



Fall-Nr.: IV 2013/151
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.10.2019
Entscheiddatum: 29.07.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 29.07.2016

IV-Revision 6a, Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Das Verfahren zur Rentenüberprüfung gemäss der Schlussbestimmung lit. a der IV-Revision 6a setzt zwingend eine sorgfältige und umfassende Abklärung des Sachverhalts unter Berücksichtigung der aktuellen Sach- und Rechtslage voraus. Würdigung eines bidisziplinären Gerichtsgutachtens unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Praxis betreffend somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 141 V 281 ff.). Einkommensvergleich. Tabellenlohnabzug. Anpassung der bisherigen ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente ex nunc (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Juli 2016, IV 2013/151).

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2013/151

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 1. März 2001 bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Der zuletzt als Mitarbeiter in einer Leimfabrik bei der B.____ AG tätig gewesene Versicherte hatte sich im Oktober 1999 bei der Arbeit ein Abduktionstrauma im linken Daumengrundgelenk zugezogen. Wegen der daraus folgenden Gelenksinstabilität war im Rätischen Kantons- und Regionalspital Chur am 23. November 1999 eine Raffung des ulnaren Kollateralbandes am Daumengrundgelenk durchgeführt worden. Am 27. Januar 2000 war der Versicherte während der Arbeit von einem Eisenstück wieder am linken Daumen getroffen worden, worauf es zu anhaltenden ausgeprägten Schmerzen am ganzen Daumenstrahl gekommen war. Am 11. April 2000 war beim Versicherten eine Arthrodese des linken Daumengrundgelenks vorgenommen worden. Es folgte eine stationäre Behandlung in der Klinik Valens vom 22. Juni bis 6. Juli 2000. Im Austrittsbericht vom 17. Juli 2000 hatten die Ärzte als Diagnose ein chronisches Schmerzsyndrom mit Symptomausweitung genannt. Sie hatten festgehalten, dass die Schmerzen des Versicherten nicht nur mit einer organischen Ursache zu erklären seien. Möglicherweise spielten belastende psychosoziale Momente eine grössere Rolle. Aufgrund der gezeigten Leistungen und der Selbstlimitierung sei eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich gewesen (Fremdakten G 9.2).

A.b Im Auftrag der neu zuständigen IV-Stelle St. Gallen wurde der Versicherte am 19. und 20. März 2002 in der MEDAS der Universitätskliniken Basel untersucht und



begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 13. August 2002 wurden folgende arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen angegeben: somatoforme Schmerzstörung, Verdacht auf vorbestehende Persönlichkeitsstörung sowie Schmerzsyndrom des linken Daumens und der linken Hand unter Begleitung der rechten Hand und des gesamten Körpers. Die Gutachter hielten fest, dass sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung im Zusammenhang mit dem Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung ergebe. Die Arbeitsfähigkeit sei dadurch in einer somatisch angepassten Tätigkeit auf 50% reduziert (IV-act. 31). Aus dem von der IV-Stelle vorgenommenen Einkommensvergleich ergab sich ein Invaliditätsgrad von 67% (IV-act. 50). Mit einer Verfügung vom 4. Juli 2003 wurde dem Versicherten eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2001 zugesprochen (IV-act. 54).

A.c Im Rahmen des von der IV-Stelle Anfang 2004 eingeleiteten Revisionsverfahrens machte der Hausarzt des Versicherten, Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, am 30. März 2004 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Er gab an, der Versicherte habe am 10. Mai 2003 einen schweren Unfall erlitten: Während der Reparatur eines Autos sei der Wagenheber gebrochen und der Versicherte sei während vier Stunden unter dem Auto eingeklemmt gewesen. Beim Unfall habe der Versicherte einen Rippenserienbruch, Schulterquetschungen und einen Pneumothorax erlitten. Seither bestünden persistierende Schulterschmerzen links, Brustschmerzen und häufig Atemnot (IV-act. 57). In einem weiteren Verlaufsbericht vom 18. November 2004 hielt Dr. C.____ fest, dass beim Versicherten zusätzlich zu der Depression und der Schmerzkrankheit neu noch die Diagnose Anorexie vorliege (60 kg bei einer Grösse von 171 cm). Der Versicherte sei noch stärker depressiv. Die muskuläre Schwäche vor allem der Hände sei ebenfalls stärker als früher. Die generalisierten Schmerzen seien subjektiv stärker und medikamentös nicht beeinflussbar. Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 20%, d.h. ca. 2 Stunden pro Tag ca. 5 Tage die Woche. Funktionsausfälle ergäben sich vor allem aus der körperlichen Schwäche mit dem Muskelschwund durch die Anorexie (IV-act. 66). Am 29. November 2004 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass neu ein Invaliditätsgrad von 87% vorliege, womit weiterhin Anspruch auf die bisherige (ganze) Invalidenrente bestehe (IV-act. 68).



A.d Im Jahr 2007 wurde von der IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren eingeleitet. In einem Verlaufsbericht vom 4. Februar 2008 gab Dr. C.____ an, der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär (IV-act. 94). Am 29. Februar 2008 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung habe festgestellt werden können. Es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 98).

A.e Im März 2011 wurde ein weiteres Rentenrevisionsverfahren von Amtes wegen eröffnet. Dr. C.____ berichtete am 8. März 2011 von einem stationären Gesundheitszustand des Versicherten. Der Versicherte sei aufgrund der Persönlichkeitsstörung mit Aggressivität sowie der Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand nicht arbeitsfähig (IV-act. 109). Gemäss einer Aktennotiz vom 14. April 2011 stellte die IV-Stelle den Fall zunächst zurück und beabsichtigte eine Überprüfung im Rahmen der kommenden IV-Revision 6a, da beim Versicherten ein syndromales Leiden vorliege (IV-act. 110). Am 14. Februar 2012 stellte die IV-Stelle Dr. C.____ einen entsprechenden Fragebogen zu (IV-act. 112). Der neu behandelnde Hausarzt Dr. med. D.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 21. Februar 2012 fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht verändert habe (IV-act. 113). Am 29. Februar 2012 entschied der RAD, dass zur Klärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich sei (IV-act. 114). Am 22. Mai 2012 wurde der Versicherte im Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH, Basel, (ABI) untersucht. Im entsprechenden Gutachten vom 2. Juli 2012 wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt: chronische Beschwerden an der rechten sowie im Bereich der linken Hand. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein chronisches, ätiologisch nicht klassifizierbares Schmerzsyndrom des ventrolateralen Rippenbogens links und des Sternums sowie chronische, ätiologisch nicht klassifizierbare Schmerzen der Tuberositas tibiae rechts an. In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass in orthopädischer und rheumatologischer Hinsicht – entgegen den subjektiven Beschwerden – objektiv nur eine sehr geringe Befundsituation konstatiert werden könne. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit resultiere, dass diese lediglich für körperlich schwer belastende Tätigkeiten eingeschränkt sei. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestehe hingegen eine 100%ige



Arbeits- und Leistungsfähigkeit. In internistischer Hinsicht bestünden keine Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Aus psychiatrischer Sicht könne die im Jahr 2002 beschriebene Dekompensation der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei vorhandener narzisstischer Persönlichkeitsstörung nicht mehr bestätigt werden und sei dementsprechend als remittiert bzw. überwindbar einzustufen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt. Zusammengefasst resultiere in interdisziplinärer Hinsicht, dass beim Versicherten für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe (IV-act. 126). In seiner Stellungnahme vom 22. August 2012 hielt der RAD fest, dass bei der aktuellen Begutachtung eine Schmerzverarbeitungsstörung ohne dafür ausreichendes organisch-somatisches Korrelat im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf dem Boden einer narzisstischen Persönlichkeit habe objektiviert werden und so ein sogenanntes CRP (Complex Regional Pain Syndrom) habe ausgeschlossen werden können. Es sei somit davon auszugehen, dass auch bereits im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten überwiegend durch dieses syndromale Beschwerdebild im Sinne der Schlussbestimmungen begründet gewesen sei. Kriterien, welche eine Überwindung der Schmerzstörung mittels Willensanstrengung seitens des Versicherten unzumutbar machten, lägen nicht vor. Gemäss den Gutachtern bestünden keine schwerwiegende Komorbidität, kein ausgesprochen gravierender sozialer Rückzug und keine nicht ausreichend behandelten "bzw. therapieresistenten" organischen Erkrankungen. Die narzisstische Persönlichkeitsstörung habe bereits vor der Berentung vorgelegen und der Versicherte habe damit jahrzehntelang erfolgreich arbeiten können. Im Gutachten komme zum Ausdruck, dass die vom Versicherten geklagten Schmerzen gelegentlich den Eindruck von Aggravation erweckten. Medizinisch läge ein vergleichbarer Gesundheitszustand wie im Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2002 vor. Demnach sei nach der aktuellen gutachterlichen Einschätzung medizinisch-theoretisch von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit auszugehen (IV-act. 127).

A.f Mit einem Vorbescheid vom 12. September 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Einstellung der Rente gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 18. März 2011 (6. IV-Revision) in Aussicht (IV-act. 130). Dagegen liess der Versicherte am 8. Oktober



2012 Einwand erheben (IV-act. 133) und reichte in der Folge Berichte seiner behandelnden Ärzte ein. Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH, hielt am 25. Oktober 2012 fest, dass der Versicherte wegen seinen Schmerzen täglich bis zu 11 Tabletten Mefenacid einnehme. Zusätzlich habe er aufgrund einer schweren Depression zwei Suizidversuche unternommen. Im Jahr 1994 habe er in F.____ einen Herzinfarkt erlitten. Seit Januar 2000 sei eine Chronifizierung des Schmerzsyndroms entstanden, welche es aktuell unmöglich erscheinen lasse, dass der Versicherte wieder ins Arbeitsleben integriert werden könne (IV-act. 137-2). Ebenfalls am 25. Oktober 2012 berichtete der behandelnde Arzt des Psychiatrie-Zentrums G.____, Dr. med. H.____, dass sich der Versicherte seit dem 8. Oktober 2012 in ambulanter Behandlung befinde. Bezüglich des polydisziplinären Gutachtens des ABI vom 2. Juli 2012 hielt er fest, dass die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung nicht lege artis gestellt worden sei. Die valide Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung sei ein länger dauernder diagnostisch-therapeutischer Prozess, der nicht selten Monate bis Jahre dauern könne. Davon ausgenommen seien Persönlichkeitsstörungen von erheblichem Ausmass, welche aber automatisch auch eine erhebliche Einschränkung bedingten. Im Gutachten fehlten diesbezüglich eindeutige Hinweise. Eine psychodiagnostische Testung sei vom psychiatrischen Gutachter nicht vorgenommen worden, obwohl sie als wichtigstes Hilfsmittel für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gelte. Entweder der Versicherte habe keine Persönlichkeitsstörung oder er habe eine von erheblichem Ausmass, wobei man in diesem Fall von einer Komorbidität mit der gleichzeitig gestellten Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgehen müsse (IV-act. 137-3). Am 28. November 2012 hielt der RAD zu den eingereichten Berichten fest, dass der von Dr. E.____ angegebene Herzinfarkt des Versicherten im Jahr 1994 weder in den Gutachten von 2002 und 2012 erwähnt noch in den sonstigen Akten dokumentiert worden sei. Die Gutachter hätten in den Untersuchungen zudem keinen kardiologisch auffälligen Befund erhoben. Die Ansicht, dass eine schwere Depression vorliege, werde von Dr. E.____ nicht belegt oder anhand von objektivierbaren Befunden plausibel nachvollziehbar erläutert. Dass der Versicherte einen hohen Konsum an Schmerzmitteln betreibe, belege nicht die Schwere einer körperlichen Einschränkung per se. Vielmehr sei zu fragen, ob dieser Überkonsum überhaupt gerechtfertigt sei, nachdem gemäss den Gutachten keine evidenten somatischen Gesundheitsschäden hätten objektiviert werden können. Es



stelle sich auch die Frage, ob ein Teil der Schmerzen medikamenteninduziert verursacht sein könnte. Betreffend den Bericht des Psychiatriezentrums G. ___ sei zu bemerken, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Längsverlauf gestellt werde und eine Psychodiagnostik nicht oder allenfalls nur bestätigend den klinischen Eindruck zu beweisen vermöge. Beim Versicherten sei bereits während der Begutachtung vom 13. August 2002 der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung gestellt worden. Anlässlich der Begutachtung von 2012 habe retrospektiv und unter Berücksichtigung der fachärztlichen Exploration und Beurteilung des klinischen Eindrucks diagnostisch eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden können. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung allein sage noch nichts über eine mögliche Arbeitsunfähigkeit aus. Der psychiatrische Gutachter habe offensichtlich keine so gravierend schwere Ausprägung erkennen können, dass die Diagnose im Zusammenhang mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Komorbidität zu bewerten sei (IV-act. 143).

A.g Im Rahmen der Abklärung betreffend Massnahmen zur beruflichen Eingliederung hielt der Eingliederungsverantwortliche im Protokoll vom 15. Februar 2013 fest, dass das Gespräch mit dem Versicherten von Beginn an schwierig gewesen sei. Immer wieder habe er sich unangepasst verhalten und gedroht. Trotz Intervention des ebenfalls anwesenden behandelnden Psychiaters (Dr. H. ___ vom Psychiatrie-Zentrum G. ___) sei kaum eine konstruktive Lösungsfindung möglich gewesen. Es sei zweifelhaft, ob der Versicherte der Gesellschaft im ersten Arbeitsmarkt überhaupt zugemutet werden könne. Mit seinem gezeigten Verhalten sei der Versicherte kaum realistisch nachhaltig eingliederungsfähig (IV-act. 152). Am 20. Februar 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (IV-act. 154).

A.h Mit einer Verfügung vom 20. Februar 2013 stellte die IV-Stelle die bisher ausgerichtete Rente des Versicherten ein und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (IV-act. 155).

B.



B.a Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer), vertreten durch Rechtsanwältin Irja Zuber Hofer, c/o Procap Schweiz, am 4. April 2013 Beschwerde. Darin beantragte der Beschwerdeführer die Aufhebung der Verfügung vom 20. Februar 2013 sowie die Weiterausrichtung der Invalidenrente. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In der Begründung wies die Rechtsvertreterin darauf hin, dass der Beschwerdeführer aktuell eine stationäre psychiatrische Behandlung absolviert habe, wobei ihr die Abklärungsergebnisse noch nicht vorlägen (act. G 1). Mit der Beschwerdeergänzung vom 17. Mai 2013 reichte die Vertreterin einen Bericht von Dr. H.____ vom 2. Mai 2013 ein (act. G 5). Gemäss diesem Bericht war der Beschwerdeführer zwischen dem 8. Oktober 2012 und 17. Januar 2013 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Psychiatrie-Zentrum G.____ gewesen. Vom 18. Februar bis zum 15. März 2013 hatte der Beschwerdeführer eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik I.____ absolviert. Seit dem 21. März 2013 war er wieder in ambulanter Behandlung im Psychiatrie-Zentrum G.____. Dr. H.____ hatte als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, DD: rezidivierende depressive Störung, sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung genannt. Er hatte in der Beurteilung festgehalten, beim Beschwerdeführer bestünden anhaltende, tiefgreifende und rigide Verhaltensweisen, die den Kriterien einer Persönlichkeitsstörung entsprächen. Aufgrund der bisherigen anamnestischen Befunde sei zu vermuten, dass die Problematik schon seit der Jugendzeit bestehe. Der Beschwerdeführer habe aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung erhebliche Mühe, mit den Einschränkungen seiner körperlichen Integrität umzugehen. Der Verlust der körperlichen Integrität sei für den Beschwerdeführer ein erhebliches, einschneidendes Erlebnis, welches er krankheitsbedingt nicht adäquat verarbeiten könne. Adäquate Coping-Strategien stünden ihm nicht zur Verfügung. Im Sinne von dysfunktionalen Strategien reagiere der Beschwerdeführer mit depressiven Einbrüchen und körperlichen Symptomen, um den innerpsychischen Konflikt bewältigen zu können. Dies könnte eine Generalisierung der Schmerzsymptomatik mitbegünstigt haben. In diesem Sinn sei von einem erheblichen primären Krankheitsgewinn auszugehen. Bezüglich der depressiven Symptomatik könne angenommen werden, dass der Beschwerdeführer schon bei früheren Krisen in unterschiedlichem Ausmass mit depressiven Einbrüchen reagiert habe. Aktuell könne eine zumindest mittelgradig



depressive Episode erhoben werden. In den Gutachten seien frühere Episoden beschrieben worden, die einer depressiven Episode entsprechen, so dass es sich differentialdiagnostisch höchstwahrscheinlich um eine rezidivierende depressive Erkrankung handle. Die Prognose sei als ungünstig zu beurteilen. Eine psychotherapeutische Behandlung erscheine bei der vorliegenden ausgeprägten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischer Selbstüberhöhung und Konfliktabwehr sowie fehlender Krankheitseinsicht als wenig erfolgsversprechend. Höchstwahrscheinlich werde die Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer schon bei geringen Krisen immer wieder zu depressiven Einbrüchen führen. Deshalb sei auch keine verwertbare länger anhaltende und durchgehende Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt gegeben (act. G 5.1).

B.b Am 20. Juni 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, dass auf das Gutachten des ABI vom 2. Juli 2012 abzustellen sei. Die Einwände des Beschwerdeführers könnten keine Zweifel am Gutachten wecken. Die Diagnose einer depressiven Episode werde erst von Dr. H.____ gestellt. Selbst wenn eine solche vorliegen sollte, sei auf die Rechtsprechung zu verweisen, wonach eine mittelschwere depressive Episode als Begleiterscheinung einer somatoformen Schmerzstörung und nicht als selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität gelte. Im Zusammenhang mit einer somatoformen Schmerzstörung seien die Organe der Rechtsanwendung gehalten, die für die Beurteilung des Vorliegens einer Invalidität massgebenden Förster-Kriterien zu prüfen. Der psychiatrische ABI-Gutachter habe sich zu den Förster-Kriterien geäussert und eine erhebliche Komorbidität verneint. Der RAD habe in seiner Stellungnahme vom 22. August 2012 darauf hingewiesen, dass die narzisstische Persönlichkeitsstörung bereits vor der Berentung vorgelegen habe und der Beschwerdeführer damit jahrzehntelang erfolgreich habe arbeiten können. Ein sozialer Rückzug sei nicht ausgewiesen. Das Scheitern der therapeutischen Bemühungen hänge gemäss dem Gutachter wesentlich damit zusammen, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige. Eine psychiatrische Behandlung habe der Beschwerdeführer erst im Oktober 2012 aufgenommen. Hinweise auf unbewusste Konflikte und einen primären Krankheitsgewinn seien laut Gutachter nicht vorhanden. Da der Beschwerdeführer die Kriterien nicht erfülle, sei der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben. Eine Einschränkung der



Arbeitsfähigkeit könne daher nicht angenommen werden. Aus somatischer Sicht bestehe für adaptierte Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Selbst mit dem vom Beschwerdeführer geforderten Tabellenlohnabzug von 25%, der vorliegend aber nicht gerechtfertigt wäre, bleibe der Invaliditätsgrad unter den rentenbegründenden 40% (act. G 9).

B.c Mit einer Replik vom 29. August 2013 hielt der Beschwerdeführer an seinen Beschwerdeanträgen fest. Die Vertreterin führte in der Begründung aus, dass die Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern nicht anwendbar sei, da gar keine darunter fallende Diagnose vorliege. Sollte die Rechtsprechung dennoch zur Anwendung gelangen, so habe Dr. H.____ in seinem Bericht dargelegt, dass die Persönlichkeitsstörung als erhebliche Komorbidität betrachtet werden müsse. Zwar habe der Beschwerdeführer früher trotz der Persönlichkeitsstörung gearbeitet, jedoch sei es ihm durch das Hinzukommen der Schmerzerkrankung bzw. der Einschränkung der körperlichen Integrität nicht mehr möglich, eine Arbeitsleistung zu erbringen. Ein sozialer Rückzug lasse sich nicht mit der Begründung verneinen, dass der Beschwerdeführer mit seiner Familie in einer Wohnung lebe und Kontakt mit Verwandten in Serbien habe. Entscheidend seien ausserhäusliche soziale Kontakte (act. G 12).

B.d Mit einer Eingabe vom 6. September 2013 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik (act. G 14).

B.e Am 29. Mai 2015 ersuchte das Versicherungsgericht die Klinik I.____ um Zustellung eines Berichts betreffend die vom 18. Februar bis 15. März 2013 durchgeführte stationäre Behandlung des Beschwerdeführers (vgl. act. G 16). Im entsprechenden Bericht der Klinik I.____ vom 19. März 2013 waren als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode sowie eine narzisstische Persönlichkeitsstörung angegeben worden. In der zusammenfassenden Beurteilung hatte die behandelnde Ärztin festgehalten, beim Beschwerdeführer bestünden eine Somatisierungsstörung und eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischer Selbstüberhöhung und Konfliktabwehr, für welche naturgemäss keine Krankheitseinsicht bestehe. Damit sei die Prognose betreffend eine mögliche Zustandsbesserung als ungünstig zu bezeichnen (act. G 20).



St.Galler Gerichte

B.f Mit einem Schreiben vom 4. November 2015 teilte das Versicherungsgericht den Parteien mit, dass die Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (Psychiatrie und Orthopädie/Rheumatologie) beschlossen worden sei. Es werde vorgesehen, die MEDAS Zentralschweiz mit der Begutachtung zu beauftragen. Das Versicherungsgericht gab den Parteien die Gelegenheit, sich zur Begutachtung sowie dem vorgesehenen Fragenkatalog an die Gutachter zu äussern und allfällige Ergänzungsfragen zu stellen (act. G 24). Beide Parteien verzichteten auf die Einreichung einer Stellungnahme (act. G 25 und G 26). Am 27. November 2015 erteilte das Versicherungsgericht den Begutachtungsauftrag an die MEDAS Zentralschweiz (act. G 27).

B.g Gemäss dem Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. Mai 2016 (act. G 33) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ein chronischer Residualzustand an beiden Händen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten die Gutachter u.a. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (act. G 33 S. 41 f.). In der Gesamtbeurteilung wurde aus rheumatologischer Sicht festgehalten, dass die aktuelle Befragung und Untersuchung wie schon in den Vorgutachten vom 13. August 2002 und 2. Juli 2012 eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiven Beschwerdeangaben und den insgesamt geringen objektivierbaren Befunden ergeben habe. Auf der Befundebene sei am Bewegungsapparat gegenüber den Vorgutachten keine Veränderung des Gesundheitszustandes festzustellen bei anhaltenden und deutlichen Hinweisen für eine nicht-somatische Schmerzursache. Seitens des postoperativen Zustandes beider Daumen bestehe eine gewisse Minderbelastbarkeit beidseits und eine Funktionseinschränkung links hinsichtlich manuell kraftaufwändiger bzw. ständig repetitiv-manueller Betätigungen unter kraftvollem Daumeneinsatz. Leidensadaptiert bestehe aus rheumatologischer Sicht unverändert und übereinstimmend mit den Vorgutachten eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten geschätzt seit dem 1. September 2009. Hinsichtlich einer körperlichen Schwerarbeit bestehe geschätzt seit dem 1. Februar 2000 keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr (act. G 33 S. 40). Aus psychiatrischer Sicht wurde in der Beurteilung ausgeführt, dass



die Persönlichkeitsstörung als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachtet worden sei, da sich diese ansonsten bereits in früheren Tätigkeiten, welche der Beschwerdeführer trotz hohen Anforderungen und dem Erfordernis von Zusammenarbeit ohne Einschränkungen habe ausüben können, gezeigt haben müsste. Weiter bestehe der Verdacht auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Eine Optimierung und Vereinfachung der Therapie dürfte diesen Zustand positiv verändern, sodass von daher wahrscheinlich keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Leimkoch sei aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar, da insbesondere eine Selbst- und Fremdgefährdung nicht auszuschliessen seien. Leidensadaptierte Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer bei einer Präsenzzeit von sechs Stunden täglich und einer Leistungsfähigkeit von 70% zu 50% zumutbar. Dabei dürften keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit gestellt und keine besonderen Fähigkeiten verlangt werden (act. G 33 S. 40). Aus interdisziplinärer Sicht attestierten die Gutachter dem Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit gaben sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit an (act. G 33 S. 42).

B.h In einer Stellungnahme vom 22. Juni 2016 hielt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers fest, dass das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz von den behandelnden Ärzten als korrekt, wenn auch sehr streng hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeschätzt werde. Die Revisionsvoraussetzungen seien vorliegend nicht erfüllt, weshalb die Rentenaufhebung zu Unrecht erfolgt sei (act. G 36).

B.i Die Beschwerdegegnerin brachte in einer Stellungnahme vom 5. Juli 2016 vor, dass die Verhältnisse massgebend seien, wie sie sich bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses entwickelt hätten. Die Angaben des psychiatrischen Gutachters zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit, wonach eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aufgrund der Depression ab Oktober 2012 eingetreten sei und die Arbeitsfähigkeit in dieser Zeit immer in einem Bereich zwischen 40 und 50% gelegen habe, würden durch die vorhandenen Unterlagen nicht gestützt. Fest stehe, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des ABI-Gutachtens vom 2. Juli 2012 noch keine Anzeichen einer Depression aufgewiesen habe. Der Vorbescheid sei am 12. September 2012 erlassen worden und erst am 8. Oktober 2012 habe sich der



Beschwerdeführer in ambulante psychiatrische Behandlung begeben. Davor habe nie eine psychiatrische Behandlung stattgefunden und der Beschwerdeführer sei auch nie mit Antidepressiva behandelt worden. Der RAD habe zu Recht ausgeführt, dass auf die Angaben des Hausarztes Dr. E.____ vom 25. Oktober 2012, wonach beim Beschwerdeführer eine schwere Depression vorliege, nicht abgestellt werden könne. Dr. E.____ habe die Depression weder belegt noch gestützt auf objektivierbare Befunde nachvollziehbar begründet. Eine fachärztlich gesicherte Diagnose habe damals nicht bestanden. Im Bericht des Psychiatrie-Zentrums G.____ vom 25. Oktober 2012 habe Dr. H.____ keine Diagnosen gestellt. Erst nach Erlass der Verfügung vom 20. Februar 2013 habe er im Bericht vom 2. Mai 2013 die Diagnose Depression angegeben. Betreffend den Verlauf der Depression könne diesem Bericht praktisch nichts entnommen werden. Vielmehr habe er darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer an einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leide und sich diese einschränkend auswirke. Der Gutachter habe angegeben, dass die Befunde für die Stellung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht genügten. Die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte seien jedoch massgeblich von dieser Diagnose geprägt. Die vom Beschwerdeführer angegebenen fünf Suizidversuche liessen sich dokumentarisch nicht bestätigen. Auf die rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne demnach mangels fehlender Echtzeitlichkeit nicht abgestellt werden. Es fehle vorliegend am massgebenden Beweisregelmass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Zudem seien reaktive Störungen auf einen negativen IV-Entscheid einer adäquaten ärztlichen Behandlung zugänglich. Da sich der Beschwerdeführer erst nach Erlass des Vorbescheids in Behandlung begeben habe, sei die Depression durch einen psychosozialen Faktor ausgelöst worden. Zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses sei die mittelgradige Depression noch unbehandelt gewesen. Im vorliegenden Fall sei auch auffällig, dass sich dem Gutachten in Bezug auf den Psychostatus und damit den teils objektiven Beobachtungen keine grosse Einschränkung entnehmen liesse. Der Gutachter habe denn auch in Bezug auf die Schmerzen und die Depression eine Tendenz zur Verdeutlichung festgestellt. Da er sich bei der Diagnosestellung auf die – nachweislich verdeutlichten – subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gestützt habe, müsse die Diagnose einer mittelgradigen Depression mit Nachdruck in Frage gestellt werden. Beim Beschwerdeführer stehe die



chronische Schmerzstörung im Vordergrund, womit sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzrechtsprechung des Bundesgerichts beurteile. Dr. K.____ habe die einzelnen Indikatoren nicht ausreichend abgehandelt. Die aufgezählten Ressourcen seien Risikofaktoren für eine allfällige psychische Krankheit. Diese Interpretation stehe nicht im Einklang mit den vom Bundesgericht ausgearbeiteten Indikatoren. Vorliegend müsse jedoch eine invalidisierender Gesundheitsschaden aufgrund der Schmerzstörung bereits vorweg ausgeschlossen werden, da der Beschwerdeführer bis zum Verfügungserlass keine Therapie in Anspruch genommen habe, sich nach wie vor nicht adäquat behandeln lasse und der Gutachter eine Verdeutlichung festgestellt habe (vgl. act. G 39).

Erwägungen

1.

1.1 Umstritten und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat.

1.2 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei der Rentenaufhebung auf die Schlussbestimmung lit. a der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 18. März 2011 gestützt (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket). Gemäss dieser Bestimmung werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Genese gesprochen worden sind, innerhalb von drei Jahren seit Inkrafttreten dieser Gesetzesänderungen überprüft, wobei die Rente herabzusetzen oder aufzuheben ist, wenn die Voraussetzungen von Art. 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht erfüllt sind. Keine Anwendung findet diese Bestimmung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Gesetzesänderungen das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (Abs. 4). Diese Bestimmung ist am 1. Januar 2012 in Kraft getreten (AS 2011 5672). Der Gesetzgeber hat damit bezweckt, eine rechtliche Grundlage zur Anpassung laufender Renten zu schaffen, die vor dem 1.



Januar 2008 wegen "somatoformer Schmerzstörungen, Fibromyalgie und ähnlicher Sachverhalte" zugesprochen worden waren. In der Botschaft hat der Bundesrat ausgeführt, dass eine Rente in Abweichung von Art. 17 ATSG auch dann anzupassen sei, wenn weder eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Verhältnisse vorliege, sofern die Überprüfung durch die IV-Stelle ergebe, dass eine somatoforme Schmerzstörung, eine Fibromyalgie oder ein ähnlicher Sachverhalt vorliege und gemäss Art. 7 ATSG als überwindbar zu qualifizieren sei. Eine Herabsetzung oder Aufhebung dürfe allerdings nur nach eingehender Prüfung des Sachverhaltes erfolgen. In jedem Fall seien die im BGE 130 V 352 formulierten (Förster-)Kriterien zu prüfen. Zudem sei dem bisher berechtigterweise erfolgten Rentenbezug sowie der dadurch entstandenen Situation angemessen Rechnung zu tragen. So sei in jedem einzelnen Fall eine Güterabwägung vorzunehmen und auf dieser Basis zu entscheiden, ob eine Anpassung im konkreten Fall als verhältnismässig erscheine (BBI 2010 1911; vgl. auch Amtl. Bull. SR 2010 661 ff. und Amtl. Bull NR 2010 2116 ff.).

1.3 Seit Herausgabe der Botschaft des Bundesrates hat sich eine Änderung dahingehend ergeben, als das Bundesgericht seine mit dem Entscheid BGE 130 V 352 eingeführte und langjährig aufrechterhaltene Praxis in Bezug auf somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare syndromale Beschwerdebilder angepasst hat. Seit dem Entscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., begründet die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und von vergleichbaren psychosomatischen Leiden keine Überwindbarkeitsvermutung mehr. An die Stelle des Regel-/Ausnahmefalles mit der Prüfung der Förster-Kriterien hat gemäss neuer Praxis ein strukturiertes Beweisverfahren zu treten. In dessen Rahmen ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der versicherten Person in einer Gesamtbetrachtung ressourcenorientiert, einzelfallgerecht und ergebnisoffen zu beurteilen. Diese Bewertung erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren, welche die massgeblichen Aspekte psychosomatischer Leiden umfassen. Unter Berücksichtigung dieser Praxisänderung ist der medizinische Sachverhalt – entgegen dem Wortlaut der bundesrätlichen Botschaft – nicht mehr anhand der im BGE 130 V 352 formulierten Kriterien, sondern anhand der mit dem Entscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., neu eingeführten Indikatoren zu prüfen. Im Übrigen haben die Ausführungen des Bundesrates in der Botschaft zur Schlussbestimmung lit. a unverändert Geltung.



1.4 In einem Verfahren nach lit. a der Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a ist zuerst – gewissermassen im Sinne einer Eintretensprüfung – zu klären, ob die Voraussetzungen für eine Überprüfung und allfällige Anpassung des Rentenanspruchs gegeben sind bzw. ob überhaupt ein Anwendungsfall der Schlussbestimmung lit. a vorliegt. Dabei wird zunächst vorausgesetzt, dass die ursprüngliche Rente aufgrund eines Leidens im Sinne dieser Bestimmung, d.h. eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare organische Grundlage, zugesprochen worden ist. Hierfür ist der damalige Sachverhalt relevant. Ist diese Frage zu bejahen und sind auch die übrigen Voraussetzungen (Alter der versicherten Person, Dauer des Rentenbezuges, dreijährige Überprüfungsfrist ab Inkrafttreten der Änderung) erfüllt, folgt das eigentliche Verfahren zur (umfassenden und sorgfältigen) Überprüfung und allfälligen Anpassung des Rentenanspruchs gestützt auf die aktuelle Sach- und Rechtslage, insbesondere die aktuelle Bundesgerichtspraxis. Bezüglich des Anpassungszeitpunkts ist zu beachten, dass der Gesetzgeber keine Korrektur ex tunc, sondern vielmehr eine Anpassung ex nunc, d.h. nur für die Zukunft, vorgesehen hat.

2.

2.1 Im Folgenden ist nun zu prüfen, ob vorliegend ein Anwendungsfall der Schlussbestimmung lit. a besteht (oder ob nur eine revisionsweise Überprüfung des Sachverhalts unter den restriktiveren Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG möglich ist). Insbesondere ist zu prüfen, ob die ursprüngliche Rente des Beschwerdeführers aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen worden ist.

2.2 Bei der ursprünglichen Rentenzusprache vom 4. Juli 2003 (vgl. IV-act. 54) hat sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der MEDAS der Universitätskliniken Basel vom 13. August 2002 gestützt. Wie aus dem Gutachten hervorgeht, ist die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung im Zusammenhang mit dem Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung begründet worden (vgl. IV-act. 31-14). In der Gesamtbeurteilung haben die Gutachter ausgeführt, dass sich beim Beschwerdeführer ein generalisiertes Schmerzsyndrom entwickelt habe, das keiner organischen Grundlage zugeordnet werden könne. Es sei davon auszugehen, dass ein sehr grosser



Anteil der Schmerzgeneralisierung als somatoforme Schmerzstörung anzusehen sei, die sich aufgrund verschiedener Faktoren wie Kränkungsgefühlen, psychosozial stark angespannter Situation, anhaltender Rechtsstreit und Schwierigkeiten im Umgang mit den eigenen körperlichen Limitierungen nähre. Anamnestisch gebe es Hinweise, dass sich der Beschwerdeführer sehr stark über die Leistungsfähigkeit definiert habe und dass die entsprechende Einschränkung als sehr verunsichernd und kränkend erlebt werde. In der psychosomatischen Untersuchung habe sich der Verdacht auf eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung ergeben, welche zu der Fehlverarbeitung der Unfälle beigetragen haben dürfte (vgl. IV-act. 31-14). Der psychiatrische Gutachter hatte in seiner Beurteilung erklärt, dass nebst gewissen Diskrepanzen in den anamnestischen Angaben, das appellative und demonstrative Verhalten während der Exploration sowie die Innensicht des Beschwerdeführers, dass alle anderen fehlerhaft seien, während er sich selbst nie etwas zu Schulden habe kommen lassen, für den Verdacht auf eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung sprächen. Es sei nur von Verdacht die Rede, da eine solche Diagnose nach einer einmaligen Exploration nicht wirklich gestellt werden könne und die Umstände der Exploration sowie der Kontext für eine objektive Diagnosestellung erschwerend seien (vgl. IV-act. 31-12).

2.3 Aus den gutachterlichen Ausführungen ist zu schliessen, dass sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung ergibt. Da die Persönlichkeitsstörung (zu Recht) nur als Verdachtsdiagnose erwähnt worden ist, kann sie auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die vom psychiatrischen Gutachter festgestellten Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers, welche zur Verdachtsdiagnose der Persönlichkeitsstörung geführt haben, sind allenfalls höchstens als die anhaltende Schmerzstörung zusätzlich negativ beeinflussende oder aufrechterhaltene Faktoren zu betrachten. Es ist dabei nicht von einer selbständigen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Erkrankung auszugehen, sondern von Persönlichkeitsfaktoren die sich lediglich im Zusammenhang mit der bestehenden somatoformen Schmerzstörung auswirken könnten. Die Gutachter haben diesbezüglich nur erwähnt, dass die möglicherweise vorbestehende Persönlichkeitsstörung zu der vom Beschwerdeführer durchgemachten Fehlverarbeitung der Unfälle beigetragen haben dürfte. Von allfälligen weiteren Auswirkungen der Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung ist nicht die Rede. Dass nur die somatoforme Schmerzstörung als die Arbeitsfähigkeit



einschränkende Diagnose zu betrachten ist, zeigt sich weiter an den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. So hat er festgehalten, dass dem Beschwerdeführer eine (körperlich) schwere, manuelle Tätigkeit nicht zumutbar sei. Körperlich leichte Tätigkeiten seien ihm noch 3 bis 4 Stunden täglich zumutbar (vgl. IV-act. 31-12). Die Einschätzung des Gutachters hat sich somit klar am körperlichen Schmerzempfinden des Beschwerdeführers und damit an den Auswirkungen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung orientiert. Allfällige arbeitsfähigkeitsrelevante Auswirkungen der Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung hat der Gutachter auch hier nicht erwähnt.

2.4 Es kann somit festgehalten werden, dass die ursprüngliche Rentenzusprache vom 4. Juli 2003 aufgrund der Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. der sich daraus ergebenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgt ist. Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung handelt es sich um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinn der Schlussbestimmung lit. a Abs. 1, womit diese Voraussetzung für eine Rentenüberprüfung gestützt auf diese Bestimmung erfüllt ist. Die Ausschlusskriterien gemäss Abs. 4 (Erreichen des 55. Altersjahres im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung oder Bezug einer Rente seit mehr als 15 Jahren im Zeitpunkt der Überprüfung) sind vorliegend nicht gegeben: Der Beschwerdeführer ist im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Schlussbestimmung lit. a erst 53 Jahre alt gewesen und hat die Rente im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung, im Februar 2012 (vgl. IV-act. 112), erst während rund 11 Jahren bezogen. Schliesslich ist auch die 3-Jahresfrist nach Inkrafttreten der Schlussbestimmung lit. a am 1. Januar 2012 (Abs. 1) eingehalten worden. Da alle Voraussetzungen erfüllt sind, ist die Schlussbestimmung lit. a vorliegend anwendbar und eine Herabsetzung oder Aufhebung der Rente des Beschwerdeführers ist grundsätzlich möglich, auch wenn die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

3.

3.1 Im nächsten Schritt ist zu prüfen, ob die vorliegende aktuelle medizinische Aktenlage, einschliesslich des seitens des Versicherungsgerichts eingeholten



Gutachtens der MEDAS Zentralschweiz vom 24. Mai 2016, eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt.

3.2 Zwischen den Parteien herrscht in erster Linie Uneinigkeit in Bezug auf die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Die Beschwerdegegnerin hat sich bei der renteneinstellenden Verfügung vom 20. Februar 2013 auf das von ihr veranlasste Gutachten des ABI vom 2. Juli 2012 (vgl. IV-act. 126) gestützt. Der psychiatrische ABI-Gutachter, Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hatte darin festgehalten, dass die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sowie die narzisstische Persönlichkeitsstörung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mehr hätten. Die im Vorgutachten (der MEDAS der Universitätskliniken Basel) von 2002 beschriebene Dekompensation der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei vorhandener narzisstischer Persönlichkeitsstörung könne nicht mehr bestätigt werden und sei dementsprechend als remittiert bzw. als überwindbar einzustufen (vgl. IV-act. 126 S. 28). Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung fänden sich nicht. Der Beschwerdeführer habe sich nie in psychiatrischer Behandlung befunden und sei insbesondere nie antidepressiv behandelt worden. Bei der Untersuchung sei eine gereizte, unterschwellig aggressive Stimmung aufgefallen, jedoch hätten keine eigentlichen depressiven Symptome festgestellt werden können. Aus psychiatrischer Sicht könne somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (vgl. IV-act. 126 S. 14 f.). In der Gesamtbeurteilung hatten die Gutachter dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für somatisch leidensangepasste Tätigkeiten attestiert (vgl. IV-act. 126 S. 29).

3.3 Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin hat das Versicherungsgericht das Gutachten des ABI vom 2. Juli 2012 nicht als rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erachtet: Der behandelnde Psychiater Dr. H.____ hat in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 25. Oktober 2012 Einwände betreffend die Herleitung der Diagnose der Persönlichkeitsstörung gemacht (vgl. IV-act. 137-3). In seinem folgenden Bericht vom 2. Mai 2013, welcher zwar erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2013 ergangen, jedoch aufgrund des engen Sachzusammenhangs mit dem Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigen ist, hat Dr. H.____ eine dem ABI-Gutachten



widersprechende Beurteilung des psychischen Zustands des Beschwerdeführers vorgenommen. So hat er ausgeführt, dass die beim Beschwerdeführer höchstwahrscheinlich bestehende narzisstische Persönlichkeitsstörung eine Ausprägung von erheblichem Ausmass aufweise. Aus diesem Grund müsse von erheblichen Einschränkungen im persönlichen, sozialen und beruflichen Bereich ausgegangen werden (vgl. act. G 5.1 S. 5). Im Weiteren könne aktuell die Diagnose einer zumindest mittelgradigen depressiven Episode gestellt werden. Die einschlägige Fachliteratur und die klinische Erfahrung zeigten, dass Patienten mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung ein deutlich erhöhtes Depressionsrisiko in sich trügen. In den vorliegenden Gutachten seien frühere Zustände des Beschwerdeführers beschrieben worden, die einer depressiven Episode entsprächen. Es könne davon ausgegangen werden, dass das depressive Zustandsbild des Beschwerdeführers schwanke und es sich differentialdiagnostisch höchstwahrscheinlich um eine rezidivierende depressive Erkrankung handle (vgl. act. G 5.1 S. 3). Da anzunehmen sei, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der beschriebenen Persönlichkeitsstörung schon geringe Krisen immer wieder zu depressiven Einbrüchen führen würden, sei eine verwertbare langanhaltende Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben (vgl. act. G 5.1 S. 5). Im Bericht der Klinik I.____ vom 19. März 2013, wo der Beschwerdeführer vom 18. Februar bis 15. März 2013 stationär behandelt worden war, ist ebenfalls die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode genannt worden (vgl. act. G 20). Ausserdem finden sich auch in den früheren Akten Hinweise auf das Vorliegen einer depressiven Störung beim Beschwerdeführer. So hat der Hausarzt Dr. E.____ am 25. Oktober 2012 festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer schweren Depression zwei Suizidversuche unternommen habe (vgl. IV-act. 137-2). Schliesslich hatte auch der vorherige Hausarzt Dr. C.____ in seinen Berichten jeweils die Diagnose einer Depression angegeben (vgl. IV-act. 66-3, IV-act.15-2). Zusammengefasst haben insbesondere die Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. H.____ Zweifel an der Beurteilung des psychiatrischen ABI-Gutachters aufkommen lassen. Einerseits hat sich die Frage nach der tatsächlichen Ausprägung der Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer sowie deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Andererseits ist unklar gewesen, ob im vorliegend zu beurteilenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung eine depressive Störung vorgelegen hat und falls ja, inwiefern sich diese auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers



ausgewirkt hat. Abgesehen von diesen Unklarheiten betreffend den medizinischen Sachverhalt hätte auch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des psychiatrischen ABI-Gutachters in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung unter dem Blick der Praxisänderung des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., nicht Stand gehalten. Die vom Gutachter gezogene Schlussfolgerung, dass die somatoforme Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe, da mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung keine erhebliche Komorbidität vorliege (vgl. IV-act. 126 S. 14), ist im Licht der Praxisänderung nicht mehr zulässig. Erforderlich ist vielmehr, dass die Arbeitsfähigkeit in einer Gesamtbetrachtung ressourcenorientiert, einzelfallgerecht und ergebnisoffen beurteilt wird (vgl. oben E. 1.3). Aufgrund der offenen Fragen betreffend den medizinischen Sachverhalt hat das Versicherungsgericht eine weitere Abklärung in Form eines Gerichtsgutachtens als notwendig erachtet. Die damit beauftragte Gutachtensstelle MEDAS-Zentralschweiz ist zudem dazu angehalten worden, im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung die vom Bundesgericht mit dem Entscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., neu eingeführte Praxis betreffend somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare syndromale Beschwerdebilder zu berücksichtigen.

3.4 Der psychiatrische Gutachter der MEDAS Zentralschweiz, Dr. med. K.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hat in seinem Teilgutachten vom 13. April 2016 folgende arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen angegeben: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom, sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat er u.a. eine narzisstische Persönlichkeitsstörung genannt. Die Herleitung der gestellten Diagnosen hat er ausführlich begründet (vgl. act. G 33 S. 6 ff. des psychiatrischen Teilgutachtens):

3.4.1 Zur Diagnose der Depression, welche in den beiden Vorgutachten nicht gestellt worden war, hat er festgehalten, es ergebe sich aus den Akten, dass beim Beschwerdeführer bereits 1994 und 1997 behandlungsbedürftige Depressionen aufgetreten seien (vgl. IV-act. 126 S. 15, IV-act. 31-4 f., IV-act. 27-2). Danach sei die weitgehend latente Trauer im Zusammenhang mit den Unfällen, den Operationen und der Kündigung der Arbeitsstelle im September 2000 exazerbiert und habe sich zu einer



Depression entwickelt. Die Depression habe als depressive Anpassungsstörung begonnen und sich schleichend zu einer mittelgradigen Depression verschlechtert. Trotz Behandlung habe sie sich verselbständigt und chronifiziert. Es bestünden ausgeprägte Zweifel, ob anlässlich der Untersuchung durch den psychiatrischen ABI-Gutachter die zuvor diagnostizierte Depression wirklich vollständig remittiert gewesen sei, oder ob der Gutachter eine Depression, die zwar innerhalb der Bandbreite, aber etwas atypisch gewesen sei, nicht habe erkennen können. Nach dem (drohenden) Verlust der Rente habe sich die Depression (ab Oktober 2012) wieder verschlechtert (vgl. act. G 33 S. 11 des psychiatrischen Teilgutachtens). Aufgrund der erwähnten behandlungsbedürftigen Depressionen in den Jahren 1994 und 1997 mit später vollständigen Remissionen sei davon auszugehen, dass es sich um eine rezidivierende depressive Störung handle und nicht um eine einmalige Episode. Eine chronische Depression zeige typischerweise gewisse Schwankungen im Schweregrad, was auch im vorliegenden Fall dokumentiert sei. Aktuell sei aufgrund des klinischen Eindrucks von einer mittelgradigen Depression auszugehen. Für die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei nicht von einem momentanen, sondern von einem durchschnittlichen Schweregrad auszugehen, welcher beim Beschwerdeführer ebenfalls einer mittelgradigen Depression entspreche (vgl. act. G 33 S. 10 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Stellungnahme vom 5. Juli 2016 geltend gemacht, dass gestützt auf die medizinischen Akten im vorliegend massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses (noch) keine mittelgradige Depression vorgelegen habe. Da der Beschwerdeführer sich erst nach dem Vorbescheid vom 12. September 2012 in Behandlung begeben habe, sei die Depression als Reaktion auf den negativen IV-Entscheid zu sehen, womit sie einer ärztlichen Behandlung zugänglich sei und keine invalidisierende Wirkung habe. Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung sei eine ärztliche Behandlung noch nicht durchgeführt worden. Ausserdem spreche der im psychiatrischen Gutachten von Dr. K.____ erhobene Psychostatus nicht für eine Depression mittleren Grades (vgl. act. G 39).

3.4.2 Aus den Akten lässt sich in Bezug auf den Verlauf der Depression entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 24. bis 29. Juni 1994 wegen zunehmender depressiver Verstimmung hospitalisiert gewesen war. Als Auslöser waren Probleme mit der Ehefrau, die drohende Scheidung, finanzielle Probleme und Verschuldung sowie



die damit zusammenhängende Überarbeitung genannt worden (vgl. IV-act. 27-2, 31-4 f.). Am 31. Mai 1997 war der Beschwerdeführer wegen Tabletteneinnahme in appellativer Form in das Spital L.____ eingewiesen worden. Am 20. Juni 1997 war wieder eine Hospitalisation im Spital L.____ wegen Tablettenintoxikation erfolgt. Gemäss der Aktenwiedergabe im Gutachten der MEDAS der Universitätskliniken Basel vom 13. August 2002 war im Bericht des Spitals L.____ festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer die Tabletten in wahrscheinlich parasuizidaler Absicht appellativ eingenommen habe. Im psychiatrischen Konsil sei eine Depression verneint, als Ursache hingegen familiäre und finanzielle Probleme genannt worden (vgl. IV-act. 31-5). Der frühere Hausarzt Dr. C.____ hat im Bericht vom 21. März 2001 angegeben, dass beim Beschwerdeführer eine reaktive Depression auf die Schmerzkrankheit vorliege. Der Beschwerdeführer sei zuweilen depressiv und aggressiv in seinen Reaktionen (vgl. IV-act. 15-2). Gemäss dem Bericht von Dr. C.____ vom 18. November 2004 ist der Beschwerdeführer – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin – auch mit antidepressiver Medikation behandelt worden (vgl. IV-act. 66-3). Schliesslich hat Dr. K.____ gestützt auf die Akten eine Verschlechterung der Depression ab Oktober 2012 angenommen. Dabei hat er sich auf die Berichte des Hausarztes Dr. E.____ vom 25. Oktober 2012 (vgl. IV-act. 137-2) sowie des den Beschwerdeführer seit dem 8. Oktober 2012 behandelnden Psychiaters Dr. H.____ vom 25. Oktober 2012 (vgl. IV-act. 137-3) und 2. Mai 2013 (vgl. act. G 5.1) gestützt. Entsprechend der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann wohl durchaus davon ausgegangen werden, dass diese (erneute) Verschlechterung der Depression infolge der mit dem Vorbescheid vom 12. September 2012 in Aussicht gestellten Renteneinstellung eingetreten ist, was jedoch nicht dazu führt, dass die Depression unbeachtlich wäre. Aus den Akten ergibt sich, dass die beim Beschwerdeführer diagnostizierte depressive Störung nicht als eine durchgehend bestehende mittelgradige Depression aufgetreten ist, sondern sich in Form von wiederholten depressiven Einbrüchen nach (sozialen und krankheitsbedingten) Krisen gezeigt hat. Auch wenn eine Depression seitens des Spitals L.____ verneint worden war, ist auch der Suizidversuch im Juni 1997 rückblickend überwiegend wahrscheinlich als ein depressiver Einbruch aufgrund einer sozialen Krise zu betrachten. Dr. H.____ hat in seinem Bericht vom 2. Mai 2013 darauf hingewiesen, dass die beim Beschwerdeführer vorliegende Persönlichkeitsstörung dazu führe, dass es schon bei geringen Krisen immer wieder zu depressiven



Einbrüchen komme (vgl. act. G 5.1 S. 5). Dies erscheint nachvollziehbar, da dem Beschwerdeführer aufgrund der Persönlichkeitsstörung (und der Schmerzstörung) die Ressourcen fehlen, um Krisen adäquat bewältigen zu können. Die depressive Störung des Beschwerdeführers ist somit immer im Zusammenhang mit der zusätzlich bestehenden Persönlichkeitsstörung (und der Schmerzstörung) zu betrachten. Vor diesem Hintergrund ist es auch nachvollziehbar, dass die in Aussicht gestellte Renteneinstellung und die damit verbundenen finanziellen Sorgen beim Beschwerdeführer wieder zu einem depressiven Einbruch geführt haben. Die Beschwerdegegnerin hat geltend gemacht, dass die aufgrund eines psychosozialen Faktors eingetretene und deshalb behandelbare Depression keine invalidisierende Wirkung habe, da im Zeitpunkt des Verfügungserlasses noch keine Behandlung durchgeführt worden sei. Dem ist zu entgegnen, dass der Beschwerdeführer seit dem 8. Oktober 2012 bei Dr. H.____ in psychiatrischer-psychotherapeutischer Behandlung gestanden hat, welche gemäss Dr. K.____ auch lege artis durchgeführt worden ist. Allein aufgrund des Umstands, dass der Beschwerdeführer gemäss der im Rahmen der Begutachtung durch Dr. K.____ durchgeführten Serumuntersuchung das zweite Antidepressivum Mirtazapin nicht eingenommen hat, kann nicht auf eine fehlende Compliance geschlossen werden, zumal er die Medikamente Duloxetin und Lorazepam nachweislich regelmässig eingenommen hat. Dr. K.____ geht denn auch von einer guten Compliance des Beschwerdeführers aus (vgl. act. G 33 S. 14 des psychiatrischen Teilgutachtens). Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 20. Februar 2013 ist der Beschwerdeführer somit bereits seit rund fünf Monaten in Behandlung gewesen, ohne dass eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer vom 18. Februar bis 15. März 2013 eine stationäre Behandlung in der Klinik I.____ absolviert hat, die aber auch nicht zu einer Verbesserung geführt hat (vgl. act. G 20). Es hat somit bereits im Zeitpunkt des Verfügungserlasses von einer trotz durchgeführter ärztlicher Behandlung überwiegend wahrscheinlich anhaltend bestehenden Verschlechterung der depressiven Störung ausgegangen werden müssen. Dass es sich tatsächlich um eine anhaltende Depression gehandelt hat, ist in der Folge durch das Gerichtsgutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. Mai 2016 bestätigt worden. Demnach hat sich auch bis zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im März 2016 trotz der fortlaufenden ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung noch immer keine Verbesserung der



depressiven Störung eingestellt. Die Beschwerdegegnerin hat schliesslich vorgebracht, dass gestützt auf den von Dr. K.____ erhobenen Psychostatus des Beschwerdeführers nicht von einer Depression mittleren Grades ausgegangen werden könne. Aus dem psychiatrischen Teilgutachten ergibt sich, dass sich Dr. K.____ ausführlich mit dem Schweregrad der beim Beschwerdeführer vorliegenden Depression auseinandergesetzt hat. Zum Psychostatus hat er u.a. festgehalten, dass das inhaltliche Denken des Beschwerdeführers auf seine Schmerzen, depressive Themen wie Versagensgefühle und Todeswünsche und seine schwierige Situation eingeeengt sei. In affektiver Hinsicht sei die Stimmung bedrückt, resigniert und depressiv. Im Hintergrund seien auch Enttäuschung, Frustration, Wut und Hoffnungslosigkeit spürbar (vgl. act. G 33 S. 3 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Zu den durchgeführten psychologischen Tests hat Dr. K.____ festgehalten, dass die Werte einer mittelgradigen Depression entsprächen. Ohne Berücksichtigung der durch die Schmerzen erklärbaren Symptome entsprächen sie nur einer leichten Depression bzw. lägen unter dem Schwellenwert einer Depression (vgl. act. G 33 S. 3 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Diesbezüglich hat der Gutachter erklärt, dass beim Beschwerdeführer gewisse Symptome wie Reizbarkeit und Schlafstörungen nicht klar zugeordnet werden könnten, da diese sowohl bei einer Depression als auch bei chronischen Schmerzen aufträten (vgl. act. G 33 S. 10 des psychiatrischen Teilgutachtens). Die Testergebnisse sind beim Beschwerdeführer daher nicht aussagekräftig. In Bezug auf die ICD-10 Kriterien hat Dr. K.____ neben den allgemeinen Kriterien weitere sieben Kriterien als erfüllt betrachtet, was einer mittelgradigen Depression entspricht. Insgesamt ist er jedoch zum Schluss gekommen, dass der tatsächliche Schweregrad der Depression am besten durch den klinischen Eindruck zu bestimmen sei. Demnach liege beim Beschwerdeführer eine mittelgradige Depression vor (vgl. act. G 33 S. 10 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass Dr. K.____ sich den in der Konsistenzprüfung ausführlich diskutierten Verdeutlichungstendenzen des Beschwerdeführers bewusst gewesen ist und diese bei der Festlegung des Schweregrades der Depression berücksichtigt hat. Die Diagnose einer mittelgradigen Depression steht zudem im Einklang mit den Berichten von Dr. H.____ vom 2. Mai 2013 (vgl. act. G 5.1) und der Klinik I.____ vom 19. März 2013 (vgl. act. G 20) und ist überzeugend. Nachvollziehbar ist auch, dass Dr. K.____ in Bezug auf die Beurteilung der anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von einer



durchschnittlich mittelgradigen Depression ausgegangen ist (vgl. act. G 33 S. 10 des psychiatrischen Teilgutachtens). Durch die wiederholt aufgetretenen und auch in Zukunft immer wieder zu erwartenden depressiven Einbrüche ist auch in vorübergehend besseren Phasen von einer anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen (so auch Dr. H.____ im Bericht vom 2. Mai 2013, act. G 5.1 S. 5).

3.4.3 Zusammengefasst basieren die Ausführungen von Dr. K.____ betreffend die Diagnose, den Verlauf und den Schweregrad der Depression auf einer ausführlichen Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Vorberichten und einer eingehenden Befunderhebung beim Beschwerdeführer (vgl. act. G 33 S. 3 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Die Ausführungen sind nachvollziehbar, überzeugend und stimmen bezüglich der Diagnose einer mittelgradigen Depression mit den Berichten von Dr. H.____ vom 2. Mai 2013 und der Klinik I.____ vom 19. März 2013 überein. Es ist somit überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit einem durchschnittlich mittleren Schweregrad vorliegt bzw. im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorgelegen hat.

3.4.4 An Stelle der in den beiden Vorgutachten genannten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung hat Dr. K.____ beim Beschwerdeführer eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festgestellt. Zur Begründung hat er festgehalten, dass die Beschwerden aufgrund der Akten zumindest zu Beginn der Schmerzen zu einem wesentlichen Teil auf körperliche Veränderungen (Unfälle, Operationen) zurückgeführt werden könnten, womit die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht zulässig sei. Demgegenüber hat Dr. K.____ nachvollziehbar ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer die Diagnosekriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gegeben seien (vgl. G 33 S. 7 f. des psychiatrischen Teilgutachtens).

3.4.5 Bezüglich der beim Beschwerdeführer bereits von verschiedenen Ärzten diagnostizierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung hat Dr. K.____ festgehalten, dass es in seiner Untersuchung nur wenige Hinweise auf die beschriebenen Persönlichkeitszüge gegeben habe. Allerdings könne die Diagnose auch im Rahmen einer einzigen Untersuchung nicht widerlegt werden. Da sie sowohl von ambulanten



wie stationären Therapeuten nach längerer Beobachtungszeit gestellt worden sei, könne sie übernommen werden (vgl. G 33 S. 12 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Auch diese Ausführungen erscheinen überzeugend. Bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten, dass die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht als eine Erkrankung mit einer direkten arbeitsfähigkeitseinschränkenden Wirkung zu sehen ist. Dazu hat Dr. K.____ ausgeführt, dass Persönlichkeitsstörungen generell nur selten und nur in speziellen Fällen eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Wenn die Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hätte, hätte sich dieser bereits in seinen früheren, teils mit hohen Anforderungen und Teamarbeit verbundenen Tätigkeiten zeigen müssen. Die Persönlichkeitsstörung könne dem Beschwerdeführer jedoch die Bewältigung der Symptomatik und insbesondere der Schmerzen erschweren und so indirekt die Arbeitsfähigkeit einschränken (vgl. G 33 S. 15 des psychiatrischen Teilgutachtens). Die Einordnung der Persönlichkeitsstörung als eine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur indirekt einschränkende Erkrankung ist nachvollziehbar, da die anhaltende Arbeitsunfähigkeit vorliegend erst nach den Arbeitsunfällen von 1999 und 2000 bzw. erst nach dem Hinzutreten der sich in der Folge entwickelnden Schmerzstörung eingetreten ist, obwohl Persönlichkeitsstörungen erfahrungsgemäss bereits im Jugendalter beginnen. Vor den Arbeitsunfällen war der Beschwerdeführer trotz der höchstwahrscheinlich bereits bestehenden Persönlichkeitsstörung nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Indirekte Auswirkungen der Persönlichkeitsstörung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind auch vom ABI-Gutachter und von Dr. H.____ bereits beschrieben worden. Beide Ärzte haben ausgeführt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Persönlichkeitsstörung Mühe habe, mit den Einschränkungen seiner körperlichen Integrität umzugehen (vgl. IV-act. 126 S. 14, act. G 5.1). Dr. H.____ hat in seinem Bericht vom 2. März 2013 überdies festgehalten, dass die Persönlichkeitsstörung dazu führe, dass es beim Beschwerdeführer schon bei geringen Krisen immer wieder zu depressiven Einbrüchen kommen werde (vgl. act. G 5.1 S. 5). Zusammengefasst ist die Einschätzung von Dr. K.____, wonach die narzisstische Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer zwar nicht zu einer direkten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, jedoch die



Bewältigung der (depressiven) Symptomatik und der Schmerzen erschwere und sich damit indirekt auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, überzeugend.

3.5 Da es sich bei der von Dr. K.____ gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren um ein mit einer somatoformen Schmerzstörung vergleichbares syndromales Beschwerdebild handelt, ist bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die entsprechende neue Praxis des Bundesgerichts zu berücksichtigen (vgl. oben E. 1.3). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hat demnach anhand eines Katalogs von Indikatoren zu erfolgen, welche die massgeblichen Aspekte psychosomatischer Leiden umfassen. Schematisch können diese Indikatoren folgendermassen dargestellt werden (vgl. BGE 141 V 297 f. E. 4.1.3):

I Funktioneller Schweregrad

1. Komplex "Gesundheitsschädigung"

1.1. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

1.2. Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz

1.3. Komorbiditäten

2. Komplex "Persönlichkeit": Persönlichkeitsdiagnostik (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen)

3. Komplex "Sozialer Kontext"

3.1. Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren

3.2. Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds

II Konsistenzprüfung (Gesichtspunkte des Verhaltens)

1. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen



2. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (bzw. Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen)

3.6 Dr. K.____ ist in seinem psychiatrischen Teilgutachten auf die zu prüfenden massgeblichen Indikatoren eingegangen und hat die gemäss der neuen Praxis des Bundesgerichts erforderliche Gesamtbetrachtung in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen: So hat er in Bezug auf den zu prüfenden 1. Komplex "Gesundheitsschädigung" ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der funktionellen Auswirkungen, die sich im Haushalt und im Tagesablauf zeigten, von einer mittelgradigen bis schweren Schmerzstörung auszugehen sei (vgl. G 33 S. 8 des psychiatrischen Teilgutachtens). Die Ausprägung der Schmerzstörung spricht somit für die Annahme eines die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychischen Leidens. Dafür spricht auch, dass beim Beschwerdeführer trotz der seit dem 8. Oktober 2012 regelmässigen, ambulanten, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, welche gemäss Dr. K.____ lege artis durchgeführt worden ist, keine Besserung eingetreten ist. Auf der anderen Seite hat Dr. K.____ darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer die psychiatrische Behandlung erst nach dem Erlass des Vorbescheids vom 12. September 2012 aufgenommen habe. Zudem nehme er das zweite Antidepressivum Mirtazapin nicht regelmässig ein. Diese Punkte sprächen gegen einen hohen Leidensdruck aufgrund des psychischen Leidens (vgl. G 33 S. 14 des psychiatrischen Teilgutachtens). Als Komorbiditäten hat Dr. K.____ die mittelgradige depressive Störung, die Trauer, die unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen und die narzisstische Persönlichkeitsstörung angegeben. Zu Recht und im Sinne der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat er darauf hingewiesen, dass es nicht auf die Anzahl der Begleiterkrankungen, sondern auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Gesamten ankomme (vgl. G 33 S. 14 des psychiatrischen Teilgutachtens). Bezüglich der mittelgradigen Depression ist festzuhalten, dass die Frage, ob diese – wie es die Beschwerdegegnerin vorgebracht hat (vgl. act. G 9) – als Reaktion auf die Schmerzstörung zu betrachten ist oder eine eigenständige Erkrankung darstellt, im Licht der neuen bundesgerichtlichen Praxis nicht mehr relevant ist. Das Erfordernis der Gesamtbetrachtung gilt demnach grundsätzlich unabhängig davon, wie es um den Zusammenhang zwischen dem Schmerzsyndrom und der Komorbidität bestellt ist. Daher verliert beispielsweise eine Depression nicht mehr allein wegen ihrer



(allfälligen) medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden jegliche Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 300 f. E. 4.3.1.3). Betreffend den zu prüfenden 2. Komplex der "Persönlichkeit" hat Dr. K.____ diverse Faktoren berücksichtigt und deren ressourcenfördernde oder/und -hemmende Wirkung ausführlich erklärt (vgl. G 33 S. 5 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Ausserdem ist hier auch die diagnostizierte narzisstische Persönlichkeitsstörung, welche zwar keine selbständige einschränkende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, aber in jedem Fall ein ressourcenmindernder Faktor darstellt, zu beachten. In Bezug auf den 3. Komplex des "Sozialen Kontextes" hat Dr. K.____ die den Beschwerdeführer unterstützende Familie als Ressource erwähnt. Andererseits könne diese aber auch als Schonung wirken (vgl. G 33 S. 6 des psychiatrischen Teilgutachtens). Vorliegende psychosoziale Faktoren wie z.B. das Alter des Beschwerdeführers, die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und die subjektive Überzeugung, nicht arbeitsfähig zu sein, hat Dr. K.____ berücksichtigt und zu Recht von der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausgenommen (vgl. G 33 S. 14 des psychiatrischen Teilgutachtens). Nachdem die unter dem Begriff des "funktionellen Schweregrads" zusammengefassten Indikatoren geprüft worden sind, hat gemäss neuer bundesgerichtlicher Praxis in einem zweiten Schritt eine Konsistenzprüfung zu erfolgen. Dr. K.____ hat eine ausführliche Beurteilung der Konsistenz der funktionellen Auswirkungen des beim Beschwerdeführer festgestellten psychischen Leidens vorgenommen. Zum Indikator der Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen hat er festgehalten, dass beim Beschwerdeführer in Bezug auf die im Vordergrund stehende Symptomatik die Schilderung seiner Beschwerden, seines Tagesablaufes, seiner Aktivitäten und seiner sozialen Kontakte konsistent mit den Befunden und den Akten sowie kongruent mit den gestellten Diagnosen seien. Es bestehe ein Leidensdruck. Zudem sei der Beschwerdeführer in regelmässiger, ambulanter, psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Gegen einen hohen Leidensdruck aufgrund der psychischen Symptomatik (bzw. für noch vorhandene Ressourcen) sprächen der Umstand, dass der Beschwerdeführer die psychiatrische Behandlung erst im Oktober 2012, d.h. nachdem er von der drohenden Rentenaufhebung erfahren habe, aufgenommen habe und dass er gemäss dem Ergebnis der Serumuntersuchung nicht alle antidepressiven Medikamente regelmässig einnehme. In Bezug auf die Schmerzen und die Depression lasse sich beim Beschwerdeführer eine Tendenz zur Verdeutlichung feststellen.



Einerseits bestehe der Eindruck, dass der Beschwerdeführer wirklich leide, andererseits sei es ihm ganz wichtig, die Rente wieder zu bekommen. Dennoch spreche die gelegentlich auftretende Verdeutlichung nicht per se für eine wesentliche Inkonsistenz (vgl. G 33 S. 13 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Demnach lässt sich – entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin – eine invalidisierende Wirkung der Schmerzstörung auch nicht mit dem Hinweis auf das verdeutlichende Verhalten des Beschwerdeführers ausschliessen. Dr. K. ___ ist nach der eingehenden Prüfung der Indikatoren zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Störungen (in der Gesamtbetrachtung) der Antrieb, die Ausdauer, die kognitiven Fähigkeiten wie die Konzentrationsfähigkeit und die Gedächtnisfunktion, das Selbstvertrauen, das Arbeitstempo, die Kontakt- und Verkehrsfähigkeit und der Antrieb beeinträchtigt seien. Der Beschwerdeführer schlafe schlecht, was seine Regeneration erschwere und zu vermehrter Müdigkeit tagsüber führe. Er könne im Moment aufgrund der psychischen Störungen und durch die vermehrt notwendigen Pausen zeitlich nur eingeschränkt arbeiten. Eine Präsenzzeit von 6 Stunden (70%) sei möglich, wobei die Leistungen aktuell etwa zu 30% eingeschränkt seien. Zusammengefasst könne aus psychiatrischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von etwa 50% in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgegangen werden (vgl. G 33 S. 13 f. des psychiatrischen Teilgutachtens). Diese Einschätzung erscheint vor dem Hintergrund der geprüften Indikatoren nachvollziehbar und überzeugend. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist im Sinne einer Gesamtbetrachtung ressourcenorientiert und einzelfallgerecht erfolgt, so dass auf die attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht abgestellt werden kann.

3.7 In somatischer Hinsicht hat der rheumatologische Gutachter der MEDAS Zentralschweiz beim Beschwerdeführer als objektivierbare Befunde lediglich den Zustand nach Bandoperation rechts im Bereich des Daumengrundgelenks mit schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit sowie den Zustand nach Arthrodese des linken Daumengrundgelenks feststellen können. Er hat festgehalten, dass diese Befunde zu einer gewissen Minderbelastung beidseits sowie einer Funktionseinschränkung links hinsichtlich manuell kraftaufwändiger bzw. ständig repetitiv manueller Betätigung unter kraftvollem Einsatz der Daumen führten. Bezüglich der diversen weiteren vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden hat er kein organisches Korrelat finden können. Insgesamt ist der Gutachter zum Schluss



gekommen, dass sich anlässlich der aktuellen Befragung und Untersuchung eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen, vom Beschwerdeführer als vollständig invalidisierend empfundenen Schmerzen und den gering- bis mässiggradigen Befunden gezeigt habe. Die Befundlage sei im Vergleich zu den beiden Vorgutachten vom 2. Juli 2012 und 13. August 2002 unverändert. Übereinstimmend mit den Vorgutachten bestehe aus rheumatologischer Sicht weiterhin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (vgl. act. G 33 S. 34). Tatsächlich lassen sich weder dem Gutachten der MEDAS der Universitätskliniken Basel vom 13. August 2002 noch dem Gutachten des ABI vom 2. Juli 2012 erhebliche somatische Befunde entnehmen (vgl. IV-act. 31-23, IV-act. 126 S. 18 ff. und S. 25 ff.). Zwar sind auch die somatischen Gutachter der MEDAS der Universitätskliniken Basel sowie des ABI von objektiv teilweise nachvollziehbaren Beschwerden an den Händen und Daumen des Beschwerdeführers ausgegangen, jedoch stimmen alle Gutachter darin überein, dass diese Befunde lediglich zu gewissen qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führten und in leidensadaptierten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 31-23, IV-act. 126 S. 19, act. G 33 S. 34 f.). Vor diesem Hintergrund ist aus somatischer Sicht überwiegend wahrscheinlich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in leidensadaptierten Tätigkeiten auszugehen.

3.8 Zusammengefasst erscheint das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. Mai 2016 nachvollziehbar, umfassend und in sich widerspruchsfrei. Die in medizinischer Hinsicht noch offen gewesenen Fragen sind überzeugend geklärt worden. Auf das Gutachten sowie die in bidisziplinärer Hinsicht festgestellte 50%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychisch und somatisch leidensadaptierten Tätigkeiten kann folglich abgestellt werden.

4.

4.1 Im Folgenden ist nun ausgehend von der medizinisch-theoretisch 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ermitteln, ob sich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt.



4.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 ATSG ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

4.3 Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, da davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer bis zum Eintritt der Arbeitsunfähigkeit anfangs 2000 (vgl. IV-act. 15) mit einem vollen Pensum als Bediener der Leimfabrik in der B.____ AG tätig gewesen war (vgl. IV-act. 23). Es ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass er diese Tätigkeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weiterhin ausgeübt hätte. Demnach ist für die Bestimmung des Valideneinkommens auf das bei der Leimfabrik in der B.____ AG erzielte Einkommen des Beschwerdeführers abzustellen. Gemäss einem Arbeitgeberbericht vom 30. April 2001 hat der Beschwerdeführer ab 1. Januar 1998 einen Monatslohn von Fr. 3'930.-- zuzüglich Schichtzulage und Wegvergütung verdient (vgl. IV-act. 23-2). Aufgrund der variablen Lohnzulagen hat das Jahreseinkommen des Beschwerdeführers geschwankt (vgl. IV-act. 39). Um bei der Bestimmung des Valideneinkommens dem zuletzt erzielten tatsächlichen Verdienst des Beschwerdeführers möglichst nahe zu kommen, ist auf einen Durchschnittswert der Einkommen der letzten drei Jahre vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit abzustellen. Gemäss dem Arbeitgeberbericht sowie dem Auszug aus dem individuellen Konto hat der Beschwerdeführer folgende Jahreseinkommen gehabt: 1999: Fr. 60'798.--, 1998: Fr. 61'041.--, 1997: Fr. 60'605.-- (vgl. IV-act. 23-2, IV-act. 39). Daraus resultiert ein Durchschnittswert von rund Fr. 60'815.--, welcher als Valideneinkommen heranzuziehen ist.



4.4 Seit Februar 2000 ist der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitstätig gewesen. Aus diesem Grund ist für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die statistischen durchschnittlichen Löhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik zurückzugreifen. Der Beschwerdeführer hat keine Berufsausbildung absolviert und ist daher als Hilfsarbeiter zu betrachten. Entsprechend dem Valideneinkommen ist auch für das Invalideneinkommen auf die Zahlen des Jahres 1999 abzustellen. Eine Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum massgeblichen Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2013 kann vorliegend unterbleiben, da sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen von der gleichen allgemeinen Nominallohnentwicklung gemäss der Tabelle 39 zur Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2015, des Bundesamtes für Statistik auszugehen ist (die branchenspezifische Nominallohnentwicklung in Bezug auf das zuletzt erzielte Einkommen des Beschwerdeführers, welches dem Valideneinkommen zu Grunde liegt, weicht nur minimal von der allgemeinen Nominallohnentwicklung ab, so dass die Abweichungen zu vernachlässigen sind) und das Verhältnis der Vergleichseinkommen damit unverändert bleibt. Gemäss den LSE von 1999 haben Männer im tiefsten Anforderungsniveau bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,8 Stunden durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 53'608.-- erzielt (vgl. Anhang 2 [Lohnentwicklung] zu der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzestextausgabe 2005, Invalidenversicherung). Damit ergibt sich vorliegend ein vorläufiges Invalideneinkommen von rund Fr. 53'608.--.

4.4.1 Die für die Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen statistischen Löhne können gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung um bis zu 25% gekürzt werden, wenn absehbare Schwierigkeiten bei der erwerblichen Umsetzung des verbliebenen Leistungsvermögens bestehen. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder



St.Galler Gerichte

Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2).

4.4.2 Gemäss dem Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. Mai 2016 sind dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne besondere Belastung auf die Daumen, insbesondere links, zumutbar (vgl. act. G 33 S. 44). Aus psychiatrischer Sicht ist zu beachten, dass die Tätigkeit keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers stellt oder besonderen Fähigkeiten verlangt. Weiter bestehen Einschränkungen im Sinne einer nicht mehr gegebenen Arbeitsfähigkeit für das berufliche Führen eines Motorfahrzeugs und für Tätigkeiten mit laufenden Maschinen sowie bei Konfrontationen mit gefährlichen Situationen (vgl. act. G 33 S. 42). Angesichts der sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht zu berücksichtigenden Einschränkungen reduziert sich das für den Beschwerdeführer mögliche Spektrum an Tätigkeiten, was sich nachteilig auf den Lohn auswirken dürfte. Insbesondere aufgrund seiner psychischen Erkrankung ist beim Beschwerdeführer von einem erhöhten Nachteil auszugehen, denn bei depressiven Arbeitnehmern besteht ein grosses Risiko überproportionaler Krankheitsabsenzen. Weiter ist auch mit kurzfristigen Leistungsschwankungen zu rechnen, was die Einsatzplanung erschwert. Zudem benötigen depressive Personen grössere Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten und der Arbeitskollegen. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad wird praxisgemäss bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein sog. "Teilzeitabzug" vom Tabellenlohn vorgenommen. Ein solcher ist auch beim Beschwerdeführer, welcher nur noch zu 50% arbeitsfähig ist, vorzunehmen. Im Weiteren ist das im vorliegend massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 20. Februar 2013 – bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit – fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers zu berücksichtigen. Die Berufstätigkeit des Beschwerdeführers beschränkt sich im Wesentlichen auf die rund 10-jährige Tätigkeit als Bediener der Leimfabrik bei der B.____ AG (vgl. IV-act. 23, IV-act. 39). Eine solche Tätigkeit mit laufenden Maschinen sowie potentiell gefährlichen Substanzen und Situationen ist dem Beschwerdeführer gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. K.____ nicht mehr möglich (vgl. act. G 33 S. 14 des psychiatrischen Teilgutachtens). Da der Beschwerdeführer die beruflichen Erfahrungen und Fertigkeiten, welche er sich bei seiner früheren Tätigkeit erarbeitet hat, somit nicht mehr nutzen können,



erscheint die berufliche Integration des im Verfügungszeitpunkt bereits 54-jährigen als erheblich erschwert. Hinzu kommt, dass in diesem Zeitpunkt eine bereits 13 Jahre andauernde Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bestanden hat. Allfällige mangelnde Sprachkenntnisse sowie die fehlende Berufsausbildung fallen beim Beschwerdeführer hingegen nicht ins Gewicht. Hilfsarbeitertätigkeiten, wie sie für den Beschwerdeführer in Frage kommen, setzen definitionsgemäss keine Ausbildung voraus und die sprachlichen Anforderungen sind nicht allzu hoch. Unter Berücksichtigung sämtlicher erwähnter Umstände, welche sich erwartungsgemäss nachteilig auf den Lohn des Beschwerdeführers auswirken dürften, erscheint ein Tabellenlohnabzug von gesamthaft 20% gerechtfertigt.

4.5 Ausgehend von der medizinisch-theoretisch 50%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 20% beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen auf Fr. 21'443.-- (Fr. 53'608.-- x 0.5 - 20%). Stellt man dieses dem Valideneinkommen von Fr. 60'815.-- gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 39'372.--. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von rund 65%. Damit ergibt sich beim Beschwerdeführer auch gestützt auf die aktuelle Sach- und Rechtslage noch ein rentenbegründenden Invaliditätsgrad, wobei neu ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente besteht (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Die renteneinstellende Verfügung vom 20. Februar 2013 erweist sich als unrechtmässig und ist aufzuheben. Die Anpassung der vor dem Erlass der Verfügung ausgerichteten ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente ist gemäss dem Willen des Gesetzgebers nur für die Zukunft zu berücksichtigen. In Anwendung von Art. 88bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist dem Beschwerdeführer die Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2013 (erster Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats) auszurichten.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2013 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2013. Die Sache ist zur Festsetzung des Rentenbetrags an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Angesichts des durch die Einholung des Gerichtsgutachtens überdurchschnittlichen Aufwands erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 1'000.-- als angemessen. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat für diese Gebühr aufzukommen. Zudem hat die Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten zu übernehmen. Diese belaufen sich insgesamt auf Fr. 8'905.30 (vgl. act. G 34).

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im Zusammenhang mit dem Gerichtsgutachten war die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers nochmals einige Male mit dem Fall befasst, womit ihr ein leicht überdurchschnittlicher Vertretungsaufwand entstanden ist. Insgesamt rechtfertigt es sich daher, die Parteientschädigung auf pauschal Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 20. Februar 2013 aufgehoben und dem Beschwerdeführer eine Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2013 zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenbeträge an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- und die Kosten des Gutachtens von Fr. 8'905.30 zu bezahlen.



3.

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer einen Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.