

GL_GERICHTE VG.2014.00009 vom 23. April 2014

GL Gerichte, 2014-04-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gl_gerichte_VG.2014.00009

FR: GL_GERICHTE VG.2014.00009 du 23 avril 2014

IT: GL_GERICHTE VG.2014.00009 del 23 aprile 2014

Regeste

Sozialversicherung - IV

Erwägungen

E. 1.1

A._____, geboren am [...], verletzte sich am 21. Mai 1998 bei einem Verkehrsunfall auf der Autobahn. Am 19. Mai 1999 meldete er sich bei der IV-Stelle Glarus (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Die IV-Stelle sprach ihm mit Verfügung vom 1. Mai 2001 ab 1. Mai 1999 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente zu.

E. 1.2

In den Jahren 2006 und 2011 wurde jeweils eine Rentenrevision durchgeführt. Die IV-Stelle teilte A._____ am 8. Februar 2006 sowie am 19. April 2011 mit, bei der Überprüfung des Invaliditätsgrads hätten keine rentenbeeinflussenden Änderungen festgestellt werden können, weshalb weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bestehe.

E. 2.1

Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung sowie Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

E. 2.2

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem solchen von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab mindestens 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zum Erwerbseinkommen gesetzt, welches sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

E. 2.3

Wie körperliche können auch geistige Gesundheitsschäden eine Invalidität im gesetzlichen Sinn bewirken. Zu Letzteren zählen neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Abwegigkeiten mit Krankheitswert (BGE 130 V 352 E. 2.2.1). Von einer invalidisierenden psychischen Störung kann indessen nur bei Vorliegen eines medizinischen Substrats gesprochen werden, das durch einen Facharzt schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Namentlich darf das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, wie etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinn oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand (BGE 127 V 294 E. 5a) .

E. 2.4

Invalidenrechtlich nicht als relevant gelten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Masse zu verrichten, zu vermeiden vermöchte. Das Mass des Forderbaren muss dabei weitgehend objektiv bestimmt werden. Es ist somit festzustellen, ob und in welchem Masse ein Versicherter infolge seines geistigen Gesundheitsschadens auf dem ihm nach seinen Fähigkeiten offenstehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt erwerbstätig sein kann. Dabei kommt es darauf an, welche Tätigkeit ihm zugemutet werden darf. Zur Annahme einer durch einen geistigen Gesundheitsschaden verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass der Versicherte nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihm sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 135 V 201 E. 7.1.1).

E. 3

A._____ gelangte mit Beschwerde vom 23. Januar 2014 ans Verwaltungsgericht und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 17. Januar 2014 und dass ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten sei; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle. Die IV-Stelle schloss am 10. März 2014 auf Abweisung der Beschwerde. II . 1. Das Verwaltungsgericht ist gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 (IVG) zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Da auch die übrigen Prozessvoraussetzungen erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. 2.

E. 3.1

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG ist eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich ändert . Eine Revision wird von Amtes wegen durchgeführt, wenn sie im Hinblick auf eine mögliche erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads bei der Festsetzung der Rente auf einen bestimmten Termin in Aussicht genommen worden ist oder wenn Tatsachen bekannt oder Massnahmen angeordnet werden, die eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads als möglich erscheinen lassen (Art. 87 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV]).

E. 3.2

Ein Revisionsgrund, d.h. eine für den Rentenanspruch massgebliche Veränderung der Verhältnisse, ist unter anderem bei einer Besserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustands gegeben, aber auch bei einer Erhöhung oder Verminderung des massgeblichen Validen- oder Invalideneinkommens sowie bei einer Änderung der spezifischen Arbeitsfähigkeit. Keinen Revisionsgrund stellt hingegen eine nur vorübergehende Änderung des Gesundheitszustands oder die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten (medizinischen) Sachverhalts dar (BGer-Urteil 9C_767/2008 vom 3. Oktober 2008 E. 1.2). Bei gleich gebliebenen tatsächlichen Verhältnissen muss ein Revisionsgrund, welcher zur Herabsetzung oder zur Aufhebung der Invalidenrente führt, somit aktenmässig zuverlässig ausgewiesen sein (BGer-Urteil 9C_552/2007 vom 17. Januar 2008 E. 3.1.2). Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) – sei es aufgrund eines objektiv geminderten Schweregrads desselben Leidens, sei es aufgrund verbesserter Leidensanpassung der versicherten Person – nicht aus. Ob eine derartige tatsächliche Änderung oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands vorliegt, bedarf – auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person – einer sorgfältigen Prüfung. Dabei gilt der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, wobei die blosser Möglichkeit einer Verbesserung tatsächlicher Art nicht genügt (BGer-Urteil 8C_458/2009 vom 2. November 2009 E. 3.2).

E. 3.3

Zur Ermittlung der Revisionsvoraussetzungen ist grundsätzlich der Sachverhalt der ursprünglichen Rentenverfügung mit den aktuellen Verhältnissen im Zeitpunkt der Neubeurteilung zu vergleichen. Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet rechtsprechungsgemäss die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4). Vorliegend ist somit der Sachverhalt vom 1. Mai 2001 (ursprüngliche Rentenverfügung) mit demjenigen vom 17. Januar 2014 (rentenaufhebende Verfügung) zu vergleichen.

E. 4.1

Nach dem für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren geltenden Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.2

Es ist Aufgabe des Arztes, sämtliche Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls auf den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und dazu Stellung zu

nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang sie arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person im Hinblick auf ihre persönlichen Verhältnisse noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4).

E. 4.3

Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht.

Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.4

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4). Dagegen entspricht es einer allgemeinen Erfahrung, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. A., Zürich/Basel/Genf 2010, S. 353).

E. 4.5

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – der Richter dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat der Richter dabei seinen Entscheid – sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die er von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 119 V 7 E. 3c/aa, mit Hinweisen).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass sich sein Gesundheitszustand in somatischer wie auch in psychiatrischer Hinsicht seit dem Unfall nicht wesentlich verbessert habe. So

handle es sich beim ABI-Gutachten um den klassischen Fall einer unterschiedlichen Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit bei gleichgebliebenem medizinischem Sachverhalt. Ihm gehe es psychisch eher schlechter, was aus dem neuesten ärztlichen Bericht ersichtlich sei. Zudem könne das ABI-Gutachten nicht restlos überzeugen, da bezüglich der Schmerzverarbeitungsstörung eine Auseinandersetzung mit den Foerster-Kriterien fehle. Folglich habe er weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stützt sich in erster Linie auf das ABI-Gutachten vom 29. Mai 2013 und geht davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands vorliege. Lediglich die sich im Laufe der Jahre entwickelten Angst- und leichtgradige depressive Störung hätten einen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit, welcher aber geringfügig sei und die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit nur um 10 % einschränke. Eine Auseinandersetzung mit den Foerster-Kriterien sei zudem nicht notwendig, da die Schmerzverarbeitungsstörung nicht zum Katalog der pathogenetisch ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare Grundlage gehöre. Insgesamt sei eine anspruchsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten, weshalb die Invalidenrente einzustellen sei.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer liess sich als Folge des Verkehrsunfalls vom 21. Mai 1998, bei dem es sich um eine Heckauffahrkollision auf der Autobahn handelte, in der Rehaklinik D. _____ vom 16. September 1998 bis am 4. November 1998 behandeln. Im neurologischen Konsilium vom 18. September 1998 hielt Dr. med. E. _____, Neurologie FMH, fest, dass beim Beschwerdeführer nach der milden traumatischen Hirnverletzung vor vier Monaten neurologisch eine leichte, möglicherweise zentrale vestibuläre Problematik sowie ein erhebliches Problem in der Bildverarbeitung bzw. dem Bewegungssehen bestehe. Im neuropsychologischen Bericht vom 30. September 1998 stellten Prof. Dr. med. F. _____, Oberärztin, und lic. phil. G. _____, Psychologin, die Diagnose eines mittelschweren Störungsbilds, Status nach Schädelkontusion mit HWS-Distorsionstrauma vom 22. Mai 1998 (recte: 21. Mai 1998) und ausgeprägter Schmerzproblematik. So liege eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit mit einem raschen Leistungseinbruch, eine stark reduzierte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistung sowie eine deutliche Verlangsamung vor. Im psychosomatischen Konsilium vom 16. Oktober 1998 gelangten Dr. med. H. _____, Leitender Arzt, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und I. _____, Oberarzt, Psychiater, zur Diagnose, dass der Beschwerdeführer an einer ängstlich depressiven Angststörung (ICD-10: F43.22) leide. Es bestehe bei ihm eine subdepressiv-ängstliche Entwicklung nach dem Verkehrsunfall, welche teilweise als Anpassungsstörung verstanden werden könne. Hinzu komme eine innere Unzufriedenheit mit der allgemeinen Lebenssituation, die sich durch das Gefühl äussere, als Mensch zweiter Klasse behandelt zu werden, ohne dass kurzfristige Aussicht auf eine Änderung bestehe. Letztlich hielten Dr. med. J. _____, Leitender Arzt, Physikalische Medizin FMH, und Dr. med. K. _____ im Austrittsberichts vom 17. November 1998 folgende physikalisch-funktionelle Diagnosen fest: 1. Tendomyotische Schmerzen gluteal rechts spondylogenen ausstrahlend bis rechte Wade mit geringgradiger Beweglichkeitseinschränkung lumbal, ohne radikuläre Zeichen, bei Status nach LWS-Distorsion 22. Mai 1998 (recte: 21. Mai 1998), mässiggradiger Spinalkanalstenose, Diskushernie L4/L5 rechts mit Einengung des Recessus L5, flacher medio-lateral

rechtsseitige Diskushernie L5/S1; 2. Mässiggradige myotendinotische cervikale Beschwerden mit mässiggradiger Einschränkung der HWS-Beweglichkeit vorwiegend Rotation beidseits, Lärmempfindlichkeit und unsicheres Bewegungssehen, verminderter konzentrativer Belastbarkeit und Unsicherheit, ohne radikuläre Zeichen, bei Status nach HWS-Distorsion 22. Mai 1998 (recte: 21. Mai 1998) und leichtgradiger Degeneration der Bandscheibe C3/C4, unfallfremd. Der Beschwerdeführer zeige Einschränkungen bei langdauernder, belastender Tätigkeit mit Heben und Tragen und es bestehe eine leichtgradige Behinderung für langdauerndes Stehen und Gehen auf kompliziertem und unebenem Gelände. Hinzu komme eine Lärmempfindlichkeit und ein leicht gestörtes Bewegungssehen. Leider habe beim Beschwerdeführer kein therapeutischer Zugang gefunden werden können, da er auf seine Beschwerden fixiert gewesen sei. Unter Berücksichtigung aller Untersuchungen und Einschränkungen erachteten die begutachtenden Ärzte den Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig. Um die drohende Chronifizierung zu stoppen und den Beschwerdeführer in einen geregelten Tagesablauf einzugliedern, gingen sie zudem davon aus, dass eine schrittweise Steigerung zur vollen Arbeitsfähigkeit nach einem Monat angezeigt sei.

E. 6.2

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) setzte daraufhin am 2. Dezember 1998 beim Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab dem 5. November 1998 und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab dem 1. Januar 1999 fest. Da der Beschwerdeführer diese Arbeitsfähigkeit jedoch nicht verwerten konnte, wurde ihm am 12. November 1998 schriftlich auf den 31. Dezember 1998 gekündigt. Der Beschwerdeführer wurde durch seinen Hausarzt, Dr. med. L._____, Allgemeine Medizin FMH, weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Dr. L._____ veranlasste zudem eine Untersuchung bei PD Dr. med. M._____, Chefarzt der Rehaklinik N._____. Dieser hielt in seinem Bericht vom 10. August 1999 fest, dass der Beschwerdeführer an einer Contusio facialis/capitis, einer leichten traumatischen Hirnverletzung und einer HWS-Distorsion leide. Weiter bestünden ein zervikozephalales Syndrom, neuropsychologische Defizite und eine posttraumatische Belastungsstörung. Er empfahl, dass der Beschwerdeführer erneut ein interdisziplinäres stationäres Therapieprogramm für die Dauer von vier bis sechs Wochen absolvieren solle, damit anschliessend eine stationäre berufliche Abklärung durchgeführt werden könne, welche jedoch zum jetzigen Zeitpunkt aufgrund seines Gesundheitszustands nicht erfolgreich verlaufen würde. In der Folge liess sich der Beschwerdeführer vom 12. Oktober 1999 bis 9. November 1999 in der Rehaklinik N._____ behandeln. Im Austrittsbericht vom 9. Dezember 1999 gelangten PD Dr. M._____, Dr. med. O._____, Abteilungsarzt, und Dr. med. P._____, Stv. Oberärztin, zu denselben Diagnosen, welche PD Dr. M._____ in seinem Bericht vom 10. August 1999 festhielt. Weiter führten sie aus, dass der Beschwerdeführer zurzeit 100 % arbeitsunfähig sei und voraussichtlich auch in den nächsten Monaten nicht in der Lage sein werde, den Anforderungen einer Berufsabklärung nachzukommen. Zudem empfahlen sie, nach intensiver Psychotherapie und entspannenden physiotherapeutischen Massnahmen eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere bezüglich einer Berufsabklärung durch die IV, durchzuführen. Diese Einschätzung des Gesundheitszustands und der Arbeitsunfähigkeit bestätigten Dr. O._____ und Dr. P._____ im Bericht vom 16. März 2000 zuhanden der Beschwerdegegnerin. Weiter bejahten sie, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne und solche angezeigt seien, er jedoch keine schweren Lasten mehr heben und keine Arbeiten über Kopf und in wechselnden Körperpositionen ausüben könne.

Im ärztlichen Zwischenbericht vom 29. November 2000 führte Dr. L._____ aus, dass die Diagnosen unverändert geblieben seien und das Beschwerdebild des Beschwerdeführers stationär und äusserst therapierefraktär sei. Dessen Belastbarkeit sei äusserst gering und er leide an chronischen zervikozephalen Schmerzen, Konzentrationsstörungen sowie bei kleinen Alltagsbelastungen an Angstattacken, Schlafstörungen und Restless Legs. Durch die persistierende und ebenfalls therapierefraktäre Angststörung sei der Beschwerdeführer unfähig, normal zu kommunizieren oder auch einfache Tätigkeiten mit der nötigen Konzentration und Durchhaltevermögen durchzuhalten. Die Behandlung durch Physiotherapie und Psychotherapie sei aufgrund des therapierefraktären Verlaufs abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer sei für jegliche Tätigkeit voll arbeitsunfähig und eine Berufsabklärung sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich.

E. 6.3

Mit Verfügung vom 26. Januar 2001 sprach die Suva dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2001 eine ganze Invalidenrente zu. Auch die Beschwerdegegnerin führte eine Rentenprüfung durch und verfügte am 1. Mai 2001 ebenfalls eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Mai 1999.

E. 6.4

Bei den in den Jahren 2006 und 2011 durchgeführten Rentenrevisionen, welche ohne eingehende medizinische Abklärungen und grundsätzlich nur unter Einholung von hausärztlichen Berichten erfolgten, konnten bei der Überprüfung des Invaliditätsgrads keine rentenbeeinflussenden Änderungen festgestellt werden. So teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 8. Februar 2006 sowie am 19. April 2011 mit, dass er weiterhin bei einem Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe.

E. 6.5

Am 25. April 2012 leitete die Beschwerdegegnerin erneut eine Rentenrevision ein und liess beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut (ABI) C._____ eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung durchführen. Beim Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 17. Januar 2014 stützte sich die Beschwerdegegnerin sodann im Wesentlichen auf das interdisziplinäre, d.h. allgemeininternistische, psychiatrische, rheumatologische, neurologische und neuropsychologische Gutachten des ABI vom 29. Mai 2013, welches durch Dr. med. Q._____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. R._____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. S._____, Fachärztin für Rheumatologie, Dr. med. T._____, Facharzt für Neurologie, und lic. phil. U._____, Psychologe und Neuropsychologe, erstattet wurde. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung durch Dr. Q._____ konnten keine Befunde erhoben werden, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. Aufgrund der Untersuchungsbefunde und der anamnestischen Angaben hätten sich zudem auch keine Hinweise für eine frühere, länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit wegen eines internistischen Leidens ergeben. Bei der durch Dr. R._____ erfolgten psychiatrischen Untersuchung wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer an Angst und depressiver Störung gemischt leide. Er zeige eine leicht belegte Stimmungslage, Vermeidungsverhalten und Ängste. Aus psychiatrischer Sicht sei dadurch die Arbeitsfähigkeit um 10 % eingeschränkt. Da der Beschwerdeführer überaus lärmempfindlich wirke, müsse die 90%ige Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen eines ruhigen Arbeitsplatzes erfolgen. Weiter leide er an einer Schmerzverarbeitungsstörung, welche die nicht ausreichend objektivierbaren somatischen

Beschwerden erkläre. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe dadurch aber nicht. Die rheumatologische und die neurologische Untersuchungen, welche durch Dr. S. _____ und Dr. T. _____ vorgenommen wurden, ergaben, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen zervikospondylogenen Schmerzsyndrom leide. Die objektiven Beschwerden seien weitgehend unauffällig und für die von ihm angegebenen Beschwerden habe sich kein morphologisches Korrelat gefunden. Auch am peripheren Nervensystem seien keine Anzeichen einer radikulären Symptomatik vorhanden, weshalb aus rheumatologischer wie auch aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit nicht eingeschränkt sei. Die neuropsychologische Untersuchung durch Dr. U. _____ war von Inkonsistenzen und Zeichen von Selbstlimitierung geprägt gewesen, weshalb keine neuropsychologischen Diagnosen gestellt werden konnten. Eine neuropsychologische Störung, welche auf eine organische Ursache zurückzuführen gewesen wäre, wurde nicht festgestellt. Zusammenfassend hielten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest: Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F41.2). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurden eine Schmerzverarbeitungsstörung bei Schleudertrauma vom 21. Mai 1998 (ICD-10: F54) mit ausgeprägten Verdeutlichungen in allen Untersuchungen sowie ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1) ohne Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, ohne Hinweise für eine radikuläre Symptomatik, mit radiologisch und kernspintomographisch unauffälligem Befund sowie mit Schädelprellung und Nasenbeinfraktur. Insgesamt sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 90 % arbeits- und leistungsfähig, verwertbar in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen.

E. 6.6

Dr. med. V. _____, Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV, teilte der Beschwerdegegnerin am 10. Juni 2013 und am 19. Juli 2013 mit, dass dem Gutachten des ABI gefolgt werden könne. So habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht sehr wohl verbessert, weshalb ihm eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in bezüglich Lärmbelastung ruhiger Umgebung zu 90 %, ganztags verwertbar, zumutbar sei.

E. 6.7

Der Beschwerdeführer wurde von seinem Hausarzt Dr. L. _____ zur ambulanten Behandlung an die Psychiatrie des Spitals W. _____ überwiesen. Im Arztbericht vom 25. September 2013 führte X. _____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, dass der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) und an einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0) leide, weshalb er 100 % arbeitsunfähig sei.

E. 7.1

Vorliegend ist strittig und zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt am 17. Januar 2014 im Vergleich mit demjenigen am 1. Mai 2001 in rentenbeeinflussender Weise verbessert hat, respektive ob sich die tatsächlichen Verhältnisse überhaupt geändert haben, was rechtfertigen würde, die bisherige ganze Invalidenrente aufzuheben.

E. 7.2

Wie bereits ausgeführt, stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des ABI, in welchem die Gutachter von einer Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgehen. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach es sich vorliegend um eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit bei gleichgebliebenem medizinischem Sachverhalt handle, erfolgte das Vorgehen der Beschwerdegegnerin zu Recht, da das Gutachten in verschiedener Hinsicht zu überzeugen vermag. So ist einerseits aus den allgemeininternistischen, rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer keine objektivierbaren, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende somatische Unfallfolgen mehr vorhanden sind. Lediglich liege ein ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibendes chronisches zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom, welches keine Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur, keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik sowie einen radiologisch und kernspintographisch unauffälligen Befund mit Schädelprellung und Nasenbeinfraktur aufweise, vor. Bei den vom Beschwerdeführer geltend gemachten körperlichen Beschwerden handelt es sich somit nur um klinisch fassbare, aber organisch nicht nachweisbare Beschwerden, wonach bei ihm in physischer Hinsicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Andererseits erscheinen auch die psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachten überzeugend, indem ausgeführt wird, dass die bei der Rehaklinik D. _____ diagnostizierte ängstlich-depressive Anpassungsstörung 15 Jahre später nicht mehr bestätigt werden könne, weshalb schon deshalb von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen ist. Weiter liess sich der Beschwerdeführer seit dem Verkehrsunfall grundsätzlich nicht psychiatrisch behandeln, sodass angenommen werden kann, dass bei ihm kein höhergradiges psychisches Leiden vorhanden ist. Da bei den ABI-Untersuchungen zudem vermehrt aggravatorisches Verhalten und Verdeutlichungsstendenzen festgestellt werden konnten, weder die beklagten Beschwerden noch die objektiven Untersuchungsbefunde auf eine schwere psychische Störung hindeuten und die neuropsychologischen Einschränkungen nicht mit einer organischen Hirnverletzung zu vereinbaren waren und sind, ist es nachvollziehbar, dass auch die ursprünglich von der Rehaklinik N. _____ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung mit neuropsychologischer Leistungseinschränkung nicht mehr bestätigt werden kann. Die Gutachter stellten beim Beschwerdeführer aufgrund dessen Zustandsbilds lediglich noch eine Angst- und depressive Störung gemischt, die eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % zur Folge haben, sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung bei Schleudertrauma vom 21. Mai 1998 mit ausgeprägten Verdeutlichungen in allen Untersuchungen fest. Da es sich bei der diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung um eine Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, und nicht um eine somatoforme Schmerzstörung, ein psychisches Leiden mit Krankheitswert, handelt, erübrigte sich zudem entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers eine Auseinandersetzung mit den Foerster-Kriterien (vgl. BGer-Urteil 8C_567/2009 vom 17. September 2009 E. 5). Schliesslich kann festgehalten werden, dass das ABI-Gutachten vom 29. Mai 2013 eine beweistaugliche Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darstellt. Dieses Gutachten beantwortet die gestellten Fragen umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und ist in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie der Schlussfolgerungen einleuchtend. Das Gutachten ist überzeugend und erfüllt auch diesbezüglich die durch die Rechtsprechung aufgestellten

Kriterien (vgl. E. II/4.3). Dagegen vermag der nicht umfassende und praktisch unbegründete Bericht von X. _____, in welchem er beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung diagnostiziert, nicht zu überzeugen, weshalb ihm nicht gefolgt werden kann.

E. 7.3

Somit steht fest, dass beim Beschwerdeführer im Vergleich zum Verfügungszeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 1. Mai 2001 zu demjenigen vom 17. Januar 2014 von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen ist. Da lediglich die Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können, ist der Beschwerdeführer für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 90 %, in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen, arbeits- und leistungsfähig. Dementsprechend ist mit der Beschwerdegegnerin vom Vorliegen eines Revisionsgrunds auszugehen. Die von ihr vorgenommene Berechnung des Invaliditätsgrads wurde zu Recht nicht beanstandet. Gemäss der Verfügung vom 17. Januar 2014 besteht nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats, vorliegend somit auf Ende Februar 2014, kein Rentenanspruch mehr. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen. III. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG hat die Partei, welche im Beschwerdeverfahren unterliegt, die amtlichen Kosten zu tragen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer eine Gerichtsgebühr von pauschal Fr. 600.- aufzuerlegen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen ist. Eine Parteientschädigung steht dem Beschwerdeführer nicht zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.