IV-act. 135), der Gesundheitszustand sei wahrscheinlich noch instabil. Für sitzende Tätigkeiten sei ein Eingliederungspotential anzunehmen.

**C.e.** Dr. F. \_\_\_ berichtete am 19. August 2016 (IV-act. 136), der Versicherte leide an persistierenden Fusschmerzen bei einem OSG Supinationstrauma links, an einem neuropathischen Schmerz thorakal links nach einem Zoster im Februar 2016, an einem Diabetes mellitus Typ II und an einem rezidivierenden lumbovertebralen Syndrom. Der Versicherte sei am 9. Mai 2016 von Dr. G. \_\_\_ am Sprunggelenk operiert worden. Auch nach der Operation sei der Verlauf sehr schleppend gewesen mit persistierenden Schmerzen und einem Wundinfekt. Die neuropathischen Schmerzen thorakal links hätten sich im Verlauf gebessert. Auch der initial schlecht eingestellte Diabetes mellitus habe sich verbessert. Die Wunde im Bereich des OSG linksseitig sei zurzeit reizlos; lokal bestehe jedoch eine deutliche Druckdolenz. Aufgrund der Schmerzen im Fuss könne der Versicherte nur eingeschränkt gehen; er sei, auch infolge der Operation, bis im August 2016 auf Stöcke angewiesen gewesen. In der angestammten Tätigkeit als B. \_\_\_ sei der Versicherte zurzeit arbeitsunfähig. Ab September sei er in einer adaptierten Tätigkeit allenfalls wieder einsetzbar, wahrscheinlich jedoch nur in einer sitzenden Tätigkeit. Der Verlauf müsse abgewartet werden. Dr. F. \_\_\_ legte mehrere Arztberichte von Dr. G. \_\_\_, einen Bericht der Klinik X. \_\_\_ vom 29. April 2016 und einen Bericht von Dr. med. L. \_\_\_, FMH Innere Medizin und FMH Endokronologie/ Diabetologie, vom 18. März 2016 bei. Die RAD-Ärztin Dr. K. \_\_\_ notierte am 25. August



2016 (IV-act. 138), der postoperative Verlauf nach dem OSG-Eingriff mit Bänderrekonstruktion gestalte sich protrahiert und sei durch einen Wundinfekt beeinträchtigt gewesen. Auch der initial schlecht eingestellte Diabetes mellitus dürfte sich ungünstig auf den Heilungsverlauf ausgewirkt haben. Es bestehe noch ein deutlicher Rehabilitationsbedarf. Anzunehmen sei, dass sich die anhaltenden neuropathischen Schmerzen an der linken Thoraxwand nicht erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. In der Tätigkeit als B.\_\_\_\_ sei keine Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Für adaptierte, überwiegend sitzende Tätigkeiten liege bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% steigerbar ein Eingliederungspotential vor. Am 22. September 2016 fand ein Assessmentgespräch mit dem Versicherten statt. Die Eingliederungsverantwortliche hielt fest (IV-act. 148), der Versicherte würde gerne wieder arbeiten und fühle sich für eine sitzende Tätigkeit arbeitsfähig. Er sei seit dem 1. Januar 2016 zu einem 35%-Pensum bei C.\_\_\_\_ fest angestellt. Er habe zu einem höheren Pensum arbeiten wollen, aber C.\_\_\_\_ habe nicht mehr Arbeit. Nach dem Unfall habe er im Innendienst W.\_\_\_\_ zusammenstellen können. Dies gehöre grundsätzlich in das normale Tätigkeitsprofil eines B.\_\_\_\_. Leider gehe dies nicht auf Dauer. In Bezug auf die gesundheitlichen Beschwerden gab der Versicherte unter anderem an, dass er wegen des Diabetes mellitus in beiden Augen eine Makuladegeneration habe und deshalb regelmässig Spritzen in die Augen benötige. Am 4. Oktober 2016 fand ein Round-Table mit dem Arbeitgeber des Versicherten statt (IV-act. 150). Dieser ergab, dass langfristig keine Möglichkeit bestehe, den Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit zu beschäftigen.

**C.f.** Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 31. Januar 2017 (IV-act. 152), der Versicherte klage trotz einer intensiven Physiotherapie und diversen Abklärungen (Angiologie, Neurologie und Rückenorthopädie) über Schmerzen im Bereich des Sprunggelenkes linksseitig. Er könne den Fuss nur wenig belasten. In einer sitzenden Tätigkeit mit einer Entlastung des linken Fusses sei eine Tätigkeit zu einem Pensum von 50 bis 100% zumutbar. Dr. F.\_\_\_\_ legte verschiedene Arztberichte bei. Fachärzte der Klinik X.\_\_\_\_ hatten am 10. Mai 2016 angegeben (IV-act. 152-20), der Versicherte leide seit einiger Zeit unter Kribbelparästhesien, Hypästhesien und Dysästhesien vor allem an der Fusssohle und am Zehenballen links, wenig auch am Fussrücken links. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei die Dys-/Hypästhesie am Fussrücken links nicht objektivierbar



## St.Galler Gerichte

gewesen. Die Untersuchung habe eine leichte, axonale, längenabhängige, sensomotorische Polyneuropathie gezeigt. Ein Anhaltspunkt für eine lokale Schädigung des N. peroneus sowie des N. tibialis im Fussbereich habe sich nicht ergeben. Dr. G. \_\_\_ hatte am 18. Oktober 2016 mitgeteilt (IV-act. 152-18), die Beschwerdesymptomatik (wohl in Bezug auf das am 9. Mai 2016 operierte Sprunggelenk) habe sich verbessert. Weiterhin hätten sich Schmerzen und Dysästhesien im Bereich der Narbe, hier auch mit einer deutlichen Veränderung der Narbe selber, gezeigt. Am 30. November 2016 hatte er festgehalten (IV-act. 152-16), die Narbensituation habe sich verbessert. Der Versicherte habe über vermehrte Stürze berichtet und eine Dysästhesie für die gesamte linke untere Extremität, vor allem auch im Unterschenkel und Fuss, beschrieben. Fachärzte der Klinik V. \_\_\_ hatten am 14. Dezember 2016 berichtet (IV-act. 152-11), eine vaskuläre Ursache der Schmerzsymptomatik und der Kribbelparästhesien im Bereich des linken Fusses habe ausgeschlossen werden können. Bei einem langjährigen Diabetes mellitus sowie einer Mediasklerose Mönckeberg und Wundheilungsstörungen sei von einer Mikroangiopathie auszugehen. Die Hypästhesien im Bereich der Vorfüsse und gegebenenfalls auch die Kribbelparästhesien seien am ehesten neuropathisch bedingt. Dr. med. M. \_\_\_ vom Wirbelsäulenzentrum der Klinik H. \_\_\_ hatte am 16. Januar 2017 mitgeteilt (IV-act. 152-6), ein MRI habe eine geringgradige Facettengelenksarthrose L4/5 sowie eine mässiggradige Osteochondrose L5/S1 mit einer Facettengelenksarthrose gezeigt. Sie habe zur diagnostischen Intervention die unteren Facettenetagen infiltriert. Am gleichen Tag hatte eine Fachärztin der U. \_\_\_ angegeben (IV-act. 152-7), sie habe in Bezug auf das rechte Auge eine schwere, nicht proliferative diabetische Retinopathie mit einem klinisch signifikanten Makulaödem mit einem Status nach 3x IVI von Lucentis und in Bezug auf das linke Auge eine proliferative diabetische Retinopathie mit einem klinisch signifikanten Makulaödem mit einem Status nach 6x IVI von Lucentis und einem Status nach pan-ALK diagnostiziert. Der Visus rechts betrage 73 Buchstaben (dies entspreche 0.625) und links 59 Buchstaben (dies entspreche 0.32). Die RAD-Ärztin Dr. K. \_\_\_ notierte am 3. Februar 2017 (IV-act. 154), nach einem wiederum langwierigen Heilungsverlauf nach der OSG-Arthroskopie im Mai 2016 habe sich die Narbensituation am linken Fuss deutlich verbessert. Die anhaltenden Hyp- und Kribbelparästhesien seien am ehesten als neuropathisch gedeutet worden. In einer adaptierten Tätigkeit mit einer Entlastung des



linken Fusses (sitzend, wechselbelastend mit intermittierendem Hochlagern) bestehe per sofort ein Eingliederungspotential. Die Arbeitsfähigkeit könne mit 50% beginnend im Verlauf auf etwa 80% gesteigert werden. Zusätzlich zu beachten sei, dass keine Nacht- oder Schichtarbeit zu leisten sei und keine besonderen Anforderungen an das Sehvermögen bestünden. Dr. G.\_\_\_\_ gab am 12. April 2017 an (IV-act. 159), aufgrund der deutlichen Wundprobleme sei damit zu rechnen, dass die Tätigkeit als B.\_\_\_\_ nicht mehr möglich sei. Er empfehle eine stehende-sitzende-laufende Tätigkeit. Am 15. Februar 2017 hatte Dr. G.\_\_\_\_ berichtet (IV-act. 159-3), es bestehe weiterhin eine deutlich aufgetriebene Narbe mit Schmerzen in diesem Bereich. Die Beweglichkeit des OSG sei gut und die Verhältnisse seien stabil.

**C.g.** Die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ notierte am 19. April 2017 (IV-act. 161), in der angestammten Tätigkeit als B.\_\_\_\_ liege dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Gehen in unebenem Gelände, ohne besondere Anforderungen an das Sehvermögen und ohne Nacht- oder Schichtarbeit betrage die Arbeitsfähigkeit etwa 80%.

**C.h.** Am 11. Mai 2017 gingen weitere Akten der Suva ein (IV-act. 166). Am 29. März 2017 hatte eine kreisärztliche Untersuchung stattgefunden. Der Suva-Kreisarzt Dr. med. N.\_\_\_\_ hatte gleichentags berichtet (Fremdakten-act. 105), die Beweglichkeit des OSG und die Stabilität seien als gut zu werten. Ein spezielles Augenmerk müsse auf die immer wieder instabile Operationsnarbe gelegt werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne von weiteren Operationen im Sprunggelenksbereich auf der linken Seite keine Verbesserung mehr erwartet werden; der Endzustand sei erreicht. In der angestammten Tätigkeit als B.\_\_\_\_ könne der Versicherte nicht mehr arbeiten. Es werde daher ein Zumutbarkeitsprofil formuliert: Das Heben und Tragen von Lasten solle nur leicht sein. Das Heben über Brusthöhe dürfe fünf Kilogramm nicht überschreiten. Arbeiten über Kopfhöhe sollten nicht durchgeführt werden, Rotationsarbeiten im Sitzen seien jedoch möglich. Das Sitzen könne vorgezogen sein, ebenso das Stehen. Die länger dauernde Haltung sollte auf das Sitzen fokussiert sein (75:25). Arbeiten, welche rezidivierendes Knien oder Kniebeugen erforderten oder Schläge auf die linke untere Extremität, speziell im Knöchelbereich, generierten, dürften nicht durchgeführt werden. Das Gehen bis 50m sei frei, das Gehen über 50m solle nur manchmal durchgeführt werden. Das Gehen über lange Strecken solle nicht



durchgeführt werden. Auf das Gehen in unebenem Gelände sei zu verzichten. Das Treppensteigen sei nicht eingeschränkt, Leitern sollten aber nur selten bestiegen werden. Dabei sei zu beachten, dass der Versicherte nichts in den Händen trage. Beidhändige Arbeiten könnten im Sitzen durchgeführt werden. Arbeiten, welche das Gleichgewicht oder Balancieren erforderten, dürften nicht durchgeführt werden. Zeitliche Einschränkungen bestünden nicht. Er hatte also eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert. Die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ notierte am 24. Mai 2017 (IV-act. 166), im Vergleich zur Arbeitsfähigkeitsschätzung der kreisärztlichen Untersuchung habe sie in der Stellungnahme vom 19. April 2017 zusätzlich die Einschränkungen durch den Diabetes mellitus mit einer Polyneuropathie und einer Mikroangiopathie berücksichtigt, wodurch sich die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten gesamthaft etwas vermindere. Das formulierte adaptierte Tätigkeitsprofil entspreche auch den Konditionen bei Rückenbeschwerden, so dass keine weitere Anpassung erforderlich sei. An der Arbeitsfähigkeitsschätzung vom 19. April 2017 sei festzuhalten.

**C.i.** Dr. G.\_\_\_\_ teilte am 10. August 2017 mit (IV-act. 170-7), der Versicherte habe erneut Wundheilungsprobleme und eine Hyperkeratose im Narbengebiet. Diese Hyperkeratosen träten spontan auf und es komme zu erneuten offenen Wunden. Derzeit sei die Wunde geschlossen. Der Versicherte habe in diesem Wundgebiet starke Schmerzen, teilweise schwelle auch das Gelenk selber an. Laufen und stehende Arbeiten mit schwererem Heben seien nicht mehr möglich. Vorwiegend leichte Arbeiten im Sitzen könnten noch durchgeführt werden. Der Versicherte sei zur Zweitmeinung in das T.\_\_\_\_ überwiesen worden.

**C.j.** Mit einer Verfügung vom 30. November 2017 wies die IV-Stelle, nach der Durchführung eines Vorbescheidverfahrens, das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 176). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

**C.k.** Am 28. März 2018 teilte die IV-Stelle mit (IV-act. 186), dass sie vorsehe, das Begehren um eine Invalidenrente abzuweisen. Zur Begründung gab sie an, die Abklärungen hätten ergeben, dass in der angestammten Tätigkeit als B.\_\_\_\_ keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Gehen in unebenem Gelände, ohne besondere Anforderungen an



das Sehvermögen sowie ohne Nacht- oder Schichtarbeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Bei einer Verwertung dieser Arbeitsfähigkeit sei es dem Versicherten möglich, auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein Einkommen von Fr. 48'843.-- zu erzielen (LSE-Tabelle des Bundesamts für Statistik). Das Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung betrage Fr. 58'147.--. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 16%. Der Versicherte erhob am 15. Mai 2018 einen Einwand (IV-act. 188). Er beantragte die Aufhebung des Vorbescheids vom 28. März 2018, die Durchführung zusätzlicher medizinischer Abklärungen, die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 30. November 2017 und die Zusprache beruflicher Massnahmen sowie die erneute Prüfung des Rentenanspruchs gestützt auf die medizinischen Abklärungen. In der Begründung führte er aus, der Einwand werde in erster Linie erhoben, um die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu beantragen. Er machte dementsprechend Ausführungen zur Wiedererwägung der Verfügung vom 30. November 2017 und zum Anspruch auf berufliche Massnahmen. Insbesondere brachte er vor, dass die Verfügung vom 30. November 2017 offensichtlich unrichtig sei. In Bezug auf den Rentenanspruch machte er im Wesentlichen geltend, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ vom 10. August 2017, laut der er (der Versicherte) lediglich noch sitzende Tätigkeiten ausüben könne, lasse das lumbovertebrale Schmerzsyndrom unberücksichtigt. Eine Rückenoperation komme wegen dem Diabetes mellitus nicht in Frage. Eine ausschliesslich sitzende Tätigkeit sei aufgrund der Rückendiagnose nicht oder nur eingeschränkt zumutbar. Im gleichen Bericht habe Dr. G.\_\_\_\_ ausserdem vermerkt, dass im T.\_\_\_\_ eine Zweitmeinung betreffend das OSG eingeholt werde. Zu diesem Zeitpunkt sei der Gesundheitszustand also noch nicht stabil gewesen. Die IV-Stelle habe trotz Kenntnis dieser Untersuchung keinen entsprechenden Bericht eingeholt. Im Herbst 2017 sei eine weitere Revision des OSG erfolgt mit dem Ziel, die Wundheilung zu verbessern. Diese habe sich zwar vorübergehend verbessert, zwischenzeitlich öffne sich die Wunde jedoch wieder. Er habe zudem kein Gefühl mehr im grossen Zehen, was zu Gangunsicherheiten führe. Was die Retinopathie betreffe, so hätten die Ärzte festgestellt, dass die Spritzen keine Verbesserung, sondern nur eine Stabilisierung bringen würden. Dies sei von der IV-Stelle nicht berücksichtigt worden. Obschon ein äusserst komplexes Beschwerdebild bestehe, habe die IV-Stelle keine polydisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit angeordnet und sich stattdessen auf die Beurteilung



durch den Suva-Kreisarzt gestützt. Dieser habe aber nur die Einschränkungen in Bezug auf das OSG berücksichtigt. Weitergehende Abklärungen aufgrund des Diabetes mellitus, der Retinopathie, des lumbovertebralen Schmerzsyndroms und der nach wie vor nicht heilenden Wunde am OSG seien nicht erfolgt. Die vorhandenen Berichte seien daher unvollständig und liessen keine umfassende (polydisziplinäre), schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zu. Aus dem Vorbescheid gehe nicht hervor, auf welche Berufskategorie und welche LSE sich die IV-Stelle beim Invalideneinkommen abstütze. Betreffend das Valideneinkommen sei offen, ob die Nominallohnentwicklung berücksichtigt worden sei und, falls ja, bis zu welchem Jahr.

**C.i.** Am 17. Mai 2018 führte die IV-Stelle aus (IV-act. 189), nach Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) könne der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig seien und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei. Der Entscheid über die Vornahme der Wiedererwägung sei in das Ermessen des Versicherungsträgers gestellt. In Bezug auf die Verfügung vom 30. November 2017 seien diese Voraussetzungen nicht erfüllt.

**C.m.** Mit einer Verfügung vom 15. Juni 2018 wies die IV-Stelle das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 190). Zum Einwand hielt sie fest, das Valideneinkommen sei für das Jahr 2016, dem frühesten Anspruch auf eine Rentenleistung, berechnet worden. Diesem sei die Lohnabrechnung der C.\_\_\_\_ AG für den Monat Januar 2016 zugrunde gelegt worden. Beim Invalideneinkommen werde auf den Anhang 2 der IV Ausgabe 2018 (herausgegeben durch die Informationsstelle AHV/IV), 2016, Kompetenzniveau 1, Männer, abgestellt. Neue medizinische Unterlagen, welche eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ermöglichen könnten, seien keine eingereicht worden. An der Arbeitsfähigkeitsschätzung durch den RAD sei festzuhalten.

**D.**

**D.a.** Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 16. August 2018 eine Beschwerde (act. G 1). Er beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 15. Juni 2018, die Durchführung zusätzlicher medizinischer Abklärungen und gestützt darauf die erneute Prüfung von beruflichen Massnahmen und des Rentenanspruchs. Ergänzend zum Einwand gegen den Vorbescheid machte er im Wesentlichen geltend, die IV-Stelle



(nachfolgend: Beschwerdegegnerin) stütze sich in der Hauptsache auf die Unfallakten sowie auf die Stellungnahme des RAD. Dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne jedoch nicht nachvollzogen werden. Am 25. August 2016 sei der RAD von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, die in der Folge auf 80% gesteigert werden könne. Unter welchen Voraussetzungen und Therapien und innerhalb welchen Zeitraums eine solche Steigerung realisiert werden solle, gebe der RAD nicht an. Die vom RAD hypothetisch angenommene Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei gar nie eingetreten. Die Beschwerdegegnerin vermöge daher nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen, dass er zu 80% in einer angepassten Tätigkeit arbeiten könnte. Folglich seien weitere medizinische Abklärungen notwendig. Der Anspruch auf eine Umschulung sei zu Unrecht verneint worden. Nach erfolgter Abklärung seien daher auch die beruflichen Massnahmen nochmals zu prüfen. Am 10. Oktober 2018 reichte der Beschwerdeführer Berichte der Klinik Y.\_\_\_\_ betreffend eine am 29. September 2017 durchgeführte Operation am OSG links (spindelförmige Wundexzision, Neurolyse eines Nervenastes) ein (act. G 4, 4.1). Fachärzte hatten am 17. Oktober 2017 berichtet (act. G 4.3), im Bereich des distalen Wundrandes habe sich eine minime blutig seröse Sezernierung gezeigt. Am 12. Dezember 2017 hatten sie angegeben an (act. G 4.4), im Bereich der Wunde komme es erneut zu einer hypertrophen Narbenbildung ohne eine Sezernierung auf Druck.

**D.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 26. November 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, sie habe ihren Entscheid in der Verfügung vom 15. Juni 2018 auf durch den RAD gewürdigte, selbst eingeholte Berichte der behandelnden Ärzte sowie auf den kreisärztlichen Untersuchungsbericht der Suva vom 29. März 2017 gestützt. Der RAD habe in seinen Stellungnahmen in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten und dem Kreisarzt der Suva die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit festgelegt. Dabei seien die zusätzlichen Einschränkungen durch den Diabetes mellitus Typ II mit einer Polyneuropathie und einer Mikroangiopathie angemessen berücksichtigt worden. Bezüglich des Augenleidens sei im Tätigkeitsprofil angegeben worden, dass keine besonderen Anforderungen an das Sehvermögen gestellt werden dürften. Aus den Akten ergäben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass weitere



Abklärungen notwendig wären. Selbst der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ betrachte die Augenprobleme nicht als die Arbeitsfähigkeit einschränkend. Die vom Beschwerdeführer am 10. Oktober 2018 eingereichten Berichte seien dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt worden. Der RAD habe am 24. Oktober 2018 festgehalten (vgl. act. G 8.1), eine Narbenrevision sei durchgeführt und ein Neurom sei entfernt worden. Die Wunde sei unter erneuter Ausbildung von übermässigem Narbengewebe verheilt, was auf die Funktion des klinisch stabilen OSG keinen Einfluss habe. Falls die Narbe beim Tragen geschlossener Schuhe weiterhin als störend empfunden werde, empfehle sich eine entsprechende Zurichtung/Polsterung des Schuhwerks. Die vorgebrachte verzögerte Wundheilung und die persistierenden Missempfindungen am Fuss veränderten die Arbeitsfähigkeitsschätzung somit nicht. Der Beschwerdeführer habe beantragt, nach erfolgter Abklärung seien die beruflichen Massnahmen nochmals zu prüfen. Die Verfügung vom 30. November 2017 sei nicht angefochten worden. Die beruflichen Massnahmen bildeten somit nicht Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens betreffend eine Invalidenrente.

**D.c.** Der Beschwerdeführer machte in der Replik vom 15. Januar 2015 im Wesentlichen ergänzend geltend (act. G 10), der RAD habe sich in der Stellungnahme vom 24. Oktober 2018 ausschliesslich zu den Beschwerden am OSG geäussert. Nach wie vor blieben die anderen Diagnosen, insbesondere das stark eingeschränkte Sehvermögen und die Rückenbeschwerden, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt. Auf den Stellungnahmen des RAD sei die fachärztliche Ausrichtung nicht vermerkt. Fraglich sei, ob die RAD-Ärztin qualifiziert sei, eine schlüssige Beurteilung vorzunehmen. In der Stellungnahme des RAD vom 24. Mai 2017, auf welche die Beschwerdegegnerin ihren ablehnenden Entscheid abgestützt habe, habe der RAD festgehalten, dass das von der Suva formulierte Zumutbarkeitsprofil (leichte Tätigkeit in Wechselbelastung mit überwiegendem Sitzen, kein Knien, kein Gehen auf unebenem Gelände, kein Arbeiten auf Gerüsten und Leitern) auch den Konditionen bei Rückenbeschwerden, der Polyneuropathie und der Mikroangiopathie Rechnung trage. Abgesehen davon, dass eine überwiegend sitzende Tätigkeit weder für die Rückenbeschwerden noch für die Angiopathie als adaptiert erachtet werden könne, sei die Formulierung wechselbelastend und hauptsächlich sitzend widersprüchlich und wenig schlüssig.



**D.d.** Die Beschwerdegegnerin führte in der Duplik vom 28. Januar 2019 aus (act. G 12), die RAD-Ärztin Dr. I. \_\_\_ sei Fachärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation sowie zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM); Dr. K. \_\_\_ sei Praktische Ärztin FMH sowie zertifizierte medizinische Gutachterin (SIM). Das Bundesgericht habe zum Thema Facharztstitel eines RAD-Arztes festgehalten, dass ein Arzt unabhängig von seiner Fachrichtung grundsätzlich in der Lage sei, die Kohärenz eines Berichts eines Kollegen zu beurteilen (Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2014, Rz 5 zu Art. 59 mit Verweis auf das Urteil des Bundesgerichts vom 27. Oktober 2008, 9C\_149/2008, E. 3.2).

### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 16% verneint. Die Verfügung vom 30. November 2017 betreffend einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ist demgegenüber unangefochten in Rechtskraft erwachsen, was vom Beschwerdeführer auch anerkannt worden ist. Er hat im Vorbescheidverfahren betreffend den Rentenanspruch nämlich beantragt, die Verfügung vom 30. November 2017 sei in Anwendung von Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedererwägungsweise aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin hat in einem Schreiben vom 17. Mai 2018 die Regelung von Art. 53 Abs. 2 ATSG wiedergegeben und festgehalten, dass der Entscheid über die Vornahme der Wiedererwägung in das Ermessen des Versicherungsträgers gestellt sei. Sie hat mitgeteilt, diese Voraussetzungen seien nicht erfüllt (IV-act. 189). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren hat der Beschwerdeführer dann beantragt, die Verfügung vom 15. Juni 2018 (betreffend Rente) sei aufzuheben, es seien zusätzliche medizinische Abklärungen durchzuführen und gestützt auf diese Abklärungen seien die beruflichen Massnahmen sowie der Rentenanspruch erneut zu prüfen. Zu klären ist zunächst, wie die Anträge des Beschwerdeführers zu interpretieren sind. Der erste Antrag ist klar formuliert und verlangt die Aufhebung der rentenabweisenden Verfügung vom 15. Juni 2018. Beim zweiten Antrag, es seien zusätzliche medizinische Abklärungen durchzuführen, stellt sich die Frage, ob sich dies an die Beschwerdegegnerin oder an das Gericht richtet. In der Beschwerdebegründung finden sich keine Ausführungen, welche darauf hindeuten würden, dass das Gericht selbst zusätzliche medizinische Abklärungen tätigen solle; namentlich wird nicht verlangt, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt werde. Im



Vorbescheidverfahren hat der Beschwerdeführer ebenfalls die Durchführung zusätzlicher medizinischer Abklärungen beantragt. Dieses Begehren kann sich nur an die Beschwerdegegnerin gerichtet haben. Der zweite Beschwerdeantrag ist deshalb so zu interpretieren, dass der Beschwerdeführer die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zu weiteren medizinischen Abklärungen verlangt hat. Beim dritten Beschwerdeantrag ist klärungsbedürftig, ob der Beschwerdeführer eine materielle Überprüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen und auf eine Invalidenrente oder lediglich einen formellen Antrag im Sinne einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Prüfung der beiden Ansprüche gemeint hat. Angesichts der Interpretation des zweiten Beschwerdeantrags kann nur letzteres gemeint gewesen sein. Der dritte Beschwerdeantrag ist deshalb in Bezug auf den Rentenanspruch so zu verstehen, dass die Angelegenheit zu weiteren medizinischen Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei. In Bezug auf den Anspruch auf berufliche Massnahmen kann er nur so gemeint gewesen sein, dass das Gericht das Nichteintreten auf das Wiedererwägungsgesuch durch die Beschwerdegegnerin am 17. Mai 2018 (zur Qualifikation des Schreibens vom 17. Mai 2018 vgl. E. 2.1 und 2.3) aufheben und die Angelegenheit zur Behandlung des Wiedererwägungsgesuchs an die Beschwerdegegnerin zurückweisen solle. Eine Rückweisung zur erneuten Prüfung der beruflichen Massnahmen kann nicht gemeint gewesen sein, weil die formell rechtskräftige Verfügung vom 30. November 2017 auch für das Gericht verbindlich gewesen ist. Das ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer bewusst gewesen, da er ja vorgängig ein Wiedererwägungsgesuch zur Aufhebung der formell rechtskräftigen Verfügung vom 30. November 2017 gestellt hatte. Demnach beinhaltet das Beschwerdeverfahren zwei Streitgegenstände, nämlich den Anspruch auf eine Invalidenrente und die Frage des Eintretens auf das Wiedererwägungsgesuch betreffend die berufliche Eingliederung. Aus verfahrensökonomischen Gründen ist es sinnvoll, die beiden Streitgegenstände in einem Urteil zu behandeln. Das bedeutet allerdings nicht, dass dieses Urteil nur gesamthaft angefochten werden könnte. Vielmehr steht es den Parteien frei, das Urteil nur bezüglich des einen Streitgegenstandes mit einer Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht anzufechten. Diesem Umstand wird mit einer strikten Trennung der beiden Entscheide (und der jeweiligen Kosten- und Entschädigungsfolgen) im Urteilsdispositiv Rechnung getragen.



### 2.

**2.1.** Gemäss 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. Aus der Formulierung im Schreiben vom 17. Mai 2018 ergibt sich nicht klar, ob die Beschwerdegegnerin auf das Wiedererwägungsgesuch des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist oder ob sie darauf eingetreten und nach einer Prüfung der Voraussetzungen für eine Wiedererwägung zum Schluss gekommen ist, dass diese in Bezug auf die Verfügung vom 30. November 2017 nicht erfüllt seien. Die Akten enthalten keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdegegnerin geprüft hätte, ob die Verfügung zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei. Das Schreiben vom 17. Mai 2018 kann deshalb nur so interpretiert werden, dass die Beschwerdegegnerin unter Berufung auf das ihr von Art. 53 Abs. 2 ATSG eingeräumte "schrakenlose Ermessen" (bei genauer Betrachtung: die von Art. 53 Abs. 2 ATSG eingeräumte Freiheit, willkürlich über die Eröffnung eines Wiedererwägungsverfahrens zu entscheiden) auf das Wiedererwägungsgesuch nicht eingetreten ist und dem Beschwerdeführer diesen Nichteintretensentscheid formlos eröffnet hat.

**2.2.** Nach der langjährigen, konstanten Praxis des Bundesgerichts sind die Versicherungsträger nicht verpflichtet, ein Wiedererwägungsverfahren zu eröffnen. Das Zurückkommen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide beim Fehlen von Revisionsgründen liegt vielmehr im "schrakenlosen Ermessen", d.h. in der gesetzlich eingeräumten Willkür des Versicherungsträgers. Das Bundesgericht leitet daraus ab, dass ein Nichteintretensentscheid nicht angefochten werden könne und deshalb weder mit einer Begründung noch mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen werden müsse, also völlig formlos eröffnet werden könne (BGE 133 V 50; vgl. auch Rz 3013 des Kreisschreibens über die Rechtspflege in der AHV, der IV, der EO und bei den EL, Stand 1. April 2013; vgl. allerdings auch das Urteil des Bundesgerichts vom 1. Februar 2017, 8C\_716/2016, in welchem das Bundesgericht ohne jede Auseinandersetzung mit seiner eigenen konstanten Praxis oder dem Schrifttum die Pflicht der Sozialversicherungsträger, das Nichteintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch zu verfügen, bejaht hat). Art. 49 Abs. 1 ATSG verlangt jedoch, dass jeder verfahrensabschliessende Entscheid, der erheblich ist oder mit dem die versicherte Person nicht einverstanden ist, also insbesondere auch jeder Nichteintretensentscheid, in der Form einer anfechtbaren Verfügung zu eröffnen sei. Der Art. 53 Abs. 2 ATSG sieht keine Ausnahme von diesem Grundsatz vor. Die



Auffassung des Bundesgerichts, ein Nichteintretensentscheid betreffend ein Wiedererwägungsgesuch könne völlig formlos eröffnet werden, kann sich folglich nicht auf eine gesetzliche Grundlage stützen. Sie könnte nur dann gesetzmässig sein, wenn Art. 49 Abs. 1 ATSG eine Lücke bezüglich Nichteintretensentscheiden bei Wiedererwägungsgesuchen enthielte. Eine solche Lücke läge vor, wenn das Fehlen einer abweichenden Regelung als ein gesetzgeberisches Versehen und nicht als ein vom Gesetzgeber gewollter Entscheid zu qualifizieren wäre. Ein Versehen kann aber nicht vorliegen, da kein Grund ersichtlich ist, weshalb der Gesetzgeber eine gerichtliche Überprüfung von Nichteintretensentscheiden bei Wiedererwägungsgesuchen hätte verhindern wollen. Zudem hat das "schrackenlose Ermessen", mit dem der Sozialversicherungsträger über das Eintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch entscheiden kann, entgegen der Auffassung des Bundesgerichts nicht zur Folge, dass eine gerichtliche Überprüfung der Rechtmässigkeit eines Nichteintretensentscheides betreffend ein Wiedererwägungsgesuch in jedem denkbaren Fall unmöglich wäre und deshalb die Beschwerdemöglichkeit von vornherein ausgeschlossen sein müsste. Wenn sich ein Sozialversicherungsträger bereits materiell – das heisst über die regelmässig mit der Beantwortung der Eintretensfrage verbundene "Vorabprüfung" hinausgehend – mit einem Wiedererwägungsgesuch auseinandergesetzt hat und in diesem Sinne de facto bereits auf dieses Wiedererwägungsgesuch eingetreten ist, kann er trotz seines "schrackenlosen Ermessens" keinen Nichteintretensentscheid mehr erlassen. Erlässt er trotz des bereits erfolgten (faktischen) Eintretens einen Nichteintretensentscheid, ist dieser rechtswidrig. Die betroffene versicherte Person muss in einem solchen Fall die Möglichkeit haben, die Aufhebung des rechtswidrigen Nichteintretensentscheids beim Gericht zu beantragen. Ein Nichteintretensentscheid ist auch dann rechtswidrig, wenn die versicherte Person gar kein Wiedererwägungsgesuch gestellt, sondern um eine Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG oder um eine prozessuale Revision im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG ersucht hat, der Sozialversicherungsträger das Begehren aber fälschlicherweise als Wiedererwägungsgesuch interpretiert hat. Auch in einem solchen Fall muss der Nichteintretensentscheid gerichtlich aufgehoben werden können. Diese beiden Fallkonstellationen belegen, dass ein generelles Interesse daran besteht, Nichteintretensentscheide betreffend Wiedererwägungsgesuche einer gerichtlichen Überprüfung zugänglich zu machen. Folglich spricht nichts dagegen, Nichteintretensentscheide verfahrensrechtlich respektive hinsichtlich der Verfügungspflicht wie jeden anderen Endentscheid zu behandeln. Das Vorliegen einer Gesetzeslücke in Art. 49 Abs. 1 ATSG ist zu verneinen, weshalb sich die bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht mit der gesetzlichen Regelung in Übereinstimmung bringen lässt (vgl. zum Ganzen das – vom Bundesgericht



aufgehobene – Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. September 2016, IV 2015/98, E. 2.2). Damit steht fest, dass das Nichteintreten auf ein Wiedererwägungsgesuch verfügt werden muss.

**2.3.** Im Folgenden ist zu prüfen, ob der formlos eröffnete Nichteintretensentscheid vom 17. Mai 2018 als (formwidrige) Verfügung zu qualifizieren ist. Das Schreiben vom 17. Mai 2018 enthält die für eine Verfügung erforderlichen Elemente eines Entscheids (vorliegend das Nichteintreten auf das Wiedererwägungsgesuch), der Schriftlichkeit und der Begründung. Die Begründung ist darin zu erblicken, dass die Beschwerdegegnerin angegeben hat, der Entscheid über die Vornahme der Wiedererwägung sei in das Ermessen des Versicherungsträgers gestellt (vgl. E. 2.1). Das Schreiben ist dem Beschwerdeführer eröffnet worden. Einzig die Bezeichnung als Verfügung und die Rechtsmittelbelehrung fehlen (zu den Verfügungselementen vgl. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/ Basel/Genf 2020, N 54 ff. zu Art. 49). Das Schreiben vom 17. Mai 2018 ist deshalb als – mangelhaft eröffnete – Verfügung zu qualifizieren. Aus einer mangelhaft eröffneten Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Dies bedeutet, dass ein Rechtsmittel trotz einer verspäteten Einreichung gegebenenfalls entgegenzunehmen ist (vgl. Kieser, a.a.O., N 72 zu Art. 49). Der Beschwerdeführer hat am 16. August 2018 – zusammen mit der Anfechtung der rentenabweisenden Verfügung vom 15. Juni 2018 – und damit rund drei Monate nach der mangelhaft eröffneten Verfügung vom 17. Mai 2018 eine Beschwerde erhoben. Die Beschwerdefrist von 30 Tagen ist damit abgelaufen gewesen. Da das Schreiben vom 17. Mai 2018 weder als Verfügung bezeichnet worden ist noch eine Rechtsmittelbelehrung enthalten hat, der Verfügungscharakter also nicht leicht erkennbar gewesen ist, und da die Gerichtsferien in diesen Zeitraum gefallen sind (vgl. Art. 38 Abs. 4 ATSG), die Beschwerde also "nur" um rund einen Monat verspätet erhoben worden ist, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**2.4.** Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Wiedererwägungsgesuch nicht eingetreten ist. Vorliegend hat der Beschwerdeführer klar um eine Wiedererwägung der Verfügung vom 30. November 2017 im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG ersucht. Der Beschwerdeführer hat nämlich explizit um die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung ersucht und geltend gemacht, diese sei offensichtlich unrichtig gewesen (IV-act. 188). Es hat sich also nicht um ein Gesuch um eine Revision im Sinne von Art. 17 ATSG oder um eine prozessuale Revision im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG gehandelt. Die Beschwerdegegnerin hat das Ersuchen somit zu Recht als Wiedererwägungsgesuch qualifiziert. Nach der Auffassung des Bundesgerichts kommt dem Versicherungsträger hinsichtlich des Eintretens auf ein



Wiedererwägungsgesuch ein "schranksloses Ermessen" zu (vgl. E. 2.2). Ein Entscheid, der vom Sozialversicherungsträger in diesem Sinne völlig frei, d.h. willkürlich gefällt werden kann, kann naturgemäss nicht anhand rechtlicher Vorgaben auf seine Rechtmässigkeit und auf seine Verhältnismässigkeit überprüft werden, denn in einem Bereich "schrankslosen Ermessens" bzw. im Bereich zulässiger Willkür kann es keine Kriterien für die gerichtliche Überprüfung geben. Eine gerichtliche Überprüfung der Frage, ob der Nichteintretensentscheid zu Recht erfolgt ist, ist damit unmöglich. Daraus folgt, dass der – mangelhaft eröffnete – Nichteintretensentscheid vom 17. Mai 2018 nur bestätigt werden kann. Eine Aufhebung des Nichteintretensentscheides und dessen Ersatz durch einen Eintretensentscheid, verbunden mit einer Überweisung an die Beschwerdegegnerin zur materiellen Behandlung des Wiedererwägungsgesuches, ist ausgeschlossen. Die Beschwerde ist demnach in diesem Punkt abzuweisen.

### 3.

**3.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

**3.2.** Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Zu prüfen ist somit, ob seit der Anmeldung vom Oktober 2015 eine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit



dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist. Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch gestützt auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ abgewiesen. Dr. K.\_\_\_\_ hatte am 19. April 2017 notiert (IV-act. 161), in der angestammten Tätigkeit als B.\_\_\_\_ liege dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. In einer adaptierten Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne das Gehen in unebenem Gelände, ohne besondere Anforderungen an das Sehvermögen und ohne Nacht- oder Schichtarbeit) betrage die Arbeitsfähigkeit etwa 80%. Sie hatte sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017 und 12. April 2017 und von Dr. F.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2017 und die von ihm eingereichten Unterlagen gestützt (vgl. die RAD-Stellungnahme vom 3. Februar 2017, IV-act. 154). Dr. F.\_\_\_\_ hatte in einer sitzenden Tätigkeit mit einer Entlastung des linken Fusses eine 50-100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Nach dem Eingang des Berichts der kreisärztlichen Untersuchung durch die Suva vom 29. März 2017 hatte Dr. K.\_\_\_\_ am 25. Mai 2017 festgehalten (IV-act. 166), an der Arbeitsfähigkeitsschätzung vom 19. April 2017 sei festzuhalten. Der Suva-Kreisarzt habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als B.\_\_\_\_ attestiert. In einer adaptierten Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit überwiegendem Sitzen, kein Knien, kein Gehen in unebenem Gelände und kein Arbeiten auf Leitern und Gerüsten) habe er (in Bezug auf den Unfallschaden) eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung vom 19. April 2017 habe sie zusätzlich die Einschränkungen durch den Diabetes mellitus Typ II mit einer Polyneuropathie und einer Mikroangiopathie berücksichtigt, wodurch sich die Arbeitsfähigkeit gesamthaft etwas vermindere. Das formulierte adaptierte Tätigkeitsprofil entspreche auch den Konditionen bei Rückenbeschwerden, so dass keine weitere Anpassung erforderlich sei. Dr. K.\_\_\_\_ hat sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung also nicht nur auf den Bericht der kreisärztlichen Untersuchung, in dem nur die gesundheitlichen Beeinträchtigungen am linken OSG als Folge des Unfalls vom 23. April 2015 berücksichtigt worden waren, sondern auch auf die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte gestützt. Ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung vermag aber nicht zu überzeugen. Zunächst ist festzustellen, dass Dr. K.\_\_\_\_ nicht näher ausgeführt hat, aus welchen Gründen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit eingeschränkt sein und weshalb die Einschränkung gerade 20% (und nicht z.B. 10% oder 30%) betragen soll. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist damit nicht nachvollziehbar. Zudem hat Dr. K.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, was für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung erforderlich gewesen wäre (vgl. BGE 125 V 352, E. 3a, wonach für den Beweiswert eines Arztberichts unter anderem entscheidend ist, dass er auf allseitigen Untersuchungen



beruht; eine persönliche Untersuchung gehört zu einer allseitigen Untersuchung grundsätzlich dazu). Des Weiteren hat sich Dr. K. \_\_\_ bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die Berichte der behandelnden Ärzte gestützt. Überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzungen von behandelnden Ärzten für adaptierte Tätigkeiten liegen aber keine vor, zumal behandelnde Ärzte bereits aufgrund ihres Therapieauftrags als befangen erscheinen. Der Hauptgrund dafür, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K. \_\_\_ die verbliebene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt, ist jedoch darin zu erblicken, dass der an einem polymorbiden Gesundheitszustand leidende Beschwerdeführer nicht im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung untersucht worden ist. Über den Beschwerdeführer sind im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2018 folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen dokumentiert gewesen: Ein St. n. OSG-Distorsion links vom 23. April 2015 bei einem St. n. fibulotalarer Bandplastik links 2007 mit einer Operation am 9. Mai 2016 (Arthroskopie und antero-laterales Débridement OSG links, Exostosenabtragung Tibiavorderkante und laterale Talusschulter, Rekonstruktion des LTFA und CFL mittels Broström-Gould, Fremdakten-act. 17-3) und einer guten Beweglichkeit und Stabilität am 29. März 2017 (Fremdakten-act. 105), wiederholte Wundheilungsprobleme am OSG links und einem teilweisen Anschwellen des Gelenks (IV-act. 170-7) mit einer Operation am 29. September 2017 (spindelförmige Wundexzision, Neurolyse eines Nervenastes, act. G 4.1) und einer erneuten hypertrophen Narbenbildung (act. G 4.4), ein Diabetes mellitus Typ II, eine Polyneuropathie (IV-act. 152-20), eine Mikroangiopathie (IV-act. 152-11), eine geringgradige Facettengelenksarthrose L4/5 sowie eine mässiggradige Osteochondrose L5/S1 mit einer Facettengelenksarthrose (IV-act. 152-6), eine schwere, nicht proliferative diabetische Retinopathie mit klinisch signifikantem Makulaödem am Auge rechts und eine proliferative diabetische Retinopathie mit klinisch signifikantem Makulaödem am Auge links (IV-act. 152-7), ein St. n. einem Herpes-Zoster Th 5 links im Februar 2016 mit einer Zoster-Neuralgie (act. G 4.4) und eine Adipositas. Angesichts der Vielzahl der in den Akten enthaltenen Befunde und Diagnosen, welche unterschiedliche medizinische Fachgebiete betreffen (mindestens Innere Medizin, Orthopädie/Rheumatologie, Ophthalmologie), wäre es zwingend erforderlich gewesen, die verbliebene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung abzuklären, insbesondere um möglichen Wechselwirkungen der Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre also eine Konsensbeurteilung durch Sachverständige verschiedener medizinischer Disziplinen erforderlich gewesen. Die zwar im Kontext der



Arbeitsfähigkeitsschätzungen des Suva-Kreisarztes, von Dr. G.\_\_\_\_ und von Dr. F.\_\_\_\_ abgegebene, letztlich aber alleine vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ kann (aus der Sicht eines medizinischen Laien) nicht überzeugen, zumal nach der Auffassung des Bundesgerichts ergänzende (medizinische) Abklärungen vorzunehmen sind, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und der Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 135 V 369, E. 4.4). Demnach kann die der angefochtenen Verfügung zugrundegelegte Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht überzeugen. Die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2018 ist deshalb aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es ist der Beschwerdegegnerin (bzw. deren RAD) oder aber der von der Beschwerdegegnerin zu beauftragenden MEDAS überlassen, die für eine umfassende Untersuchung erforderlichen medizinischen Fachdisziplinen zu bestimmen. Die Rückweisung ist vorliegend zulässig, da der Aspekt der möglichen Wechselwirkungen der verschiedenen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verwaltungsverfahren nicht berücksichtigt worden ist, es sich somit *nicht* um einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen medizinischen Sachverhalt handelt (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen [im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen] medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält).

#### 4.

**4.1.** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. In Bezug auf die Überprüfung des Entscheids der Beschwerdegegnerin, auf das Wiedererwägungsgesuch nicht einzutreten, ist der Beurteilungsaufwand zu gering gewesen, als dass sich die Auferlegung von Kosten rechtfertigen würde. In Bezug auf den Rentenanspruch ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung praxisgemäss als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.



**4.2.** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des Beschwerdeführers zu betrachten ist. In Bezug auf den Rentenanspruch obsiegt der Beschwerdeführer also vollständig. Soweit sich seine Beschwerde gegen den Entscheid der Beschwerdegegnerin, auf das Wiedererwägungsgesuch nicht einzutreten, richtet, unterliegt der Beschwerdeführer. Der entsprechende Aufwand des Rechtsvertreters ist aber zu klein gewesen, als dass sich dafür ein "Abzug" von der Parteientschädigung rechtfertigen würde, denn das Aktenstudium ist aufgrund des strittigen Rentenanspruchs ohnehin notwendig gewesen. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Praxisgemäss beträgt die Parteientschädigung in einem durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer deshalb mit Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Mai 2018, nicht auf ein Wiedererwägungsgesuch einzutreten, wird abgewiesen.

**2.**

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. Juni 2018 wird teilweise gutgeheissen; die Verfügung vom 15. Juni 2018 wird aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

**3.**

Dem Beschwerdeführer wird für das Beschwerdeverfahren betreffend die Nichteintretensverfügung keine Gerichtsgebühr auferlegt.

**4.**

Die Beschwerdegegnerin hat für das Beschwerdeverfahren betreffend den



## St.Galler Gerichte

Rentenanspruch eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

### 5.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.