



**Fall-Nr.:** IV 2012/27  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 08.06.2020  
**Entscheiddatum:** 21.06.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 21.06.2012**

**Art. 43 Abs. 3 ATSG. Sachverhaltsabklärung im Revisionsverfahren.  
Rückweisung zur Abklärung der Höhe der Arbeitsfähigkeit mit Sucht  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Juni  
2012, IV 2012/27).**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner und Marie-  
Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

#### **Entscheid vom 21. Juni 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Sozialamt der Stadt St. Gallen, Brühlgasse 1, 9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision (Einstellung)

#### **Sachverhalt:**



A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 22. August 1999 wegen starker Depression, Rücken- und Kopfschmerzen zum Bezug von Invalidenleistungen an (act. G 5.1/98). Sein Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 19. November 1999 als Diagnosen eine pathologische Entwicklung mit Panikattacken und Phobien, drohende soziale Verwahrlosung, Tranquillizerabusus, Nikotinabusus sowie einen Status nach Cholecystektomie fest (act. G 5.1/91).

A.b Gestützt auf eine psychiatrische Untersuchung vom 25. April 2000 diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_, im Gutachtensbericht vom 19. Mai 2000 eine psychische Überlagerung von körperlichen Beschwerden aus dem rheumatischen Formenkreis und Migräne (ICD-10: F54) bei Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit histrionischen und zylothymen Zügen (ICD-10 F60.8), eine rezidivierende Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) sowie einen sekundären Benzodiazepinabusus (ICD-10: F19.2). Die Arbeitsfähigkeit sah er auf Grund des psychischen Leidens um 25% eingeschränkt. Zudem sei eine Psychotherapie inklusive eine adäquate Psychopharmakotherapie dringend indiziert (act. G 5.1/84). Auf entsprechende Aufforderung der IV-Stelle hin nahm der Versicherte am 25. August 2000 in der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle eine Psychotherapie auf. Auf Anfrage der IV-Stelle erklärte med. pract. D.\_\_\_\_, Stellvertretender Oberarzt der Beratungsstelle, am 27. Oktober 2010, der Versicherte habe kooperativ an bisher vier Beratungsterminen teilgenommen. Es liege aber ein langer Krankheitsverlauf vor, wobei das Zustandsbild weitgehend chronifiziert sei. Der Versicherte sei zur Zeit sehr unselbständig und zeige ein Vermeidungsverhalten. Aktuell sei der Versicherte nicht eingliederungsfähig. Es wäre daher sinnvoll, einen Arztbericht erst in 2 - 3 Monaten einzureichen (act. G 5.1/80). Mit ausführlich begründetem Bericht vom 18. Januar 2001 attestierte med. pract. D.\_\_\_\_ dem Versicherten ab Behandlungsbeginn vom 25. August 2000 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (act. G 5.1/76).

A.c Mit Verfügungen vom 11. April 2001 sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Wirkung ab 1. November 2000 bis 31. Januar 2001 eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40% (act. G 5.1/69) und ab 1. Februar 2001 eine ganze Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% zu (act. G 5.1/70). Am 20. April



2001 schloss med. pract. D.\_\_\_\_ die ambulante Behandlung des Versicherten für den Moment ab (act. G 5.1/68), wie er der IV-Stelle mitteilte. Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte im Verlaufsbericht vom 23. März 2003, es bestehe beim Versicherten weiterhin eine hochgradige Tranquillizerabhängigkeit. Zudem sei der Versicherte in keiner Weise motiviert, sich in einen stationären Tranquillizerentzug zu begeben. Nach wie vor sei keine berufliche Eingliederungsfähigkeit gegeben (act. G 5.1/66). Darauf teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, die Überprüfung des Invaliditätsgrads habe keine Änderung ergeben (act. G 5.1/65).

A.d Im Revisionsverfahren 2006 bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ am 10. November 2006 unveränderte Verhältnisse (act. G 5.1/52). Da der Versicherte unverändert als Selbständigerwerbender bei der Kantonalen Ausgleichskasse erfasst war, wurden die finanziellen Verhältnisse bei der Ausgleichskasse und beim Steueramt nachgefragt. Dabei ergab sich, dass die Steuerbehörde ermessensweise Einkommen aus selbständiger Tätigkeit einsetzte. Darüber hinaus sei einmalig im Jahr 2003 ein Betrag von Fr. 15'000.-- als Einkommen aus einem Restaurationsbetrieb eines Vereins eingeschätzt worden (act. G 5.1/45f.). In der Folge wurde dem Versicherten am 7. Mai 2007 mitgeteilt, er habe unverändert Anspruch auf eine ganze Rente (act. G 5.1/41).

A.e Im Mai 2010 wurde erneut eine Revision eingeleitet (act. G 5.1/39). Im Verlaufsbericht vom 9. Juli 2010 bestätigte der neue Hausarzt des Versicherten, Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, einen stationären Gesundheitszustand (act. G 5.1/33).

A.f RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 27. August 2010 fest, dass sich anhand des Verlaufsberichts des Hausarztes keinerlei Schlüsse ziehen liessen. Die zu Grunde liegenden Gesundheitsschäden seien mit keinem Wort erwähnt, die anhaltenden Funktionsstörungen nicht aufgeführt. Bei einem Schaden, der eine volle Invalidität ausmachen solle, fehlten Unterlagen von Fachärzten (act. G 5.1/32-2). Der Versicherte gab im Formular zur Leistungsüberprüfung vom 3. November 2010 (Eingang IV-Stelle) an, nicht in psychiatrischer Behandlung zu sein (act. G 5.1/27). Gemäss seinem Hausarzt war er auch nicht zur erneuten Aufnahme einer psychologischen/ psychiatrischen Betreuung zu bewegen (act. G 5.1/25).



A.g Vom 14. bis 16. März sowie am 23. März 2011 wurde der Versicherte polydisziplinär in der MEDAS Ostschweiz abgeklärt. Gemäss Bericht vom 25. Mai 2011 wurde aus psychiatrischer Sicht eine stationäre Entzugsbehandlung empfohlen mit anschliessender ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Erst wenn das Lorazepam abgesetzt und gegebenenfalls durch geeignetere nichtsuchtfördernde Substanzen ersetzt werde, könne die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nochmals beurteilt werden. Seit der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ am 19. Mai 2000 habe sich der Gesundheitszustand nicht wesentlich verändert. Die Beurteilung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, wonach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, könne aus aktueller Sicht nicht nachvollzogen werden. So lasse sich den Akten entnehmen, dass der Versicherte von 2000 bis 2005 einer selbständigen Tätigkeit nachgegangen sei. Aus orthopädischer Sicht wurde die Arbeit als Maurer als nicht mehr zumutbar, diejenige als Altmetallhändler unter gewissen Voraussetzungen als möglich erachtet. Hauptgutachterlich wurde zudem festgehalten, dass die chronische Cephalaea (Mischkopfschmerz) infolge unvorhersehbarer Schmerzattacken zu einer rund 10 bis maximal 20% eingeschränkten Leistungsfähigkeit führen dürfte (act. G 5.1/20). Der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ nahm dazu am 11. Juli 2011 Stellung. Er sah aus ärztlicher Sicht keine Gründe, welche der Durchführung einer stationären Lorazepamentzugs- und Entwöhnungsbehandlung entgegenstünden (act. G 5.1/19).

A.h Unter dem Titel der Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht wurde der Versicherte mit Schreiben vom 1. September 2011 zur Durchführung einer stationären Lorazepamentzugs- und Entwöhnungsbehandlung sowie zur Behandlung der psychischen Störung (Agoraphobie, Panikstörung) aufgefordert. Ausserdem habe er sich während mindestens sechs Monaten zweimal monatlich Urinuntersuchungen zum Nachweis der Lorazepamabstinenz zu unterziehen. Nach Einhalten einer sechsmonatigen Abstinenz werde die IV-Stelle medizinische Abklärungen einleiten und den Anspruch auf die bisherigen Leistungen überprüfen (act. G 5.1/18).

A.i Darauf bezugnehmend hielt der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ am 15. September 2011 fest, dass allein der Gedanke der Abwesenheit von zu Hause und die stationäre Unterbringung an einem familienfernen Ort, dem Versicherten unerträglich erschienen. Dieser Umstand sei sehr ernst zu nehmen, da eine latente Suizidalität nicht



## St.Galler Gerichte

auszuschliessen sei. Der Versicherte sei allerdings bereit, in einem ambulanten Rahmen eine psychiatrisch-psychologische Betreuung zu beginnen mit der Massgabe, dass dann im Verlauf eine Umstellung auf andere Medikamente ohne suchtförderndes Potenzial möglich sei (act. G 5.1/17-1).

A.j RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_ bestätigte am 3. Oktober 2011 erneut, aus versicherungsmedizinischer, insbesondere psychiatrischer Sicht gäbe es keine stichhaltigen Gründe, die einer stationären Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung entgegenstünden. Sofern sich der Versicherte dieser Massnahme weiterhin hartnäckig verschliesse, wäre auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit trotz 4 - 5 mg Temesta täglich anzudenken. Bekanntlich sei der Benzo-Entzug wegen der Gefahr von symptomatischen hirnrorganischen Krampfanfällen lege artis unter stationären und nicht ambulanten Bedingungen durchzuführen (act. G 5.1/16). Am 5. Oktober 2011 wurde der Versicherte unter dem Titel "Mahn- und Bedenkzeitverfahren" letztmals zur Erfüllung der Auflagen bis spätestens 31. Oktober 2011 aufgefordert (act. G 5.1/15).

A.k Mit Verfügung vom 6. Dezember 2011 wurde die Invalidenrente des Versicherten auf Grund Nichterfüllung der gestellten Auflagen und damit Verletzung seiner Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht per sofort eingestellt. Der Beschwerde wurde die aufschiebende Wirkung entzogen (act. G 5.1/12).

B.

B.a Dagegen richtet sich die Beschwerde des Versicherten, vertreten durch den Rechtsdienst des Sozialamts der Stadt St. Gallen, vom 20. Januar 2012 mit den Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen und die Vorinstanz sei entsprechend anzuweisen, dem Versicherten seine bisherige Rente weiterhin auszurichten. Eventualiter sei die Streitsache zur Wiederholung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege samt Rechtsverteistandung zu gewähren; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung machten die Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gestützt auf das Schreiben des Hausarztes vom 15. September 2011 in erster Linie die Unzumutbarkeit der gemachten Auflagen geltend (act. G 1).



## St.Galler Gerichte

B.b In einer E-Mail vom 29. Februar 2012 hielt die zuständige Sozialarbeiterin fest, gestützt auf einen ersten Termin des Versicherten bei Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiater der Suchtfachstelle, habe dieser einen ambulanten Entzug für realistisch erachtet. Zuerst werde das aktuelle Benzo (Temesta) durch Valium ersetzt, dann werde dieses sukzessive abgebaut. Dies alles passiere in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt. Wenn das Valium immer mehr abgebaut sei, würden wohl die Panikattacken wieder vermehrt auftreten. Diese würde man dann versuchen, mit anderen Medikamenten (z.B. Antidepressiva) und / oder Verhaltenstherapie zu behandeln. Wie die anschliessende Arbeitsfähigkeit aussehe, werde sich zeigen (act. G 5.1/6-7).

B.c In der Beschwerdeergänzung vom 2. März 2012 wiesen die Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf die Aussagen Dr. H.\_\_\_\_s hin. Zudem rügten sie, die Beschwerdegegnerin sei ihrer Begründungspflicht keineswegs rechtsgenügend nachgekommen (act. G 4).

B.d Mit Beschwerdeantwort vom 2. April 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5).

B.e Mit Präsidialverfügung vom 4. April 2012 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) bewilligt (act. G 6).

B.f In der Replik vom 3. Mai 2012 beantragte der Beschwerdeführer zusätzlich zu seinem Hauptantrag, die Zumutbarkeit des von der Beschwerdegegnerin geforderten Entzugs im Auftrag des Gerichts von einer neutralen Stelle prüfen zu lassen (act. G 8).

B.g Mit Duplik vom 22. Mai 2012 äusserte sich die Beschwerdegegnerin zum verfügten Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde. Sie führte weiter aus, dass es sich bei der Nichterfüllung des von der MEDAS geforderten Entzugs um eine Verletzung der Mitwirkungspflicht handle (act. G 10).

### **Erwägungen:**

1.



Vorliegend wurde im Mai 2010 ein weiteres Revisionsverfahren eingeleitet. Im Rahmen dieses Revisionsverfahrens verfügte die Beschwerdegegnerin eine Renteneinstellung per sofort, weil der Beschwerdeführer den Mitwirkungspflichten bei der Abklärung nicht nachgekommen sei, indem er die ihm auferlegten Auflagen nicht erfüllt habe (vgl. act. G 5.1/12). Es ist folglich die Rechtmässigkeit der angeordneten Auflage zu prüfen. Dabei ist namentlich umstritten, ob der Beschwerdeführer sich vorgängig einer stationären Lorazepam-Entzugsbehandlung zu unterziehen habe.

2.

2.1 Im Revisionsverfahren stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Ob eine revisionsbegründende Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, die auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 133 V 108), mit dem Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 E. 2). Seit der ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügungen vom 11. April 2001 hat keine umfassende Prüfung stattgefunden. Die von den Hausärzten in den Revisionsverfahren eingeholten Verlaufsberichte fielen jeweils knapp aus (vgl. act. G 5.1/66 und 52). Gestützt auf sie ist die bisher ausgerichtete ganze Rente jeweils bestätigt worden. Somit ist der Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2011 zu vergleichen mit dem Sachverhalt, wie er sich im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache im April 2001 dargestellt hat. Das scheint die Beschwerdegegnerin zu übersehen, wenn sie im Revisionsverfahren als Referenzpunkt die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ als Ausgangspunkt nimmt und die seitherige Entwicklung erfragt (vgl. act. G 5.1/23-2). Die Rentenzusprache erfolgte nicht gestützt auf die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_, sondern gestützt auf den Bericht von med. pract. D.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2001. Eine Wiedererwägung hat die Beschwerdegegnerin bislang nicht thematisiert.

2.2 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, indem Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen haben. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in



den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 265 E. 3b mit Hinweisen).

2.3 Nach Art. 43 Abs. 2 ATSG hat sich die versicherte Person ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. Gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG kann der Versicherungsträger nach durchgeführtem Mahnverfahren auf Grund der vorliegenden Akten entscheiden oder auf das Leistungsbegehren nicht eintreten, wenn die versicherte Person, die Leistungen beansprucht, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkommt. Lässt sich jedoch der Sachverhalt ohne Schwierigkeiten und ohne besonderen Aufwand abklären, auch wenn die versicherte Person die Mitwirkung verweigert oder unterlässt, so wird die Verwaltung die betreffenden Erhebungen zu tätigen und anschliessend materiell zu entscheiden haben (BGE 108 V 231 f.). In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes ist die Verwaltung daher vor einer Entscheidung zunächst verpflichtet, diejenigen Sachverhaltsabklärungen zu treffen, die ohne Schwierigkeiten und ohne besonderen Aufwand auch ohne die verlangte Mitwirkung der Versicherten möglich sind.

3.

3.1 Anlässlich der ersten psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ vom 25. April 2000 schätzte dieser die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in allen Tätigkeiten auf Grund des psychischen Leidens als zu 25% eingeschränkt ein. Der Beschwerdeführer erlebe sich selber aber als gänzlich arbeitsunfähig. Die Diskrepanz zwischen der Eigenwahrnehmung und der Fremdwahrnehmung komme zum Teil von IV-rechtlich nicht relevanten Faktoren, die aber doch einen Einfluss auf das



Wohlbefinden und indirekt auf die Erwerbsfähigkeit hätten; teilweise spielten auch körperliche Störungen eine Rolle (act. G 5.1/84-8). Mit Bericht vom 18. Januar 2001 diagnostizierte med. pract. D.\_\_\_\_, stellvertretender Oberarzt der sozialpsychiatrischen Beratungsstelle, es bestehe eine Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.01), ein Tranquilizer-Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F13.25) sowie ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1). Der Beschwerdeführer sei seit August 2000 zu bislang insgesamt 9 Konsultationen erschienen. Objektiv erscheine eine ambulante Therapie im Hinblick auf das vorgegebene Ziel einer beruflichen Wiedereingliederung nicht ausreichend. Insbesondere werde der notwendige Tranquilizer-Entzug im ambulanten Setting nicht gelingen. Eine stationäre Behandlung lehne der Beschwerdeführer vehement ab. Erfolgversprechend wäre eine stationäre Behandlung freilich nur, wenn als Grundvoraussetzung der Beschwerdeführer dafür auch bereit sei. Vor dem Hintergrund der langjährigen Krankheitsentwicklung ohne adäquate Behandlung und der Chronifizierung der psychischen Störung sei eine berufliche Eingliederungsfähigkeit aktuell nicht gegeben. Med. pract. D.\_\_\_\_ schätzte die Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn auf 100%. Im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Behandlung könne im Verlauf mit dem Beschwerdeführer eine seinem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit erarbeitet werden (act. G 5.1/76). Der Beschwerdeführer brach allerdings die Behandlung am 20. April 2001 ab (act. G 5.1/68), ohne dass diese Mitteilung durch med. pract. D.\_\_\_\_ bei der Beschwerdegegnerin Beachtung gefunden hätte. Vielmehr blieb es bei der Rentenzusprache ohne jede (Behandlungs-)Auflage.

3.2 Im März 2011 wurde der Beschwerdeführer erstmals polydisziplinär durch die MEDAS Ostschweiz begutachtet (act. G 5.1/20ff.). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden diagnostiziert psychische und Verhaltensstörungen durch ständigen Gebrauch von Lorazepam, Analgetika und Tabak (F19.25) bzw. eine sekundäre Suchtproblematik auf dem Boden einer Störung der Persönlichkeitsentwicklung mit histrionischen und zylothymen Zügen (F60.8), chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, ein chronisches cervicales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Osteochondrose und Spondylose C 6,7, Spondylarthrose und Spondylose L 4/5 sowie ein intermittierendes subacromiales Impingement Schulter links. Aus somatischer Sicht wurde eine Einschränkung von 10-20% wegen der Kopfschmerzen angegeben. Eine psychiatrische bzw. gesamthafte



Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht abgegeben. Dr. I.\_\_\_\_ hielt dafür, der Beschwerdeführer müsse vorerst das Lorazepam (Temesta) abgesetzt haben, worauf eine neue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgen könne. In gewissem Widerspruch dazu schätzte Dr. I.\_\_\_\_ die Verhältnisse beim Beschwerdeführer für praktisch unverändert seit der letzten psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_. Dennoch übernahm er dessen Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht, erachtete andererseits die Beurteilung durch med. pract. D.\_\_\_\_ als nicht nachvollziehbar, offenbar im Wesentlichen deshalb, weil aus den Akten eine Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers in den Jahren 2000 bis 2005 hervorgehe. In den vorhandenen Akten ist allerdings eine Erwerbstätigkeit nicht ausreichend dokumentiert. Der Beschwerdeführer blieb zwar bei der kantonalen Ausgleichskasse als Selbstständigerwerbender (Alteisenhändler) erfasst. Allerdings mussten die Sozialversicherungsbeiträge regelmässig als nicht eintreibbar abgeschrieben werden; die Steuerbehörde schätzte den Beschwerdeführer nach Ermessen mit einem niedrigen Einkommen ein (vgl. act. G 5.1/45f.).

3.3 Nach der Rechtsprechung begründet eine Drogen- bzw. Medikamenten- und Alkoholsucht für sich allein keine Invalidität im Sinn des Gesetzes. Die Suchterkrankung kann jedoch im Rahmen der Invalidenversicherung relevant werden, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 99 V 28 E. 2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 13. April 2007, I 207/2006). Ob die Sucht ursächlich für eine andere Gesundheitsschädigung war oder erst in Folge einer solchen auftrat, ist in einem solchen Fall nicht mehr von Belang. Erforderlich ist lediglich, dass auch ein anderer Gesundheitsschaden vorliegt, der mit der Sucht in Zusammenhang steht. Ist dies erfüllt, so geht es nicht etwa darum, den auf die Sucht entfallenden Anteil der Arbeitsunfähigkeit abzuspalten und als nicht invalidisierend zu bezeichnen. Vielmehr ist bei Bejahung eines solchen Zusammenhangs mit einer anderen Erkrankung auch die Sucht vollumfänglich zu berücksichtigen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2009, IV 2008/307, E. 2.1). Im vorliegenden Fall schätzten nicht nur Dr. C.\_\_\_\_ und med. pract. D.\_\_\_\_ die Suchtproblematik des Beschwerdeführers als sekundäre Folge



psychiatrischer Störungen ein; auch Dr. I.\_\_\_\_ geht von dieser Sichtweise aus. Es geht deshalb schon von daher nicht an, die Arbeitsfähigkeit mittels eines diktierten "ad-hoc-Entzugs" ohne Suchtanteil festhalten bzw. abklären zu wollen.

3.4 Insgesamt ergeben sich erhebliche Zweifel am psychiatrischen Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_. Obgleich er bezüglich der Diagnosen auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ verwies und auch hinsichtlich der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit festhielt, diese würden weiterhin auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen, wollte er sich nicht zur Höhe der Arbeitsfähigkeit äussern. Er liess damit offen, ob er die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. C.\_\_\_\_, welcher eine Einschränkung von 25% festhielt, teilte, ob er eine Schätzung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht als möglich erachtete oder ob diese nur deshalb unterblieb, weil sich auf Grund der Suchtproblematik sowieso eine stationäre Entzugsbehandlung empfiehlt. Dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht bei 100% liege, wie sie med. pract. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 18. Januar 2001 festgehalten habe, hielt er dagegen für offensichtlich, allerdings ohne überzeugende Begründung, namentlich auch hinsichtlich des Verlaufs (vgl. act. G 5.1/20-14).

3.5 Für Dr. C.\_\_\_\_ war es für die Festlegung einer Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 25% nicht notwendig, vorgängig den Entzug durchzuführen (vgl. act. G 5.1/84-8). Auch RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 3. Oktober 2011 aus, dass eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit trotz 4 - 5 Temesta täglich anzudenken wäre, sollte sich der Beschwerdeführer weiterhin hartnäckig weigern, eine stationäre Entwöhnung durchzuführen (act. G 5.1/16-1). Beide Aussagen - diejenigen von Dr. C.\_\_\_\_ wie von Dr. G.\_\_\_\_ - lassen darauf schliessen, dass eine "Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit Sucht" möglich bzw. es zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit unnötig ist, vorgängig einen stationären Entzug durchzuführen. Damit bestehen im vorliegenden Revisionsverfahren gestützt auf das Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ keine genügenden Grundlagen zur Überprüfung der Rente. Es bedarf daher zuerst einer Klärung des medizinischen Tatbestands, d.h. der Höhe der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (einschliesslich Suchtanteil). Dabei wird auch die Frage zu klären sein, ob und wieweit medizinische und berufliche Eingliederungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit verbessern können.



3.6 Schliesslich wird im Revisionsverfahren auch die Frage zu klären sein, ob aus medizinischer Sicht eine stationäre Entzugsbehandlung dem Beschwerdeführer ohne Weiteres zumutbar ist, wovon offenbar RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ ausging (act. G 5.1/19-3). Dagegen befand der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. E.\_\_\_\_, dass es dem Beschwerdeführer auf Grund dessen aktueller psychischen Befindlichkeit nicht möglich sei, einen stationären Lorazepamentzug durchzuführen, da allein der Gedanke der Abwesenheit von zu Hause und die stationäre Unterbringung an einem familienfernen Ort ihm unerträglich erschienen. Der Hausarzt hielt diesen Umstand für ernst zu nehmend, da eine latente Suizidalität nicht auszuschliessen sei (act. G 5.1/17-1). Ob eine stationäre Entzugsbehandlung unumgänglich ist, wie der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ angenommen hat (vgl. act. G 5.1/ 16), wird ebenfalls zu prüfen sein. Immerhin hielt Dr. H.\_\_\_\_, Psychiater der Suchtfachstelle, offenbar ein ambulantes Setting auch für möglich (act. G 4.4). Wie es sich damit verhält, wird die Beschwerdegegnerin noch zu prüfen haben.

3.7 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der von der Beschwerdegegnerin geforderten sechsmonatigen Lorazepamabstinenz um eine klassische Schadenminderungsaufgabe im Sinn von Art. 21 Abs. 4 ATSG und nicht mehr um eine Mitwirkungspflicht in der Abklärungsphase handelt. Die Beschwerdegegnerin berief sich denn auch bei der Anordnung der Suchtmittelabstinenz zusätzlich auf die Schadenminderungspflicht (vgl. etwa act. G 5.1/18). Es ist indessen unzulässig, das Abklärungsverfahren mit Schadenminderungspflichten - deren Sanktionsfolgen sich erst nach einem feststehenden Leistungsanspruch aktualisieren - zu verbinden und das Abklärungsverfahren bis zur Erfüllung der Schadenminderungsaufgaben einzustellen. Eine solche Massnahme ist frühestens dann angebracht, wenn sich der Beschwerdeführer zumutbaren Eingliederungsmassnahmen nach ordentlich durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG widersetzen sollte.

4.

Zusammenfassend ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Dezember 2011 gutzuheissen. Die Beschwerdegegnerin wird die erforderlichen medizinischen



Abklärungen in die Wege zu leiten haben. Dazu ist die Sache an sie zurückzuweisen, damit sie das Revisionsverfahren fortführe. In diesem Rahmen wird auch die Frage der medizinischen und beruflichen Eingliederung zu prüfen sein.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Dezember 2011 gutzuheissen und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Damit wird der Antrag auf Wiedererteilung der aufschiebenden Wirkung gegenstandslos.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang ist praxismässig von einem vollen Obsiegen auszugehen (vgl. etwa ZAK 1987 S. 266 E. 5a), weshalb der Beschwerdeführer grundsätzlich einen Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Jedoch ist diesbezüglich folgendes auszuführen: Der Beschwerdeführer wird durch das Sozialamt der Stadt St. Gallen, handelnd durch einen Juristen des Rechtsdienstes, vertreten. Nach Art. 10 Abs. 1 des St. Gallischen Anwaltsgesetzes (AnwG; sGS 963.70) ist die berufsmässige Vertretung vor Gericht dem in einem kantonalen Anwaltsregister eingetragenen Rechtsanwalt vorbehalten. Berufsmässig ist die Tätigkeit mit der Bereitschaft, von unbestimmt vielen Personen Aufträge zu übernehmen; die Berufsmässigkeit wird vermutet, wenn ein Entgelt verlangt oder entgegengenommen wird (Art. 10 Abs. 2 AnwG). Gestützt auf Art. 7 Abs. 1 lit. d des Bundesgesetzes über die Freizügigkeit der Anwältinnen und Anwälte (SR 935.61) setzt die Eintragung in einem kantonalen Anwaltsregister voraus, dass der Anwaltsberuf unabhängig ausgeübt werden kann. Rechtsanwältinnen und -anwälte, die in einem Anstellungsverhältnis sind, können sich in einem Anwaltsregister nur eintragen lassen, wenn die Personen, bei denen sie angestellt sind, ebenfalls in einem kantonalen Register eingetragen sind.



## St.Galler Gerichte

Diese Voraussetzungen erfüllt der Jurist des Sozialamtes der Stadt St. Gallen als Vertretung des Beschwerdeführers nicht. Im Übrigen ist auch keine Ausnahme gemäss Art. 12 AnwG gegeben, da der Jurist nicht als Vertreter von Selbsthilfe- und gemeinnützigen Organisationen auftritt. Es kann daher keine Parteientschädigung zugesprochen werden.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

### **entschieden:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. Dezember 2011 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.