

GR_GERICHTE S 2017 19 vom 5. März 2019

GR Gerichte, 2019-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_19

FR: GR_GERICHTE S 2017 19 du 5 mars 2019

IT: GR_GERICHTE S 2017 19 del 5 marzo 2019

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Im Rahmen der am 31. Oktober 2006 eingeleiteten amtlichen Revision liess die IV-Stelle A._____ durch den Servizio Accertamento Medico (im Folgenden: SAM) rheumatologisch und psychiatrisch abklären. Mit Gutachten vom 17. Februar 2009 wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kognitive Beeinträchtigung durch langjährigen starken Konsum von multi-plen psychotropen Substanzen (F19.74) und eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen eines rezidivierenden depressiven oder eines bipolaren affektiven Syndroms (F32) diagnostiziert und eine vollständige Arbeits-
- 3 - unfähigkeit festgestellt. Gestützt auf dieses Gutachten bestätigte die IV-Stelle mit Mitteilung vom 3. April 2009 die Weiterausrichtung der ganzen Rente.

E. 4

Im Rahmen der IV-Revision 6a überprüfte die IV-Stelle die Rente erneut. Mit Schreiben vom 28. Februar 2013 teilte sie A._____ mit, um den Einfluss des Krankheitsgeschehens auf die Arbeitsfähigkeit ohne Auswirkung des Suchtgeschehens feststellen zu können, sei eine dreimonatige kontrollierte Abstinenz von Alkohol und Drogen notwendig und dürfe kein Medikamentenmissbrauch vorliegen. Der Hausarzt und der behandelnde Psychiater teilten daraufhin der IV-Stelle mit, die Abstinenzauflage sei nicht sinnvoll, das Absetzen der Benzodiazepine würde eine Angst- und Panikstörung auslösen. A._____ erklärte sich schliesslich dennoch bereit, die Abstinenzauflage mit einem ärztlich kontrollierten Benzodiazepinentzug zu erfüllen. Mit Verfügung vom 16. Dezember 2013 stellte die IV-Stelle die Rentenzahlungen per 31. Dezember 2013 ein und entzog der Beschwerde gegen diese Verfügung die aufschiebende Wirkung. A._____ habe in Verletzung der Mitwirkungspflicht THC, Alkohol und Benzodiazepine konsumiert. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch nicht möglich. Es sei nicht erwiesen, dass auch ohne Substanzeinfluss manische und depressive Zustände vorliegen würden. Gegen diese Verfügung erhob A._____ am 22. Januar 2014 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden (Verfahren S 14 8). Mit Schreiben vom 5. März 2014 teilte die IV-Stelle dem Gericht mit, sie werde die Angelegenheit in Wiedererwägung ziehen und eine neue Verfügung erlassen. Mit Verfügung vom 17. März 2014 schrieb der zuständige Instruktionsrichter daraufhin das Verfahren S 14 8 als gegenstandslos geworden ab.

E. 5

Mit Schreiben vom 23. April 2014 forderte die IV-Stelle A._____ auf, sich nach einer mindestens dreimonatigen Abstinenz von Alkohol, THC, Heroin, Kokain und Amphetaminen einer Begutachtung zu unterziehen. Eine Ab-

- 4 - stinenz von Benzodiazepinen wurde nicht mehr verlangt. Gleichentags wurde die Ausgleichskasse angewiesen, die ganze IV-Rente ab dem 1. Januar 2014 wieder auszurichten. Nachdem A._____ die Abstinenzauflage erfüllt hatte, wurde er am 6. November 2014 von lic. phil. C._____, Fach- psychologie für Neuropsychologie, abgeklärt. Mit Bericht vom 17. November 2014 hielt dieser fest, die Intelligenz liege im Bereich einer leichten intellektuellen Behinderung, es fänden sich Defizite in fast allen geprüften Funktionsbereichen. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau oder in einer anderen einfachen Tätigkeit ohne komplexe Anforderungen an höhere Hirnfunktionen vollzeitig gegeben, die Leistungsverminderung liege dabei aufgrund der deutlichen Langsamkeit bei 20 bis 30 %. Am 5. Dezember 2014 wurde A._____ durch Dr. med. D._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. In ihrem Gutachten vom 18. August 2015 diagnostizierte diese mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Opiatabhängigkeit, derzeit methadonsubstituiert (F.11.22), eine Benzodiazepinabhängigkeit (F.13.2), eine leichte Intelligenzminderung (F.70.0), eine rezidivierende depressive Episode (F.33.0) beziehungsweise differentialdiagnostisch eine bipolare affektive Störung (F.31.9), eine substanzinduzierte psychotische/affektive Störung (F.13.54) und leichte kognitive Einschränkungen nach langjährigem Substanzkonsum (F.19.74). Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. D._____ aus, einfache, überschaubare Hilfstätigkeiten mit leichter bis mittelschwerer körperlicher Anstrengung seien in einem vollen Arbeitspensum zumutbar. Es sei mit einem Arbeitstraining von 20 % zu beginnen, und der Arbeitsumfang sei innert einem Jahr auf 100 % zu steigern. Es bestehe angesichts der organmedizinischen und testpsychologischen Befunde, der emotionalen Labilität und der Stressanfälligkeit eine um 20 bis 30 % verminderte Leistungsfähigkeit. Unter Ausblendung suchtbedingter Symptome (Methadon, Benzodiazepine) liege die Leistungsfähigkeit bei 80 %. Eine Entzugsbehandlung betreffend Benzodiazepine sei dringend empfohlen, das Methadonprogramm sei fortzuführen. Der Zustand habe sich ge-

- 5 - gegenüber dem Zustand zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. B._____ vom PDGR im Jahr 2003 und durch den SAM im Jahr 2009 verbessert. Durch den geringeren Suchtmittelkonsum sei die Ausgangslage besser. Der RAD-Arzt Dr. med. E._____ führte in seinem Abschlussbericht vom 10. September 2015 aus, abstellend auf das Gutachten von Dr. med. D._____ habe sich der Gesundheitszustand seit den beiden früheren Begutachtungen verbessert. Die Arbeitsfähigkeit liege ab dem Zeitpunkt der Untersuchung durch die Gutachterin am 5. Dezember 2014 bei 75 %.

E. 5.1

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts zum Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung mit dem Sachverhalt zum Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhte (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E.4.5). Wird bei dieser Gegenüberstellung festgestellt, dass der Invaliditätsgrad im zur Beurteilung stehenden Zeitraum keine rechtserhebliche Änderung erfahren hat, bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Andernfalls ist das Vorliegen eines Revisionsgrundes zu

bejahen und die zugesprochene

- 10 - Rente entsprechend der festgestellten Sachverhaltsveränderung abzuändern (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.3.1.3).

E. 5.2

Vorliegend ist der zeitliche Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die Mitteilung der IV-Stelle vom 3. April 2009. Mit dieser Mitteilung schloss die IV-Stelle das am 31. Oktober 2006 eingeleitete amtliche Revisionsverfahren in dem Sinne ab, dass sich in Bezug auf den Invaliditätsgrad gegenüber der ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügung vom 21. November 2003 keine rentenerheblichen Änderungen ergeben hätten. Die IV-Stelle stützte sich dabei auf das rheumatologische und psychiatrische Gutachten des SAM vom

E. 6

Mit Vorbescheid vom 1. März 2016 stellte die IV-Stelle die Aufhebung der bisherigen ganzen IV-Rente in Aussicht. Hiergegen erhob A._____ am 16. März 2016 Einwand, und mit Schreiben vom 10. Juni 2016 reichte er eine detaillierte Begründung für seinen Einwand nach. Er kritisierte das Gutachten von Dr. med. D._____ und stützte sich dabei unter anderem auf einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ vom 29. März 2016 und ein Schreiben seines Hausarztes Dr. med. G._____ vom 30. März 2016.

E. 6.1

Nach der Rechtsprechung führen Drogensucht und Medikamentenmissbrauch als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen werden sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt haben, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens sind, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E.3c, Urteil des Bundesgerichts 9C_14/2018 vom 12. März 2018 E.2.2).

E. 6.2

Im vorliegenden Fall war der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bei der Begutachtung durch den SAM im Jahr 2009 durch regelmässigen Drogenkonsum - episodenhaft Kokain und Heroin, täglich Cannabis - beeinträchtigt (IV-act. 160 S. 5 und 14). Die IV-Stelle forderte den Beschwerdeführer deshalb mit Schreiben vom 23. April 2014 zu Recht im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht zu einer mehrmonatigen, ärztlich kontrollierten Abstinenz von Alkohol, THC, Heroin, Kokain und Amphetaminen auf,

- 11 - um die krankheitsbedingten Einschränkungen eindeutig von den reinen Suchtfolgen abgrenzen zu können. Nachdem der Beschwerdeführer die Abstinenzauflage erfüllt hatte, waren sein Gesundheitszustand und seine Arbeitsfähigkeit zwar noch durch die regelmässige Einnahme von Methadon und den Konsum von Benzodiazepinen beeinflusst, eine direkte Beeinträchtigung durch das Suchtgeschehen im Zusammenhang mit Alkohol, THC, Heroin, Kokain und Amphetaminen war indessen nicht mehr gegeben. Damit lag ein veränderter medizinischer Sachverhalt vor, welcher eine erneute Begutachtung grundsätzlich rechtfertigte. 7. Um beurteilen zu können, ob sich der Gesundheitszustand eines Rentenbezügers in rentenrelevanter Weise geändert hat, sind die Verwaltung und das im Beschwerdefall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die

medizinische Fachleute zur Verfügung stellen. Dabei besteht die Aufgabe der medizinischen Fachleute darin, den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und Stellung zu nehmen zu der Frage, inwieweit sich der Gesundheitszustand verändert hat und welche Arbeitsleistungen der versicherten Person in welchem Umfang noch zugemutet werden können, beziehungsweise in welchem Grad die versicherte Person in einer optimal angepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist (BGE 132 V 93 E.4, BGE 125 V 261 E.4). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit können sich die IV-Stellen und die Sozialversicherungsgerichte auf den RAD (Art. 59 Abs. 2bis IVG), auf die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder auf externe medizinische Sachverständige stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG).

E. 7

Mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 hob die IV-Stelle die Rente von A._____ auf Ende Januar 2017 auf und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D._____ sei ein verbesserter Gesundheitszustand gegeben und liege die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bei 75 %, so dass sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'350.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'625.-- ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 28 % ergebe. Die Kritik am Gutachten von Dr. med. D._____ sei nicht begründet.

E. 7.1

Arztberichte unterliegen wie sämtliche Beweismittel in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Der Beweiswert der ärztlichen Stellungnahmen hängt deshalb nach der Rechtsprechung davon ab, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der

- 12 - Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchten und in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu überzeugen vermögen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ärztlicher Stellungnahmen ist folglich grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E.5.1). Dennoch hat es das Bundesgericht mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist rechtsprechungsgemäss den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von versicherungsexternen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Nur wenn die Schlüssigkeit eines solchen Gutachtens in wesentlichen Punkten zweifelhaft erscheint, sind ergänzende Beweisvorkehren in Betracht zu ziehen und nötigenfalls anzuordnen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 353 E.3b/bb). Bei Berichten von behandelnden Ärzten darf und soll der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Der Bericht eines behandelnden Arztes hat somit nicht den gleichen Rang wie ein von der IV-Stelle nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Ein

solcher Bericht verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter zu prüfen, ob der Bericht des behandelnden Arztes die Auffassungen und Schlussfolgerungen des förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 135 V 465 E.4.5, 125 V 361 E.3c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E.3b/ee).

E. 7.2

Bei der Würdigung von psychiatrischen Gutachten ist auf die „Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten“ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie abzustellen (SGPP Leitlinien; abrufbar auf www.psychiatrie.ch). Die Qualitätsleitlinien vereinheitlichen die psychiatrische Begutachtung zuhanden der Invalidenversicherung und anderen Sozialversicherern. Sie verstehen sich als Empfehlungen, von welchen die Gutachter nur im begründeten Einzelfall abweichen sollten. Dem Rechtsanwender dienen sie als Orientierung zur Beurteilung der Qualität von psychiatrischen Gutachten (Urteil des Bundesgerichts 9C_207/2015 vom 5. Juni 2015 E.4.2; MARELLI, Das psychiatrische Gutachten, in: RIEMER-KAFKA (Hrsg.), Psyche und Gesundheit, Zürich 2014, S. 83). Bei einer psychiatrischen Exploration ist nach der Rechtsprechung zudem zu beachten, dass diese von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E.3.2).

E. 7.3

Bei einem Gutachten in einem Revisionsverfahren sind in beweisrechtlicher Hinsicht weitere Aspekte zu beachten. Wie erwähnt, ist eine Rente bei einer wesentlichen, rentenrelevanten Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, nicht aber, wenn der Gesundheitszustand unverändert geblieben ist und lediglich die Arbeitsfähigkeit abweichend beurteilt wird (vgl. vorne Erwägung 4). Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen, in den medizinischen Unterlagen dokumentierten, tatsächlichen Veränderung, welche durch die Gegenüberstellung des vergangenen und des aktuellen Zustands aufzuzeigen ist. Die

- 14 - Feststellung des aktuellen gesundheitlichen Befunds und seiner funktionellen Auswirkungen ist zwar Ausgangspunkt der Beurteilung; sie erfolgt aber nicht unabhängig, sondern wird nur entscheidungserheblich, soweit sie tatsächlich einen Unterschied auf der Seinsebene zum früheren Zustand wiedergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.6.1.2). Wegen des vergleichenden

Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E.6.1.3).

- 15 - 8. Es wird nun geprüft, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem 3. April 2009 (vgl. vorne Erwägung 5.2) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 19. Dezember 2016 wesentlich verändert hat. Dazu werden zunächst die aktenkundigen medizinischen Fakten zum Gesundheitszustand am 3. April 2009 dargelegt, danach diejenigen betreffend den Zustand am 19. Dezember 2016.

E. 8

Gegen diese Verfügung erhob A. _____ am 26. Januar 2017 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei anzuweisen, ihm die ganze IV-Rente weiterhin und ununterbrochen im bisherigen Um-

- 6 - fang auszurichten. Der von der IV-Stelle verfügte Entzug der aufschiebenden Wirkung sei aufzuheben und der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen. Weiter sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und der unterzeichnende Rechtsanwalt als unentgeltlicher Rechtsbeistand einzusetzen. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, das Gutachten von Dr. med. D. _____ sei untauglich, es befasse sich nicht mit dem eigentlichen Beweisthema der erheblichen Sachverhaltsveränderung, es sei tendenziös verfasst und in Bezug auf die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unhaltbar. Der Beschwerdeführer berief sich dabei unter anderem auf einen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. _____ vom 18. Januar 2017 und auf ein Schreiben von H. _____ vom kantonalen Sozialdienst für Suchtfragen vom 5. Januar 2017.

E. 8.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers am 3. April 2009 wurde zeitnah und eingehend im bidisziplinären SAM-Gutachten vom 17. Februar 2009 beschrieben (IV-act. 63 [Original in italienischer Sprache]; IV-act. 160 [Übersetzung in deutscher Sprache]). Die SAM-Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kognitive Beeinträchtigung durch langjährigen starken Konsum von multiplen psychotropen Substanzen (F.19.74) und eine mittelgradige depressive Episode (F32), zuzuordnen einem rezidivierenden depressiven Syndrom (F33) oder einem bipolaren affektiven Syndrom (F31; IV-act. 160 S. 8). Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht wurden nicht festgestellt (IV-act. 160 S. 10). Zur psychiatrischen Erkrankung wurde ausgeführt, es handle sich um einen Versicherten mit einer vorausgegangenen jahrelangen

schweren Drogenabhängigkeitsproblematik, die zu einem Zustand des psycho-organischen Verfalls und sozialen Abdriftens geführt habe (IV-act. 160 S. 9). Im Vergleich zur Vorbegutachtung durch die Psychiatrischen Dienste Graubünden (im Folgenden: PDGR) im Jahr 2003 wurde das psychische Zustandsbild als unverändert beschrieben, und die Arbeitsfähigkeit wurde auf 0 % seit dem Jahr 2000 festgelegt. Die Arbeitsfähigkeit sei durch das psycho-organische Zustandsbild des Verfalls und des sozialen Abdriftens vollständig eingeschränkt, mit Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen (Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnisfunktion) sowie durch die aktuelle schwere depressive Verstimmung, die auch die soziale Kompetenz beeinträchtigt (IV-act. 160 S. 10 und 15). Bei der Erhebung des psychischen Status wurde eine zum negativen Pol verschobene Stim-

- 16 - mung mit einer latenten Suizidalität festgestellt (IV-act. 160 S. 14). Hinweise auf manische Episoden ergaben sich für die SAM-Gutachter aus den Vorakten, insbesondere aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. F. _____ vom 8. Juli 2008, in welchem ausgeführt wurde, der Befund und die anamnestischen Daten sprächen für eine schwere affektive Störung im Sinne einer bipolaren Störung, deren manische und depressive Phasen auch vom Hausarzt festgestellt worden seien, gepaart mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (IV-act. 160 S. 3 und 15, IV-act. 48). Hinweise auf manische Episoden ergaben sich zudem daraus, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen SAM-Gutachter erklärte, er habe auch drei bis vier manische Momente erlebt, in welchen er sich besonders gut gefühlt, nicht geschlafen und nichts gegessen habe (IV-act. 160 S. 14). An anderer Stelle bestätigte der Beschwerdeführer gegenüber dem psychiatrischen SAM-Gutachter erneut manisch-ähnliche Momente und führte dazu aus, er sei sich nicht sicher, ob diese zum Teil im Zusammenhang mit den Drogenkonsum zu sehen seien (IV-act. 160 S. 15).

E. 8.2

Der damals zuständige RAD Arzt Dr. med. I. _____ gab in seiner Stellungnahme vom 4. März 2009 an, zusammenfassend könne aufgrund des Gutachtens des SAM festgehalten werden, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2003 unverändert sei. Der Beschwerdeführer sei durchgängig und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig in jeglicher lukrativen Tätigkeit (IV-act. 65 S. 10 f.).

E. 8.3

Für den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Referenzzeitpunkt am 3. April 2009 hat auch das psychiatrische Gutachten der PDGR vom 5. August 2003 (IV-act. 16) eine gewisse Aussagekraft, welche indes aufgrund des zeitlichen Abstands von rund 6 Jahren beschränkt ist. Die PDGR-Gutachterin Dr. med. B. _____ diagnostizierte damals eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper

- 17 - Substanzen mit sonstiger anhaltender kognitiver Beeinträchtigung, differenzialdiagnostisch eine Depression (F19.74). Sie gab an, die vom Hausarzt angegebene manisch-depressive Phase könne durch den unkontrollierten Beikonsum von Substanzen verursacht worden sein. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der jahrelange Mischkonsum verschiedener Substanzen zu einer sowohl qualitativ als auch quantitativ auffälligen Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten geführt habe. Hinsichtlich der Auswirkungen der Störungen auf die bisherige Tätigkeit müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seit 1999 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt

gewesen sei. Zum jetzigen Zeitpunkt - also im Jahr 2003 - sei von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit und von einer Leistungseinbuße von ebenfalls 80 % in der freien Wirtschaft auszugehen. Aufgrund der kognitiven Defizite, wahrscheinlich als Folge der langjährigen Drogensucht, sei nur noch eine Tätigkeit im beschützten Rahmen möglich, es sei von einer psychischen Behinderung auszugehen (IV-act. 16 S. 3 ff.).

E. 8.4

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 19. Dezember 2016 wurde durch das Gutachten von Dr. med. D._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. August 2015 (IV-act. 170) inklusive der neuropsychologischen Abklärung von lic. phil. C._____ vom 17. November 2014 (IV-act. 165) beschrieben. Dr. med. D._____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Opiatabhängigkeit, derzeit methadonsubstituiert (F11.22), eine Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2), eine leichte Intelligenzminderung (F70.0), eine rezidivierende depressive Episode, derzeit leicht (F33.0), und als Differenzialdiagnose eine bipolare affektive Störung nicht näher bezeichnet (F31.9) oder eine substanzinduzierte psychotische/affektive Störung (F13.54) sowie leichte kognitive Einschränkungen nach langjährigem Substanzkonsum (F19.74) (IV-act. 170 S. 12). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) (IV-act. 170 S. 12). Zur Arbeitsfähigkeit

- 18 - führte Dr. med. D._____ aus, einfache, überschaubare handwerkliche oder andere Hilfstätigkeiten mit leichter oder mittelschwerer körperlicher Anstrengung und leichten Anforderungen an Selbständigkeit, Organisationsfähigkeit, Lernfähigkeit, Selbststrukturierung, Verantwortlichkeit und Teamfähigkeit seien dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit um zirka 20 bis 30 % eingeschränkt sei. Die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit liege demnach bei 70 bis 80 % (IV-act. 170 S. 18 f.). Lic. phil. C._____ kam in seiner neuropsychologischen Abklärung vom 17. November 2014 zum Schluss, die Intelligenz des Beschwerdeführers liege im Bereich einer leichten intellektuellen Behinderung, es fänden sich Defizite in fast allen geprüften Funktionsbereichen. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau oder in einer anderen einfachen Tätigkeit ohne komplexe Anforderungen an höhere Hirnfunktionen vollzeitig gegeben, die Leistungsverminderung liege dabei aufgrund der deutlichen Langsamkeit bei 20 bis 30 % (IV-act. 165 S. 9 ff.). 9. Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten von Dr. med. D._____ und mache geltend, aus diesem Gutachten gehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 3. April 2009 wesentlich verbessert habe. Dem kann nicht gefolgt werden. Wie nachfolgend im Detail aufgezeigt wird und wie der Beschwerdeführer zu Recht argumentiert, kann dem Gutachten von Dr. med. D._____ in Bezug auf das Beweisthema der tatsächlichen Veränderung des Gesundheitszustands im relevanten Zeitraum zwischen dem 3. April 2009 und dem 19. Dezember 2016 keine genügende Beweiskraft beigemessen werden.

E. 9

Die IV-Stelle beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 7. März 2017, die Beschwerde sei abzuweisen und die aufschiebende Wirkung sei nicht zu erteilen. Zur Begründung verwies sie im Wesentlichen auf die angefochtene Verfügung und machte geltend, die im Bericht

von Dr. med. F._____ vom 18. Januar 2017 geschilderte Zustandsverschlechterung sei vorliegend nicht relevant. Es sei der Sachverhalt massgeblich, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung realisiert habe.

E. 9.1

Das Gutachten von Dr. med. D._____ vermag vor allem insoweit nicht zu überzeugen, als es die bipolare affektive Störung betrifft. Dr. med. D._____s Ausführungen zur bipolaren affektiven Störung stehen im Wider-

- 19 - spruch zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte (vgl. unten Erwägung 9.2. ff.) und sind in sich nicht kohärent. So führte Dr. med. D._____ die bipolare affektive Störung als Differentialdiagnose zur rezidivierenden depressiven Episode, derzeit leicht, auf (IV-act. 170 S. 12). Dies ist nach dem üblichen Sprachgebrauch so zu verstehen, dass Dr. med. D._____ die bipolare affektive Störung neben ihrer eigentlichen Hauptdiagnose ebenfalls als mögliche Ursache der Beschwerden in Betracht zog (vgl. <https://flexikon.doccheck.com/de/Differentialdiagnose>, zuletzt besucht am 17. Dezember 2018). Diese differentialdiagnostische Einschätzung steht im Widerspruch dazu, dass Dr. med. D._____ bei der Beurteilung und Einordnung der Beschwerden und Befunde nach eingehender Auseinandersetzung mit den früheren Beurteilungen zum Schluss kam, es sprächen derzeit insgesamt mehr Argumente gegen das Vorliegen einer manisch-depressiven Erkrankung (das heisst einer bipolaren affektiven Störung) als dafür (IV-act. 170 S. 16), wäre es doch angesichts dieses Schlusses logisch und konsequent gewesen, die bipolare affektive Störung gar nicht als Diagnose aufzuführen. Im Widerspruch zur Angabe der bipolaren affektiven Störung als Differentialdiagnose steht sodann auch, dass Dr. med. D._____ die bipolare affektive Störung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht als alternative Ursache der Beschwerden in Betracht zog, sondern ausschliesslich davon ausging, der Beschwerdeführer sei in affektiver Hinsicht einzig durch eine leichte Depressivität beeinträchtigt (IV-act. 170 S. 18 ff.).

E. 9.2

Gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. med. D._____ sprechen sodann die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH.

E. 9.2.1

In seinem Schreiben vom 8. Juli 2008 an die IV-Stelle führte Dr. med. F._____ aus, der Beschwerdeführer, den er seit Mai 2008 psychiatrisch und psychotherapeutisch behandle, leide unter einer schweren affektiven

- 20 - Störung im Sinne einer bipolaren Störung, und die vollständige Arbeitsunfähigkeit sei hauptsächlich auf diese Störung zurückzuführen (IV-act. 48). Diese Auffassung wurde in der Folge durch das Gutachten des SAM vom

E. 9.2.2

Diese Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ vermögen zu überzeugen. Dr. med. F._____ behandelt den Beschwerdeführer seit Mai 2008 (IV-act. 48). Er konnte deshalb die gesundheitliche Entwicklung des Beschwerdeführers in der vorliegend relevanten Zeitspanne (2009 bis 2016) unmittelbar mitverfolgen. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle fanden dabei nicht nur rund alle drei Monate Kontrolluntersuchungen statt. Vielmehr waren die Konsultationen - den Bedürfnissen des Beschwerdeführers

entsprechend - phasenweise relativ häufig und phasenweise niederfrequent (IV-act. 48 und 73, Bf-act. 1). Entgegen der Ansicht der IV-Stelle nahm Dr. med. F._____, wie in der vorangehenden Erwägung ausgeführt, auch direkt Stellung zum Gutachten von Dr. med. D._____. Er kritisierte deren Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer nachvollziehbaren Begründung und legte nachvollziehbar und schlüssig dar, dass beim Beschwerdeführer weiterhin von einer weitgehenden Arbeitsunfähigkeit infolge der bipolaren Störung auszugehen ist und dass sich die Situation durch die Abstinenz von Alkohol, THC, Heroin, Kokain und Amphetaminen nicht wesentlich verändert hat. Die Beurteilungen von Dr. med. F._____ vermögen die Einschätzung von Dr. med. D._____ in deren Gutachten vom 18. August 2015 in Zweifel zu ziehen. Sie sind in sich kohärent und nachvollziehbar, und es finden sich keinerlei Hinweise darauf, dass Dr. med. F._____ sich bei der Diagnosestellung und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in unangebrachter Weise durch die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und durch psychosoziale Faktoren hätte beeinflussen lassen.

E. 9.3

Für die Sichtweise von Dr. med. F._____ und damit gegen das Gutachten von Dr. med. D._____ spricht auch der aktuelle Stand des psychiatrischen Wissens über die bipolare affektive Störung. Gemäss der Umschreibung in

- 22 - der ICD-10, der von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenen Internationalen Klassifikation der Krankheiten, neigen die bipolaren affektiven Störungen gemäss Kapitel F31 zu Rückfällen und stellen sich Remissionen meist nur vorübergehend ein. In den Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Bipolare Störungen (SGBS) werden bipolare affektive Störungen als schwere, rezidivierende psychiatrische Erkrankungen beschrieben, welche zu gravierenden sozialen Nachteilen, Invalidität und neurotrophen Hirnveränderungen führen können. Für die Behandlung der bipolaren Störung ist gemäss SGBS eine Langzeitperspektive entscheidend, da es sich um eine chronische, potentiell lebenslange Erkrankung handelt. Epidemiologische Daten zeigen, dass bipolare Störungen in den meisten Fällen lebenslang bestehen und dass die Frequenz der Episoden im Verlauf sogar eher zunimmt (vgl. www.swiss-bipolar.ch/therapie/behandlungsempfehlungen, zuletzt eingesehen am 5. März 2019). Hinzu kommt, dass eine vollständige und anhaltende Genesung in den Phasen zwischen den depressiven und manischen Episoden umso unwahrscheinlicher ist, je später die Erkrankung adäquat behandelt wird (vgl.

www.swiss-bipolar.ch/beratung/tipps-fuer-betroffene, zuletzt eingesehen am 5. März 2019). Im vorliegenden Fall kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2009 an einer invalidisierenden bipolaren affektiven Störung litt. Darin waren sich alle damals involvierten medizinischen Fachleute einig, nämlich die Gutachter des SAM, der damalige RAD Arzt Dr. med. I._____, der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____ und der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G._____. Diese übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen bildeten denn auch die Grundlage des Revisionsentscheids der IV-Stelle vom 3. April 2009, mit welchem der bisherige Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze IV-Rente bestätigt wurde (IV-act. 67). Angesichts des üblicherweise chronischen Verlaufs der bipolaren affektiven Störung ist somit eher unwahrscheinlich, dass der Be-

- 23 - schwerdeführer in der Zeit seit dem Jahr 2009 gänzlich und definitiv von seiner bipolaren affektiven Störung geheilt worden wäre. Und auch eine vollständige, länger

anhaltende Genesung in den Phasen zwischen den depressiven und manischen Episoden ist eher wenig wahrscheinlich. Gemäss Aussage des behandelnden Psychiaters Dr. med. F._____ trat die bipolare Störung beim Beschwerdeführer bereits in der Adoleszenz auf (Bf- act. 1). Sie war von einer Suchtproblematik begleitet, welche zunächst über viele Jahre im Vordergrund stand. Diagnostiziert wurde die bipolare Störung erst viele Jahre später durch den Hausarzt Dr. med. G._____ (Be- richt vom 19. Dezember 2002; IV-act. 10), und eine adäquate spezialärztli- che Behandlung fand erst ab Juni 2008 statt, mithin erst, als der Beschwer- deführer bereits 35-jährig war. Zusammenfassend erscheint es für das Ge- richt gestützt auf die aufgezeigten medizinischen Erfahrungswerte und fachärztlichen Beurteilungen naheliegend, dass die beim Beschwerdefüh- rer im Jahr 2009 bestehende bipolare affektive Störung zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 19. Dezember 2016 weiterhin vorlag und sein Leistungsvermögen weiterhin massiv beeinträchtigte.

E. 9.4

Als weiterer Hinweis auf die Unzulänglichkeit des Gutachtens von Dr. med. D._____ zu werten sind die Berichte des Hausarztes des Beschwerdefüh- rers, Dr. med. G._____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin. Letzterer diagnostizierte zu Händen der IV-Stelle bereits mit Bericht vom 19. Dezem- ber 2002 ein vollständig invalidisierendes manisch-depressives Syndrom, mithin eine bipolare affektive Störung (IV-act. 10). In zahlreichen weiteren Berichten hielt er in der Folge an dieser Diagnose fest (Berichte vom 15. Dezember 2006 [IV-act. 27 S. 3], vom 14. November 2007 [IV-act. 31 S. 1], vom 25. Januar 2008 [IV-act. 37], vom 13. Februar 2013 [IV-act. 74 S. 1], vom 29. April 2013 [IV-act. 84] und vom 20. Januar 2014 [IV-act. 116 S. 5]). Und auch in seinem Bericht vom 30. März 2016 führte Dr. med. G._____ als Diagnose u.a. eine bipolare Störung mit manischen Episoden auf und hielt dazu fest, dass, obwohl der Beschwerdeführer auch verschiedene kör-

- 24 - perliche Leiden habe, die bipolare Störung mit den früheren manischen Zu- ständen, die er auch in der Sprechstunde habe beobachten können, ein- deutig im Vordergrund stehe. Der Beschwerdeführer erhalte wegen dieser Störung Neuroleptika und Tranquilizer (IV-act. 181).

E. 9.5

Das Gutachten von Dr. med. D._____ vermag auch insoweit nicht zu über- zeugen, als Dr. med. D._____ Zweifel daran äusserte, dass beim Be- schwerdeführer je eine bipolare affektive Störung vorgelegen habe. Ihrer Auffassung, die Festlegung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge der bipolaren Störung und der Folgen der Suchterkrankung müsse als „vage“ bezeichnet werden (IV-act. 170 S. 15), kann – aus den nachfolgend dargelegten Gründen - nicht gefolgt werden.

E. 9.5.1

Dr. med. D._____ führte aus, obwohl die Entwicklung einer Suchtabhän- gigkeit bis 2003 plausibel erscheine, erwähne der Hausarzt in seinem Be- richt vom 19. Dezember 2002 eine seit 1996 bestehende manisch-depres- sive Erkrankung (IV-act. 170 S. 14). Die Verwendung des Begriffs „obwohl“ irritiert. Begleiterkrankungen, insbesondere Angsterkrankungen, Ess- störungen sowie Alkohol- und Drogenprobleme, kommen gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Bipolare Störungen (SGBS) bei bipolaren affektiven Störungen sehr häufig vor (vgl. www.swiss-bipolar.ch/bipolare- storungen/diagnose, zuletzt

besucht am 5. März 2019). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Suchtproblematik des Beschwerdeführers eher nicht gegen, sondern eher für das Vorliegen einer bipolaren Störung spricht.

E. 9.5.2

Dr. med. D._____ bezog sich auf den Bericht der PDGR vom 5. August 2003 und führte aus, dass in diesem Bericht keine psychotisch/affektiven Beschwerden festgehalten worden seien (IV-act. 170 S. 14). Dies trifft nicht zu. Im besagten Bericht vom 5. August 2003 hielt die PDGR-Gutachterin Dr. med. B._____ unter dem Titel „Psychostatus“ fest, der Beschwerdeführer

- 25 - sei im Affekt verarmt und zum Teil affektinkontinent (IV-act. 16 S. 2), und differenzialdiagnostisch führte sie eine Depression an (IV-act. 16 S. 3). Eindeutige Symptome einer akuten bipolaren affektiven Störung stellte Dr. med. B._____ anlässlich ihrer Untersuchung zwar tatsächlich nicht fest (IV-act. 16 S. 3). Wie der Beschwerdeführer aber zu Recht geltend macht, schliesst dies nicht aus, dass die bipolare affektive Störung bereits damals vorlag. Laut der Schweizerischen Gesellschaft für Bipolare Störungen (SGBS) verläuft die bipolare affektive Störung episodisch und zwischen den Krankheitsphasen treten Phasen der relativen Gesundheit auf (vgl. www.swiss-bipolar.ch/bipolare-storungen-/verlaufs-formen, zuletzt besucht am 5. März 2019). Daraus kann gefolgert werden, dass keine akuten Symptome festzustellen sind, wenn eine Untersuchung in eine Phase der relativen Gesundheit fällt.

E. 9.5.3

Dr. med. D._____ betonte, es bestünden in den Vorakten erhebliche Diskrepanzen über den Beginn der manisch-depressiven Erkrankung und wertet dies als Hinweis darauf, dass die bipolare affektive Störung zum Zeitpunkt der Begutachtung durch den SAM im Jahr 2009 gar nicht vorlag (IV-act. 170 S. 14 f.). Dies erscheint, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, nicht sachgerecht. Zwar finden sich in den Akten tatsächlich unterschiedliche Angaben über den Beginn der bipolaren affektiven Störung. Entgegen den Ausführungen von Dr. med. D._____ ergeben sich aber daraus keine Zweifel am Vorliegen der Krankheit selber, ist die Diagnose der bipolaren affektiven Störung doch bekanntermassen schwierig. So erklärt die Schweizerische Gesellschaft für bipolare Störungen (SGBS) auf ihrer Webseite, dass bipolare Störungen auch von Fachleuten oft nicht als solche erkannt würden, weil die Betroffenen in der Regel viel öfter depressiv als manisch seien, und weil über die Hälfte der Menschen mit bipolarer Störung zusätzlich an einer anderen psychiatrischen Krankheit, wie zum Beispiel einer Drogensucht, leiden würden, welche die bipolare

- 26 - Störung zunächst verdecken könne (vgl. www.swiss-bipolar.ch/bipolare-storungen/diagnose, zuletzt besucht am 5. März 2019).

E. 9.5.4

Im Zusammenhang mit der Diagnose der bipolaren affektiven Störung im Gutachten des SAM bemängelte Dr. med. D._____ zu Unrecht, manische Symptome seien vom Beschwerdeführer lediglich beschrieben, eine Beobachtung und Dokumentation diesbezüglich sei zu keinem Zeitpunkt erfolgt (IV-act. 170 S. 15). Es trifft zwar zu, dass der psychiatrische SAM-Teilgutachter für den Zeitpunkt seiner Untersuchung keine manischen Symptome festhielt (IV-act. 160 S. 14). Daraus lässt sich aber nicht schliessen,

dass damals keine bi- polare affektive Störung vorgelegen hatte. Der SAM-Gutachter beschrieb eine zum negativen Pol verschobene Stimmung mit einer latenten Suizidalität und diagnostizierte entsprechend eine mittelgradige depressive Episode (IV-act. 160 S. 16 f.). Dass sich damals neben den depressiven keine manischen Symptome zeigten, entspricht dem Charakter der Krankheit, folgen doch bei der bipolaren Störung in den allermeisten Fällen depressive und manische Phasen aufeinander, ohne zu überlappen (vgl. www.swiss-bipolar.ch/bipolare-storungen/verlaufsformen, zuletzt besucht am 5. März 2019).

Bei anderer Gelegenheit wurden entgegen den Ausführungen von Dr. med. D._____ durchaus manische Symptome beobachtet und dokumentiert. So führte zum Beispiel der Hausarzt Dr. med. G._____ in seinem Bericht vom

E. 9.5.5

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Festlegung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge der bipolaren affektiven Störung und der Folgen der Suchterkrankung im SAM-Gutachten vom 17. Februar 2009, entgegen der Ansicht von Dr. med. D._____, hinreichend begründet war.

E. 9.6

Die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. med. D._____ wird sodann auch dadurch eingeschränkt, dass Dr. med. D._____ nicht überzeugend und nachvollziehbar zu begründen vermochte, weshalb der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt ihrer Untersuchung im Dezember 2014 vollständig und an- dauernd von der bipolaren affektiven Störung hätte geheilt sein sollen. Eine solche Begründung hätte sich aufgedrängt, ist eine vollständige Remission bei einer bipolaren Störung, wie bereits erwähnt, doch eher unwahrscheinlich (vgl. vorne Erwägung 9.3).

E. 9.6.1

Dr. med. D._____ zog bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in affektiver Hinsicht nur die von ihr selbst anlässlich der Untersuchung festgestellten leichten depressiven Befunde in Betracht. Angesichts des episodischen Verlaufs der bipolaren affektiven Störung genügt dies nicht. Vielmehr hätte sich Dr. med. D._____ ein genaues Bild über die Frequenz und die Heftigkeit der Krankheitsepisoden und über den Zustand des Beschwerdeführers zwischen diesen Phasen machen müssen. Dazu hätte sie Rücksprache mit den behandelnden Ärzten Dr. med. F._____ und Dr. med. G._____ nehmen müssen, was aber nicht erfolgt ist. Dr. med. D._____ entschuldigte dies damit, dass die beiden behandelnden Ärzte telefonisch nicht hätten

- 28 - erreicht werden können (IV-act. 170 S. 9). Dies überzeugt nicht. Es kann und darf davon ausgegangen werden, dass Dr. med. D._____ die beiden behandelnden Ärzte in den rund acht Monaten zwischen der Untersuchung des Beschwerdeführers am 5. Dezember 2014 (IV-act. 170 S. 1) und der Erstellung des Gutachtens am 18. August 2015 hätte kontaktieren können, wenn sie dies denn ernsthaft versucht hätte. Ihr Verhalten ist in diesem Zusammenhang als fragwürdig zu werten.

E. 9.6.2

Dr. med. D._____ führte ferner aus, dass zu einer schwerwiegenden und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden bipolaren Symptomatik verschiedene Aspekte nicht passten. Als ersten Aspekt erwähnte sie lange Abstände zwischen den Konsultationen beim Facharzt (IV-act. 170. S. 16). Dies überzeugt nicht. Wie bereits erwähnt, waren die

Abstände zwischen den Konsultationen bei Dr. med. F._____ nicht generell lang. Wenn es der Zustand des Beschwerdeführers erforderte, fanden die Konsultationen viel- mehr in kurzen Abständen statt (vgl. vorne E. 9.2.2). Als zweiten Aspekt nannte Dr. med. D._____ eine fehlende gezielte medikamentöse Unterstüt- zung beziehungsweise Dosisanpassung an die vorliegenden Symptome (IV-act. 170 S. 16). Auch dem kann nicht gefolgt werden. Eine gezielte me- dikamentöse Unterstützung fand zumindest seit der Behandlung durch Dr. med. F._____ ab Mai 2008 statt. Aus dessen Berichten und aus dem Gut- achten des SAM geht hervor, dass der Beschwerdeführer andauernd auf stimmungsstabilisierende Medikamente angewiesen war, und dass die Do- sierung durchaus, wie bei einer fachgerechten Behandlung üblich, regel- mässig dem Verlauf angepasst wurde (IV-act. 48, 160 S. 6, 179 und 181, Bf-act.1). Als dritten Aspekt führte Dr. med. D._____ die fehlende ärztliche Dokumentation manischer Symptome an (IV-act. 170 S. 16). Auch dies ist nicht stichhaltig. Dass manische Symptome ärztlich dokumentiert wurden, wurde bereits ausgeführt (vgl. vorne Erwägung 9.5.4). Der vierte Aspekt war gemäss Dr. med. D._____ eine fehlende Intensivierung der Therapie bei Krisen, einschliesslich Tagesklinik und vollstationärem Klinikaufenthalt

- 29 - zur Behandlung einer ausgeprägten Manie oder Depression (IV-act. 170 S. 16). Auch dies trifft nicht zu. Gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. med. F._____ fand eine Intensivierung der Therapie bei Krisen durchaus statt, wobei jeweils dank engmaschiger Betreuung und Steige- rung der Medikation ein Klinikaufenthalt vermieden werden konnte (Bericht vom 18. Januar 2017 [Bf-act. 1], und Bericht vom 29. März 2016 [IV-act. 179]). Eine solche Intensivierung der Therapie infolge einer manischen Epi- sode beschrieb Dr. med. F._____ beispielhaft in seinem Bericht vom 18. Januar 2017, wo er angab, bei extremer Ruhelosigkeit, gesteigerter Ge- sprächigkeit mit Tendenz zur Ideenflucht, vermindertem Schlafbedürfnis von nur zwei bis drei Stunden pro Nacht und ständiger Ablenkbarkeit habe ein Klinikaufenthalt in Betracht gezogen werden müssen. Solch heftige Epi- soden seien bereits zuvor aufgetreten (Bf-act. 1). Auch der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G._____, beschrieb die Anpassung der The- rapie durch Erhöhung der Neuroleptica-Dosis (z.B. im Bericht vom 26. Ok- tober 2013 [IV-act. 102 S. 1]). Dr. med. D._____ kann schliesslich auch darin nicht gefolgt werden, dass für eine ausgeprägte Manie auffällige soziale Interaktionen, Selbstschädi- gung, Risikobereitschaft und unüberlegte Handlungen fehlten (IV-act. 170 S. 16). In den Akten finden sich wiederholt Hinweise darauf, dass sich der Beschwerdeführer während seiner akuten Krankheitsphasen schlecht in alltägliche Abläufe einordnen konnte und sozial auffällig war. Sehr an- schaulich beschrieben wird dies in einem Schreiben des Sozialdienstes für Suchtfragen vom 5. Januar 2017 (Bf-act. 2). In diesem Schreiben führte die Sozialarbeiterin aus, obwohl sie Erfahrung im Umgang mit psychisch kran- ken Menschen habe und sie in aller Regel affektive Ausbrüche nicht über- bewerte, müsse sie beim Beschwerdeführer doch von sehr prägnanten und für ihn und seine Umwelt störenden manischen Episoden reden. Zum Bei- spiel habe der Beschwerdeführer auf den Tod seines Hundes mit einem totalen Zusammenbruch und mit Suizidgedanken reagiert. Nach der Er-

- 30 - höhung seiner Medikation sei er zunächst kurz symptomfrei gewesen, dann sei er in einen manischen Zustand verfallen. Bei einem Termin bei ihr im Büro habe er sich latent aggressiv gezeigt, sehr laut und sehr schnell ge- sprochen und unangebrachte Forderungen gestellt. Sie kenne dies an ihm von früheren Episoden (Bf-act. 2). Auch selbstschädigendes, risikobereites und unüberlegtes Handeln ist in den Akten dokumentiert. So verletzte sich

der Beschwerdeführer zum Beispiel im August 2001 bei einem Sprung aus dem zweiten Stock eines Gebäudes (Austrittsbericht der Klinik K. _____ vom 11. September 2001 [IV-act. 30 S. 5 f.], Schreiben von Dr. med. F. _____ vom 29. März 2016 [IV-act. 179]). Und gemäss nachvollziehbarer eigener Angabe tätigte er auch wiederholt übermässige und sinnlose Bestellungen und Käufe und beteiligte sich in übertriebener Weise an Gewinnspielen (Bericht des Beschwerdeführers vom 10. Mai 2016 [Beilage zum Einwand vom 10. Juni 2016 gegen den Vorbescheid der IV-Stelle vom 1. März 2016]; IV-act. 192 S. 15).

E. 9.6.3

In Ziffer 8.5.9. ihres Gutachtens hatte Dr. med. D. _____ die im Kontext der Rentenrevision zentrale Frage zu beantworten, ob sich der Gesundheitszustand unter Abstinenzbedingungen im Vergleich zum Gesundheitszustand anlässlich der letzten materiellen Abklärung des SAM wesentlich verbessert habe (IV-act. 170 S. 25). Diese Frage vermochte Dr. med. D. _____ nicht in überzeugender Weise zu beantworten. Zum einen fiel ihre Antwort angesichts der zentralen Bedeutung der Frage sehr dürftig aus, und zum anderen bezog sich ein grosser Teil der Ausführungen nicht direkt auf die gestellte Frage. Direkten Bezug zur Frage hatte einzig folgende Aussage: „Im Vergleich zum MEDAS Gutachten vom 20. Februar 2009 resp. Gutachten 2003 kann von geringerem Suchtmittelkonsum und damit einer verbesserten Ausgangslage ausgegangen werden. Dementsprechend kann aktuell weder von negativer Stimmung, Antriebsverlust und gedanklicher Verarmung/Denkhemmung gesprochen werden.“ (vgl. IV-act. 170 S. 25). Mit dieser Aussage nahm Dr. med. D. _____ Bezug auf den Befund im SAM-

- 31 - Gutachten, wo unter anderem diese Symptome aufgeführt waren (IV-act. 160 S. 14). Während die SAM-Gutachter die Ursache dieser Symptome im Wesentlichen in der bipolaren Störung sahen, schrieb Dr. med. D. _____ die Abwesenheit dieser Symptome anlässlich ihrer eigenen Untersuchung im Dezember 2014 dem geringeren Suchtmittelkonsum zu. Damit zog sie nicht in Betracht, dass die bipolare Störung, wie bereits dargelegt (vgl. vorne Erwägungen 9.5.2 und 9.5.4), einen episodenhaften Verlauf hat und dass sich der Beschwerdeführer im Dezember 2014 allem Anschein nach nicht in einer ausgeprägten depressiven oder manischen Episode, sondern in einem relativen Normalzustand zwischen diesen Episoden befunden haben kann. Dr. med. D. _____s Erklärung beschreibt deshalb, wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend macht, nicht eine tatsächliche gesundheitliche Veränderung, sondern stellt eine andere Einschätzung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen medizinischen Sachverhalts dar.

E. 9.7

Eine weitere, wenn auch nicht wesentliche Einschränkung der Beweiskraft erfährt das Gutachten von Dr. med. D. _____ dadurch, dass es Unstimmigkeiten in der Wiedergabe der biografischen Anamnese, der Suchtanamnese und der Medikation aufweist. Auf diese Unstimmigkeiten wies der Beschwerdeführer unter Mithilfe seines Onkels in den Schreiben vom 5. April 2016 und vom 10. Mai 2016 hin (Beilagen zum Einwand vom 10. Juni 2016 gegen den Vorbescheid der IV-Stelle vom 1. März 2016; IV-act. 192 S. 12 ff., 192 S. 15 ff.). Die Unstimmigkeiten betreffen zwar nicht zentral entscheidende Punkte, sie zeigen aber doch eine gewisse Unsorgfältigkeit auf.

E. 9.8

Wie gezeigt, vermag das Gutachten von Dr. med. D. _____ aus verschiedenen Gründen die Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten nicht zu erfüllen. Daran vermag auch die

Tatsache nichts zu ändern, dass sich Dr. med. D._____ in ihrem Gutachten auf die neuropsychologische Abklärung von lic. phil. C._____ vom 17. November 2014 stützte (IV-act.

- 32 - 165). Diese Abklärung lieferte zwar eine fachgerechte und sorgfältige Beurteilung der neuropsychologischen Einschränkungen des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Untersuchung im November 2014. Wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt, nahm lic. phil. C._____ indessen nicht Bezug auf seine neuropsychologische Situation anlässlich der SAM-Begutachtung im Jahr 2009 und zeigte nicht auf, ob und inwiefern seit damals eine Veränderung eingetreten war. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle geht deshalb aus dem Abklärungsbericht von lic. phil. C._____ nicht unmittelbar hervor, dass sich die kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers seit der SAM-Begutachtung wesentlich verbessert hätten. Für eine Beurteilung der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers durch das Gericht fehlt eine verlässliche Vergleichsbasis. Anlässlich der Begutachtung durch den SAM im Jahr 2009 und durch die PDGR im Jahr 2003 wurden keine gesonderten neuropsychologischen Abklärungen vorgenommen, deren Ergebnisse nun durch das Gericht mit denjenigen von lic. phil. C._____ verglichen werden könnten. Dem psychiatrischen SAM-Gutachter standen nur seine Beobachtungen anlässlich der Untersuchung zur Verfügung, so dass er sich im Gutachten entsprechend zurückhaltend wie folgt äusserte: „Kognitive Funktionen erscheinen gestört mit Beeinträchtigung der Gedächtnisfunktion sowie auch der Konzentration und der Aufmerksamkeit (für eine diesbezügliche genaue Beurteilung sind neuropsychologische Tests notwendig)“ (IV-act. 160 S. 14). Entgegen den Ausführungen der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung war im SAM-Gutachten nicht von einem „kognitiven Verfall“ die Rede, sondern in einem viel weiteren Sinn von einem „psycho-organischen Verfall“ (IV-act. 160 S. 14). Inwieweit die kognitiven Einschränkungen damals für sich allein betrachtet, mithin unabhängig von der bipolaren affektiven Störung und der Suchtproblematik, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken, geht aus dem SAM-Gutachten nicht hervor (IV-act. 160 S. 15). Vergleicht man die Aussagen zu den kognitiven Aspekten im SAM-Gutachten

- 33 - mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Abklärung von lic. phil. C._____, so gibt es nicht genügend verlässliche Hinweise dafür, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers in kognitiver Hinsicht wesentlich verbessert hätte. Lic. phil. C._____ kam nämlich zum Schluss, es bestünden Einschränkungen bei Intelligenz, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, sowie bei psychomotorischen, emotionalen, Wahrnehmungs-, Exekutiv- und kognitiv-sprachlichen Funktionen. Entsprechend war lic. phil. C._____ der Ansicht, der Beschwerdeführer sei nur in einfachen Routinearbeiten unter guter Strukturierung und klaren Vorgaben arbeitsfähig, wobei eine Leistungsverminderung von 20 bis 30 % aufgrund der deutlichen Langsamkeit bestehe (IV-act. 165 S. 10 f.). Die von lic. phil. C._____ festgestellten Einschränkungen berücksichtigte Dr. med. D._____ in ihrem Gutachten nicht angemessen, als sie ausführte, die kognitiven und affektiven Beschwerden seien leichtgradig und durch genügend Willensanstrengung überwindbar (IV-act. 170 S. 16).

E. 9.9

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D._____ aus den dargelegten Gründen den Anforderungen des Bundesgerichts an ein Gutachten in einem Revisionsverfahren nicht genügt (vgl. vorne Erwägung 7.3). Das Gutachten von Dr. med. D._____ vermag nicht schlüssig und nachvollziehbar darzutun,

dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 3. April 2009 wesentlich verbessert hat. Der medizinische Sachverhalt zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 19. Dezember 2016 erscheint gegenüber demjenigen am 3. April 2009 im Wesentlichen unverändert, wobei im Jahr 2009 und im Jahr 2016 sowohl die bipolare affektive Störung als auch die kognitiven Defizite die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkten. Dr. med. D._____ beurteilte demnach denselben medizinischen Sachverhalt in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit anders als dies die SAM-Gutachter im Jahr 2009 getan hatten. Wie bereits erwähnt, rechtfertigt eine solche abweichende Einschätzung des Gesundheitszu-

- 34 - standes ohne effektive Veränderung auf der Seinsebene eine Rentenrevision nach der Rechtsprechung nicht (vgl. vorne Erwägung 7.3).

E. 9.10

Bei diesem Ergebnis braucht der Einwand des Beschwerdeführers, das Gutachten von Dr. med. D._____ sei tendenziös und voreingenommen, nicht weiter geprüft zu werden. 10. Die Voraussetzungen gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG für eine Revision der Rente des Beschwerdeführers sind somit vorliegend nicht erfüllt. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf ein nicht genügend beweiskräftiges Gutachten, so dass sich die Einstellung der bisherigen ganzen IV-Rente per Ende Januar 2017 als rechtswidrig erweist. Der Beschwerdeführer hat weiterhin Anspruch auf die mit Mitteilung vom 3. April 2009 bestätigte ganze Invalidenrente. Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen und die angefochtene Verfügung ist aufzuheben. 11. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Vorliegend werden die Kosten auf Fr. 700.-- festgesetzt. Sie sind angesichts des Verfahrensausganges der unterliegenden IV-Stelle aufzuerlegen. 12. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.

- 35 -

E. 10

Mit Replik vom 29. März 2017 machte der Beschwerdeführer geltend, er habe den Bericht von Dr. med. F._____ vom 18. Januar 2017 nicht eingereicht, um eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nach Verfügungserlass zu dokumentieren. Vielmehr beschreibe der Bericht im Sinne eines Beispiels die letzte beobachtete manische Episode. Entscheidend sei, dass Dr. med. F._____ in diesem Bericht die Diagnose der bipolaren Störung bestätige und ausführe, dass sich der Gesundheitszustand auch nach der Alkohol- und Cannabisabstinenz nicht wesentlich verbessert habe.

- 7 -

E. 11

Mit Schreiben vom 3. April 2017 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik.

E. 12

Mit Verfügung vom 6. April 2017 wies das Gericht den Antrag des Beschwerdeführers auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt im vorliegenden Beschwerdeverfahren ist die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 19. Dezember 2016. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden ist aufgrund von Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Verbindung mit Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde örtlich und sachlich zuständig. Als formeller und materieller Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren gerichtlichen Überprüfung (Art. 59 ATSG). Auf die im Übrigen frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) ist somit einzutreten. 2. Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die Rente des Beschwerdeführers zu Recht revisionsweise per 31. Januar 2017 aufgehoben hat. Im Zentrum steht dabei die Frage, ob ein Revisionsgrund vorliegt, beziehungsweise ob die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D. _____ vom 18. August 2015, inklusive der neuropsychologischen Abklärung von lic. phil. C. _____ vom 17. November 2014, zu Recht von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgegangen ist. Für die Beantwortung dieser Frage ist der Sachverhalt zu berücksichtigen, der sich bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 19. Dezember 2016 verwirklicht hat (BGE 132 V 215 E.3.1.1). Massgeblich ist dabei der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 133 V 504 E. 3.3). 3. Als Invalidität gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 4 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 ATSG). Die versicherte Person hat bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Bei erwerbstätigen Personen erfolgt die Bemessung der Invalidität aufgrund eines Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitslage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E.3.4.2). 4. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG, Art. 87 ff. der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen

- 8 -

- 9 - werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a IVV). Anlass für eine Anpassung der Rente gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist daher nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit, sondern etwa auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben, eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 134 V 131 E.3, 133 V 545 E.6.1, 130 V 343 E.3.5; vgl. auch MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Diss., Freiburg 2003, S. 133 Rz. 486). Dagegen bildet nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (Urteil des Bundesgerichts 8C_387/2014 vom 3. September 2014 E.2).

E. 12.1

Vorliegend machte der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers mit Honorarnote vom 7. April 2017 für den Fall des Obsiegens einen Zeitaufwand von 42.60 Stunden im Zeitbereich vom 16. März 2016 bis zum 7. April 2017 geltend. Dieser Aufwand ist nicht in vollem Umfang zu entschädigen. Zum einen ist im Rahmen des vorliegenden Verfahrens nur der Aufwand für das Beschwerdeverfahren zu entschädigen, nicht auch derjenige für das vorangegangene Einwandverfahren. Dies bedeutet, dass nur der Aufwand zu berücksichtigen ist, der in der Honorarnote für die Zeit nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung am 19. Dezember 2016 ausgewiesen ist, mithin ein Aufwand von 28.85 Stunden. Indessen ist auch dieser Aufwand nicht in vollem Umfang zu entschädigen. Dem Gericht erscheint für das vorliegende Beschwerdeverfahren ein Aufwand von maximal 20 Stunden als angemessen. Der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers war nicht mit besonders aufwändigen Rechtsfragen konfrontiert und die Akten waren zwar relativ umfangreich und komplex, lagen aber im Rahmen des Üblichen bei der Revision einer Invalidenrente. Kommt dazu, dass der Rechtsanwalt schon im Einwandverfahren beigezogen worden war und sich deshalb bereits vor dem Beginn des Beschwerdeverfahrens eingehend mit den Akten und der Rechtslage auseinandersetzen konnte. Aus diesen Gründen hat die IV-Stelle für das vorliegende Beschwerdeverfahren nur für einen Aufwand von 20 Stunden aussergerichtliche Entschädigung zu leisten.

E. 12.2

Der Rechtsanwalt des Beschwerdeführers machte in seiner Honorarnote für den Fall des Obsiegens einen Stundenansatz von Fr. 250.-- geltend. Eine entsprechende Honorarvereinbarung reichte er nicht ein. Der Stundenansatz wird deshalb auf Fr. 240.-- gekürzt. Dies entsprechend der vom Verwaltungsgericht am 5. September 2017 um der Vereinheitlichung der kantonalen obergerichtlichen Praxis willen vorgenommenen Praxisänderung, wonach bei Nichteinreichung einer Honorarvereinbarung höchstens ein Stundenansatz von Fr. 240.-- übernommen wird (vgl. auch Urteil des Verwaltungsgerichts U 16 92 vom 25. Oktober 2017 E.13b).

E. 12.3

Bei einem anerkannten Aufwand von 20 Stunden und einem Stundenan- satz von Fr. 240.-- ergibt sich ein Honorar von Fr. 4'800.--. Die vom Rechts- anwalt des Beschwerdeführers geltend gemachten Barauslagen in der Höhe von Fr. 107.20 sind vollumfänglich zu entschädigen, dieser Betrag übersteigt den nach verwaltungsgerichtlicher Praxis zulässigen Umfang von 3 % des festgelegten Honorars nicht (VGU R 17 64 E.3.1). Bei einem Honorar von Fr. 4'800.-- plus Barauslagen von Fr. 107.20 ergibt sich inklu- sive Mehrwertsteuer von 8 % ein Betrag von Fr. 5'299.80. In diesem Um- fang hat die IV-Stelle den Beschwerdeführer aussergerichtlich zu entschä- digen. 13. Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege ist angesichts des Verfahrensausgangs gegenstandslos. Demnach erkennt das Gericht:

E. 17

Februar 2009 bestätigt (IV-act. 160 S. 8 f.; vgl. vorne Erwägung 8.1), ebenso durch die Beurteilung des damaligen RAD-Arztes Dr. med. I._____ vom 4. März 2009 (IV-act. 65 S. 10; vgl. vorne Erwägung 8.2). Dr. med. F._____ hielt daraufhin stets an der Diagnose der bipolaren affektiven Störung und der entsprechenden Behandlung mit stimmungsstabilisieren- den Medikamenten fest (Berichte vom 27. Januar 2013 [IV-act. 73], vom 28. Oktober 2013 [IV-act. 101] und vom 15. Januar 2014 [IV-act. 116 S. 2 f.]). In seinem Bericht vom 29. März 2016 führte Dr. med. F._____ aus, er betrachte die im Gutachten von Dr. med. D._____ festgestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung als unkorrekt. Diese Diagnose blende einen grossen Teil des Leidens des Beschwerdeführers aus und führe zu einer inadäquaten Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit. Der Be- schwerdeführer leide seit seiner Adoleszenz unter einer bipolaren Störung. Ein Selbstmordversuch während einer depressiven Phase sowie schwere Verletzungen beim Sprung aus einem Fenster im zweiten Stock der Klinik K._____ in einem manischen Zustand seien dokumentiert. Er selber habe depressive und hypomanische Phasen festgestellt und in seinen Berichten dokumentiert. Auch in den letzten drei Jahren habe der Beschwerdeführer hypomanische Phasen präsentiert, welche eine schnelle Erhöhung der Neuroleptika Medikation (Seroquel bis 800 mg) notwendig gemacht hätten (IV-act. 179). Im Bericht vom 18. Januar 2017 ergänzte Dr. med. F._____, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich auch nach der Abstinenz von Alkohol, THC, Heroin, Kokain und Amphetaminen nicht we- sentlich gebessert. Es seien auch danach sowohl mittelgradige depressive Episoden als auch hypomanische beziehungsweise manische Episoden entstanden. Zur Illustration beschrieb Dr. med. F._____ die letzte dieser manischen Episoden, welche im Dezember 2016 begonnen hatte und wel-

- 21 - che angeblich so heftig war, dass ein Klinikaufenthalt in Betracht gezogen wurde (Beilage des Beschwerdeführers [Bf-act.] 1).

E. 19

Dezember 2002 unter dem Titel „Erhobene Befunde“ aus, der Be- schwerdeführer sei in euphorischen Phasen logorrhöisch und über- schwänglich, in depressiven Phasen zurückgezogen und deprimiert (IV- act. 10). Und der behandelnde Psychiater Dr. med. F._____ gab in seinem Bericht vom 27. Januar 2013 an, der psychische Zustand sei weiterhin durch Abwechslung zwischen kurzen hypomanischen Episoden und einem

- 27 - kontinuierlichen leichten depressiven Zustand geprägt. Der Beschwerdeführer habe sich in den letzten Jahren jeweils bei Beginn der hypomanischen Phasen rechtzeitig an ihn oder den Hausarzt gewandt, so dass durch die Erhöhung der Medikation die Entwicklung manischer Phasen verhindert werden können (IV-act. 73 S. 2).

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