

# NW\_GERICHTE SV 20 30 vom 14. Juni 2021

NW Gerichte, 2021-06-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw\\_gerichte\\_SV 20 30](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_SV_20_30)

FR: NW\_GERICHTE SV 20 30 du 14 juin 2021

IT: NW\_GERICHTE SV 20 30 del 14 giugno 2021

## Erwägungen

### E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 29. September 2020, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] in Verbindung mit Art. 39 GerG [NG 261.1]), welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Ziff.

### E. 2

GerG). Der Beschwerdeführer hat als Adressat der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb er zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist

5■26 auf die Beschwerde ist einzutreten.

### E. 2.1

Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Als Invalidität gemäss Art. 8 ATSG gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### E. 2.2

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40

Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf des Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (dortige lit. a bis c). Die Rente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 2.3**

Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert

6■26 zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Um festzustellen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, sind sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

### **E. 2.4**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 2.5**

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet

7■26 sind. Die Frage des Beweiswertes stellt sich auch bei den anzuwendenden medizinisch- diagnostischen Methoden. Diese müssen wissenschaftlich anerkannt sein,

damit der mit ihnen erhobene Befund eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage zu bieten vermag. Als wissenschaftlich anerkannt gilt eine Untersuchungsart, wenn sie von Forschern und Praktikern der medizinischen Wissenschaft auf breiter Basis anerkannt ist (so in BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 323 f.; 125 V 351 E. 3a S. 352). Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund 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 die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

## **E. 2.6**

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 29. September 2020) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens ein- bzw. nachgereichte Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweisen).

8■26

## **E. 3.1**

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung, die medizinische Begutachtung habe eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben. Damit sei ein medizinischer Revisionsgrund gegeben und eine Neubeurteilung vorzunehmen. Der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit zu 65% arbeitsfähig. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 36%. Die durchgeführten Eingliederungsmassnahmen seien beendet worden, da sich der Beschwerdeführer subjektiv als nicht arbeits- und eingliederungsfähig erachtet habe.

## **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer macht zusammengefasst geltend, es liege kein Revisionsgrund vor; das Gutachten der D. \_\_ AG sei lediglich eine abweichende medizinische Beurteilung der Wirkungen derselben Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand habe sich nicht effektiv verändert, womit kein Raum für eine materielle Revision bleibe.

## **E. 3.3**

Zu prüfen ist, ob die IV-Stelle die ganze Rente zurecht revisionsweise aufgehoben hat.

## **E. 4.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (vgl. BGE 134 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person, wozu namentlich der Gesundheitszustand gehört. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden. Umgekehrt ist – bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand –

9■26 eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung, welche zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führt, revisionsrechtlich von Bedeutung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

#### **E. 4.2**

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt 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. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_196/2020 vom 8. Juli 2020 E. 6.1. m.w.H.). Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen verbesserten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C\_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2 mit weiteren Hinweisen). Dabei bedarf es aber nicht per se eines «Revisionsgutachtens», sondern der für die Beurteilung des Vorliegens eines Revisionsgrundes massgebliche Sachverhalt kann sich auch aus einer Mehrheit von ärztlichen Berichten ergeben, sofern diese ein schlüssiges und in sich stimmiges Bild des Gesundheitszustandes zulassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_151/2019 vom 20. August 2019 E. 6.2.1). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 4.3**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht. Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit

Verfügung vom 7. Oktober 1999 eine ganze Invalidenrente zu. Der Rentenanspruch wurde in

10■26 der Folge wiederholt revisionsweise überprüft und bestätigt, wobei keine einlässlichen materiellen Abklärungen erfolgten. Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision hob die IV-Stelle nach Vornahme einer umfassenden medizinischen und erwerblichen Abklärung die laufende Invalidenrente mit Verfügung vom 29. September 2020 auf. Demnach beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. Oktober 1999 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 29. September 2020.

#### **E. 5.1.1**

Grundlage für die Verfügung vom 7. Oktober 1999 (IV-act. 33/173) bildete der Arztbericht von H. \_\_ vom 1. Oktober 1997 (IV-act. 4/29), das orthopädische Gutachten von Dr. med. I. \_\_ vom 22. Dezember 1997 (IV-act. 12/51), der Bericht des SUVA-Kreisarztes vom 16. Juni 1998 (IV-act. 15/65) sowie ein Bericht der Psychiatrie C. \_\_ vom 22. Juni 1999 (IV-act. 27; zum Ganzen: IV-act. 30).

#### **E. 5.1.2**

Der praktische Arzt H. \_\_ hielt in seinem IV-Arztbericht vom 1. Oktober 1997 die Diagnose «Chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom auf Grund von Funktionsstörungen am lumbosakralen Übergang» fest und attestierte dem Versicherten eine seit 8. Juli 1997 mit kurzzeitigen Unterbrüchen bestehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 5.1.3**

In seinem orthopädischen Gutachten vom 22. Dezember 1997 stellte Dr. med. I. \_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, die Diagnosen (IV-act. 12/51): –  
Lumbosacralvariante – V.a. Spondylolyse L5 – Mediane Bogenschlussstörung L5 – Diskrete Segmentdegeneration L3-S1 Es liege eine lumbosakrale Formationsstörung vor, welche bereits zu einer kettenmässigen Degeneration der kranial angrenzenden Segmente geführt habe. Man könne die Behandlung vollständig abbrechen, ohne dass es dem Patienten schlechter gehe. Im gelernten Beruf als Maschinenmechaniker sei der Patient abhängig vom Umfeld und Arbeitsplatz weitgehend

11■26 arbeitsunfähig für Heben und Tragen von Lasten, Arbeiten ausserhalb der Körperachse und repetitive Position im Hohlkreuz. Für wechselnd stehend-gehend-sitzende Tätigkeiten ohne Tragen und Heben von Lasten sei er rasch voll einsetzbar.

#### **E. 5.1.4**

Der Kreisarzt Dr. med. J. \_\_ notierte in seinem Untersuchungsbericht vom 16. Juni 1998 (IV-act. 15/65) keine Diagnose. Unter dem Titel Beurteilung hielt er im Wesentlichen fest, der Patient sei am 19. April 1998 als Velofahrer angefahren worden. Dabei sei es zu einer Commotio cerebri mit entsprechender Amnesie gekommen. Zusätzlich sei die HWS distorsioniert und die LWS geprellt worden. Vorbestehend seien bekannte LWS-Beschwerden seit der RS im Jahre 1995. Diese hätten sich in der Zwischenzeit etwas akzentuiert. Im Vordergrund stünden aktuell die Kopfschmerzen und Verspannungen. Der Patient wirke in der Tat verspannt, zum Teil auch etwas verängstigt über einen möglichen Stellenverlust. Die Untersuchung zeige keine neurologischen Ausfälle, hingegen Muskelverspannungen und leichte Bewegungseinschränkungen in der LWS und HWS. Die

Bewegungseinschränkungen in der LWS seien anamnestisch vorbestehend. Die Kopfschmerzen unterschiedlich, wahrscheinlich von cervikal ausgehend. Aktuelle Röntgenbilder lägen nicht vor; offensichtlich habe es keine Anzeigen für eine ossäre Läsion gegeben. Dies decke sich mit dem heutigen Befund. Der Patient arbeite wieder etwa 50%. Er fühle sich am Abend noch stark müde und klage über vermehrtes Schlafbedürfnis, was nach einer Commotio nicht selten sei. Der Patient erreiche aktuell eine 25%ige Arbeitsfähigkeit (2-2.5 Stunden pro Tag). Dies könne beim gutem Verlauf in den nächsten 2-3 Wochen gesteigert werden. Langfristig sei mit einem guten Resultat zu rechnen.

#### **E. 5.1.5**

Der Austrittsbericht der Psychiatrie C.\_\_\_ vom 1. Juni 1998 (IV-act. 27 S. 4 ff./151) hält als Diagnosen fest: 1. Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nach Unfall (ICD-10: F32.2) 2. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3) Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich der Bericht nicht. Im IV-Arztbericht vom 17. Juni 1998 wurde dem Versicherten aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (IV-act. 27 S. 1 f./149).

12■26

#### **E. 5.2**

Aktenkundig sind sodann folgenden Berichte.

##### **E. 5.2.1**

Die Rehaklinik K.\_\_\_ hielt in ihrem Austrittsbericht vom 9. November 1998 fest (IV-act. 23 S. 13 ff.): Organische Schädigung und funktionelle Störungen Bei dem Unfall am 13. April 1998 wurde der Versicherte mit dem Velo von einem Auto in langsamen Tempo umgestossen, es kam mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer milden traumatischen Hirnschädigung und einer HWS-Distorsion und LWS-Kontusion. In der Folge bestehen weiterhin starke subjektive Beschwerden mit einem schmerzbetonten, fibromyalgie-ähnlichen Bild, ohne dass in radiologischen und klinischen Untersuchungen schwerwiegendere Verletzungen objektiviert werden konnten. Im Vordergrund steht eine massive psychische Überlagerung, wobei aufgrund der anamnestischen Angaben eine vorbestehende Komponente durchaus anzunehmen ist. Durch den Unfall hat sich jedoch eine richtungsgebende Verschlechterung des psychischen Beschwerdebildes mit einer Exazerbation von Schmerzen ergeben, wobei eine erhebliche psychosomatische Komponente anzunehmen ist. Die deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit, welche sich auch in der mittelschweren Störung bei der neuropsychologischen Abklärung sowie in der Berufsabklärung zeigte, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit zum grössten Teil durch diese psychoreaktive Überlagerung bedingt. Behinderung/Fähigkeitsstörung Diese bestehen in der psychischen Problematik und der Selbstlimitierung. Berufliche und soziale Auswirkungen Der Beruf als CNC-Monteur kann momentan nicht aufgenommen werden, zumutbar wäre eine wechselbelastende leichte Arbeit ohne Arbeiten über Kopfhöhe in der Dauer von 4 Std./Tag mit Pausen. Die Einschränkungen sind nur zum Teil auf die Unfallfolgen zurückzuführen, es bestehen deutliche unfallfremde Faktoren, welche zum gegenwärtigen Zeitpunkt eine berufliche Wiedereingliederung mit Hilfe der IV verunmöglichen. Die Arbeitsfähigkeit betrage weiterhin 50% aus unfallkausaler Sicht, insgesamt sei jedoch aus vorwiegend psychischen Gründen eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit gegeben. Diesem Austrittsbericht beigelegt ist ein Abklärungsbericht der Neuropsychologin lic. phil. L.\_\_\_ vom 6. Oktober 1998 (IV-act. 23 S. 22 f.). Diese

diagnostiziert eine mittelschwere Störung multikausaler Ursache, St. n. einer milden traumatischen Hirnverletzung und HWS-Distorsion vom 13. April 1998. Die Leistungen seien durch deutliche Verlangsamung in den meisten Bereichen deutlich eingeschränkt. Die allgemeine intellektuelle Fähigkeit liege im Normbereich. Als Ursache für die Störung komme ein Vorzustand, eine milde traumatische

13■26 Hirnverletzung, eine schmerzbedingte oder psychoreaktive Leistungseinschränkung in Betracht. Schmerz- und psychoreaktive Problematik seien mit hoher Wahrscheinlichkeit ein wichtiger Faktor im heutigen Beschwerdebild.

### **E. 5.2.2**

Der Kreisarzt J. \_\_ stellte auch in seinem Abschlussbericht vom 16. Dezember 1998 (IV-act. 23) keine Diagnosen. In der Beurteilung hielt er im Wesentlichen fest, es hätten heute Lenden- und Nackenbeschwerden sowie Kopfschmerzen im Vordergrund gestanden. Bei der Untersuchung sei die Neurologie unauffällig gewesen, die Schädelkalotte ebenfalls. Die Haltung sei insgesamt gut, bei der Untersuchung der Wirbelsäule seien noch druckschmerzhafte Punkte auslösbar, die Beweglichkeit sei insgesamt sehr gut, insbesondere in der LWS. Die Muskulatur sei in ordentlichem Zustand, sicher noch verbesserungswürdig. Im Vordergrund stünden heute depressive Verstimmungsbilder, weswegen der Patient auch in Behandlung sei. Anhand der heutigen Befunde sei kein sicherer bleibender Nachteil vorhanden, welcher auf den Unfall zurückzuführen sei. Dem Patienten seien von Seiten der Unfallfolgen die gleichen Tätigkeiten wie vor dem Unfall zumutbar.

### **E. 5.2.3**

Die Psychiatrische Klinik M. \_\_ diagnostizierte mit ärztlichem Bericht vom 15. Juni 1999 (IV-act. 27/155) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit Suizidtendenzen (ICD F32.2), differentialdiagnostisch eine organische Persönlichkeitsstörung.

### **E. 6.1**

Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision liess die IV-Stelle den Beschwerdeführer durch die D. \_\_ AG polydisziplinär begutachten. Das Gutachten vom 12. November 2018 (IV-act. 157) basiert auf den Untersuchungen des Internisten Dr. med. N. \_\_, des Neurologen Dr. med. O. \_\_, der Neuropsychologin dipl. psych. P. \_\_, der Orthopädin Dr. med. Q. \_\_ und des Psychiaters Dr. med. R. \_\_ (IV-act. 150/906, 157/925). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit halten die Gutachter fest: – Cervico-lumbovertebrales Schmerzsyndrom, radiologisch unauffälliger HWS Befund, an der LWS lumbo- sacrale Übergangsstörung (ICD-10: M54.5, M53.9) – Neurasthenie (ICD-10 F48.0) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

14■26 – Wellenförmige Beschwerde am Nacken und an der LWS mit Verspannungen. Temporäre Beweglichkeitseinschränkungen in wechselndem Ausmass. Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung (13.04.1998 Velounfall) 7.12.2001 im Bericht Ärztliche Abschlussuntersuchung, SUVA Zentralschweiz – Commotio cerebri. Kontusion der LWS. Distorsion der HWS (13.04.1998 Velounfall) – Anamnestiche Hepatitis B (ED 2007 und 2008) – Chronische Müdigkeit bei gestörter Tag-/Nachtstruktur ohne organische Korrelat – Kopfschmerzen vom Spannungstyp – HWS-Distorsionstrauma nach Unfall April 1998 – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert – Akzentuierte

Persönlichkeitszüge (emotional instabile, impulsive und unreife Züge) Laut Gutachten bestehen vorab Beeinträchtigungen seitens des Bewegungsapparates. Aufgrund der Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule sei der Versicherte für körperliche schwere Tätigkeiten nicht geeignet. Wegen des neurasthenischen Krankheitsbildes bestehe eine leichte Reduktion der Funktionsfähigkeit infolge emotionaler Instabilität und allgemeiner Stressanfälligkeit. Seine Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen sowie Aufgaben zu planen und zu strukturieren sei leicht beeinträchtigt. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien infolge der subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen leichtgradig reduziert. Die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenz als Maschinenmechaniker sei aus psychiatrischer Sicht an und für sich nicht beeinträchtigt. Entscheidungs- und Urteilskraft seien höchstens leicht reduziert. Die Durchhaltefähigkeit sei infolge der Neurasthenie mit den subjektiven Empfindungen von Erschöpfbarkeit und reduzierter Belastbarkeit mässig beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei nicht wesentlich beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit sei infolge Reizbarkeit leicht reduziert. Die Mobilität sei erhalten. Der Versicherte habe nach einer beschwerten Kindheit und Jugendzeit im Alter von 24 Jahren einen Unfall erlitten. Vor dem Hintergrund seiner unreifen und instabilen Persönlichkeitsstruktur habe sich ein neurasthenisches Krankheitsbild entwickelt. Der bereits über zwanzigjährige Rentenbezug mit bisher gescheiterten Wiedereingliederungsversuchen und nun langjähriger Arbeitsunfähigkeit lasse daran zweifeln, ob Wiedereingliederungsversuche erfolgreich wären. Die letzten Jahre habe sich scheinbar eine gewisse Stabilisierung ergeben, bei Fähigkeiten des Versicherten für längere Reisen sowie diversen aktiv ausgeübten Hobbys, wenn auch mit (laut Versichertem) eingeschränkter Belastbarkeit. Im Verlauf der Jahre sei der Versicherte mehrmals psychiatrisch untersucht und beurteilt worden. Zum Vorschein seien unterschiedliche Sichtweisen und Einschätzungen gekommen. Es sei jedoch nicht plausibel, dass die beschriebenen Kindheits- und Jugendereignisse zu einer schweren Persönlichkeitsstörung geführt habe. Ebenso wenig sei plausibel, dass infolge des Unfalls im April 1998 schwere Hirnschäden mit anhaltenden

15■26 kognitiven Folgedefiziten aufgetreten seien. Aus orthopädischer Sicht seien bei muskulären Verspannungen im Bereich der HWS-Muskulatur und gelegentlichen Beschwerden der LWS bei bekannter Übergangsstörung lumbosakral, gelegentlich belastungsabhängige Beschwerden plausibel. Warum eine berufliche Tätigkeit nicht realisiert worden sei, lasse sich retrospektiv nicht erklären. Es seien keine Funktionseinschränkungen feststellbar, welche gegen leichte und mittelschwere Tätigkeiten sprächen. Körperlich schwere Tätigkeiten sollten vermieden werden. Die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als CNC-Operateur sei wie jede andere körperlich schwere Tätigkeit nicht zumutbar. Diesbezüglich bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Beginn 1997, Gutachten Dr. I.\_\_). Für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, unter Berücksichtigung des negativen Leistungsbildes, habe von 1998 bis 2002 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit bestanden, wobei nach der HWS-Distorsion vom 13. April 1998 einige Monate eine Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei. Ab 2002 betrage die Arbeitsfähigkeit 65% (5 Std. Präsenz). Anhand der vorhandenen Akten sei es schwierig retrospektiv den Zeitpunkt festzustellen, an dem die Arbeitsunfähigkeit bzw. die Arbeitsfähigkeit begonnen hat. Im Vordergrund stünden die orthopädischen und psychiatrischen Diagnosen; die Arbeitsunfähigkeiten würden sich nicht addieren.

## **E. 6.2**

Der Beschwerdeführer legte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eine zu seinen Händen verfasste Stellungnahme von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_ vom 28. Oktober 2020 ins Recht (BF-Bel. 3). Die Psychiaterin berichtet, der Versicherte sei seit dem 29. Februar 2020 bei ihr in Behandlung und sie stellt folgende Diagnosen: (Psychiatrisch) St. n. Schädel-Hirn-Trauma mit V.a. organisches Psychosyndrom, F 07.2, rezidivierende depressive Störung, derzeit zumindest mittelgradige depressive Episode, F 33.1, diverse traumatische Erfahrungen in der Kindheit- und Jugend, akzentuierte Persönlichkeitszüge, Z 73.1 somatisch: chronifiziertes cervico-lumabales Schmerzsyndrom. Derzeit bestehe in der angestammten Tätigkeit als CNC-Operateur eine Arbeitsunfähigkeit von 100% auf Dauer. Ebenso liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vor. Aus ihrer Sicht sei dem Versicherten weiterhin keine regelmässige, erwerbsmässig dienende Tätigkeit zumutbar. Die Komplexität der Erkrankung begründe hierbei die volle Arbeitsunfähigkeit. Das organische Psychosyndrom nehme hierbei den grössten Anteil ein. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne nicht erreicht werden. Der Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren nicht wesentlich verändert.

16■26

### **E. 6.3**

Das im vorliegenden Verfahren aufgelegte, von Dr. med. S. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verfasste Privatgutachten vom 23. Februar 2021 nennt als Diagnosen: – Kombinierte Persönlichkeitsstörung bestehend seit der Adoleszenz, dem jungen Erwachsenenalter ICD-10: F 61.0 – Wahrscheinlich leichter Velounfall 1998 (milde traumatische Hirnschädigung nach den Akten – Aktenanamnestisch Rückenschmerzen und weitgehend remittierte depressive Episode. In seiner Beurteilung hält der Psychiater stark zusammengefasst fest, dass die nach dem Unfall gescheiterten Rehabilitationsbemühungen nur vor dem Hintergrund einer vorbestehenden Persönlichkeitsstörung verstanden werden können. Die beschriebenen Beeinträchtigungen seien nur bei einer schweren Hirnschädigung möglich. Bei einer Hirnerschütterung ohne weitere Dimensionen sei eine solche Einschränkung ausgeschlossen, in Verbindung mit der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung allerdings nachvollziehbar. Der Patient habe seit dem Unfall auf verschiedenen Ebenen Einschränkungen geltend gemacht, die sich keiner einheitlichen Diagnose unterordnen liessen, ausser wenn eine Persönlichkeitsstörung festgelegt werde. Die depressiven Episoden seien nach übereinstimmenden Angaben in verschiedenen Unterlagen abgeklungen und mögen die Fehlentwicklung akzentuiert haben. Unter dem Titel Konsistenzen und Plausibilität, Würdigung von Fähigkeiten und Ressourcen schreibt der Psychiater, dass auch in den Akten auf die sich in der ganzen Anamnese ergebenden Inkonsistenzen hingewiesen werden; eine Objektivierung der Anamnese sei schwierig. Dies gelte auch für die Ressourcen. Eine gewisse handwerkliche Begabung sei anzunehmen und es gebe keine Hinweise auf organische Beeinträchtigungen, die ihm nicht erlaubten wieder handwerklich tätig zu sein. Der Psychiater hält bezüglich der «aktuellen Arbeitsfähigkeit im Rahmen jeder möglichen Tätigkeit» fest, der Versicherte sei seit dem Unfall vor 20 Jahren nicht mehr im Arbeitsprozess und die vollständige Berentung lange Zeit unbestritten geblieben. Die Gutachter hätten bei ihrer Einschätzung die Vorgeschichte vor dem Unfall und die Chronifizierung unberücksichtigt gelassen. Im Rahmen einer Würdigung der Gesamtsituation mit allen neuen Aspekten gehe er davon aus, dass nur eine Teilarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft nach einer längeren Vorbereitungszeit möglich sei. Der Versicherte habe noch rund 20 Lebensjahre im erwerbsfähigen Alter vor sich, was

intensive Bemühungen zur beruflichen Reintegration mit einer Mitwirkungspflicht rechtfertige.

17■26 Bei einer adäquaten Tätigkeit und einer Steigerung der Belastung nach einigen Monaten, höchstens einem Jahr zumutbar. Damit habe der Explorand noch einige Monate Anspruch auf eine ganze Berentung und später, ausgehend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit, auf eine halbe Rente. Die mehrmonatigen Reisen nach Vietnam seien zwar nicht mehr möglich, solche seien aber auch nicht durch Versicherungsleistungen zu begünstigen. Durch ein solches Vorgehen lasse sich die komplexe Problematik, die sich über Jahrzehnte entwickelt habe, am sinnvollsten korrigieren.

### **E. 7.1**

In somatischer Hinsicht erfüllt das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_ AG vom 12. November 2018 die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage (vgl. E. 4.2 hiervor). Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, ist umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Sodann weist das Gutachten keine Widersprüche von entscheiderelevanter Bedeutung auf und setzt sich auch hinlänglich mit den bei den Akten liegenden Berichten auseinander. Die entsprechenden, vorstehenden Darlegungen im Gutachten (vgl. E. 6.1 hiervor) vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Was in der Beschwerde dagegen vorgebracht wird erweist sich, wie sich nachfolgend zeigen wird, als unbegründet.

### **E. 7.2.1**

Der Beschwerdeführer macht zunächst geltend, es dürfe mit Fug bezweifelt werden, dass sich der Gesundheitszustand nach einem Rentenbezug von 21.5 Jahren plötzlich rentenausschliessend verbessert habe, zumal er in all den Jahren Anspruch auf eine ganze IV-Rente gehabt habe. Auch das Belastbarkeitstraining bei der E.\_\_\_ habe keine verwertbare Leistungsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu Tage gebracht. Hier bestehe ein Widerspruch zu den Schlussfolgerungen der Gutachter der D.\_\_\_ AG, welche eine (teilweise) Arbeitsfähigkeit bejaht hätten.

18■26

### **E. 7.2.2**

Massgebend ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers revisionsrelevant verändert hat bzw. inwieweit der Beschwerdeführer aufgrund der Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit in seiner Erwerbsmöglichkeit auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt eingeschränkt ist (vgl. Art. 7 f. ATSG). Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ist eine primär ärztliche Aufgabe, wobei anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1010/2014 vom 3. April E. 5.1). Hingegen ist unwesentlich – was der Beschwerdeführer mit seinen Einwänden verkennt –, ob, wie lange bzw. in welcher Höhe in der Vergangenheit eine Invalidenrente bezogen wurde und wie ein von der IV-Stelle organisiertes Belastbarkeitstraining verlief.

### **E. 7.3.1**

Weiter moniert der Beschwerdeführer, die Gutachter hätten sich zu Unrecht auf die psychiatrische Beurteilung der Unfallversicherung vom 21. Oktober 2002 abgestützt. Dort sei es um die Frage eines allfällig zusätzlichen Integritätsschadens aufgrund seiner psychischen Einschränkungen gegangen. Vom Integritätsschaden könne nicht einfach auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Die Teilarbeitsfähigkeit sei denn auch im Teilgutachten Psychiatrie nicht hinreichend begründet.

### **E. 7.3.2**

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. R. \_\_ (IV-act. 157 S. 45 ff.) stellte einerseits die Diagnosen Neurasthenie (ICD-10 F48.0), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und andererseits die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional instabile, impulsive und unreife Züge [ICD-10 Z73.1]). Die der Diagnosestellung zugrundeliegenden Überlegungen wurden unter dem Titel «Herleitung» festgehalten (IV-act. 157 S. 53). Er erkannte eine leicht ausgeprägte (quantitativ) Funktionsbeeinträchtigung (IV-act. 157 S. 55 Ziff. 7.4), weshalb die Arbeitsfähigkeit um 35% quantitativ reduziert sei. Dem Exploranden sei eine Anwesenheitszeit von 5 Stunden täglich zumutbar, wobei aus psychiatrischer Sicht nicht mit zusätzlichen relevanten qualitativen Beeinträchtigungen zu rechnen sei (IV-act. 157 S. 56 Ziff. 8.1). Die entsprechenden Überlegungen des Psychiaters fanden sodann Eingang in die Konsensbeurteilung (IV-act. 157

19■26 S. 10 ff.). Damit erweist die Kritik des Beschwerdeführers, wonach die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht ohne Begründung erfolgt, bloss auf psychiatrische Beurteilung der Unfallversicherung vom 21. Oktober 2002 abgestellt und die Arbeitsunfähigkeit in analoger Übernahme der dort festgelegten Integritätsentschädigung auf 35% festgesetzt worden sei, schlicht als sach- und aktenwidrig. Dass der Gutachter bei der Festlegung des bisherigen Verlaufs der Arbeitsfähigkeit – unter dem ausdrücklichen Vorbehalt, dass eine retrospektive Festlegung des Zeitpunkts des Beginns der hier festgestellten Arbeitsfähigkeit nur schwierig möglich sei – sich u.a. auf die von der Psychiaterin Dr. med. T. \_\_ im Oktober 2002 festgestellte Integritätsentschädigung von 35% bezog, vermag seine überzeugenden Ausführungen nicht zu schmälern.

### **E. 7.4.1**

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, bei der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 1999 seien nicht die depressiven Episoden Grund für die Arbeitsunfähigkeit gewesen, sondern ein organisches Psychosyndrom. Der angebliche Wegfall der depressiven Episoden lasse folglich nicht auf eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes schliessen.

### **E. 7.4.2**

Grundlage für die ursprüngliche Rentenzusprache bildeten u.a. der Austrittsbericht der Psychiatrie C. \_\_ vom 1. Juni 1998 bzw. deren IV-Arztbericht vom 17. Juni 1998, die eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) festhielten. Insofern erweist sich die Behauptung, wonach ein organisches Psychosyndrom Grundlage für die Rentenzusprache gewesen sei, nachweislich als unzutreffend.

### **E. 7.5.1**

Sodann moniert der Beschwerdeführer, die neuropsychologischen Defizite seien fälschlicherweise bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

aufgeführt.

### **E. 7.5.2**

Für eine Rentenzusprache ist nicht die medizinische Diagnose entscheidend, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ein und dieselbe medizinische Diagnose kann

20■26 Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben oder auch nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_275/2011 vom 7. Juni 2011 E. 3.4). Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ist eine primär ärztliche Aufgabe, wobei anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1010/2014 vom 3. April E. 5.1). Die Gutachter hielten in der Konsensbeurteilung ausdrücklich fest, dass die testpsychologischen Zusatzuntersuchungen keine neuropsychologischen Defizite hätten objektivieren können. Das klinische Krankheitsbild entspreche am ehesten einer Neurasthenie, nämlich anhaltendes Klagen über gesteigerte Ermüdbarkeit und Erschöpfung, Klagen über Muskelschmerzen und Schwindelgefühle, Unfähigkeit sich zu entspannen, Reizbarkeit und leichtere depressive Symptome (IV-act. 157 S. 11 Ziff. 4.1). Sodann teilten die Gutachter alle Diagnosen in solche mit und solche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein (IV-act. 157 S. 12 f. Ziffn. 4.2.1 und 4.2.2 sowie vorstehende E. 6.1) und erläuterten die funktionellen Auswirkungen der Befunde sowie die Teilarbeitsfähigkeit (IV-act. 157 S. 13 f. Ziffn. 4.3-4.8 sowie vorstehende E. 6.1). Es ist nicht ersichtlich, inwiefern damit im Gutachten fälschlicherweise neuropsychologische Defizite bei den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden wären.

### **E. 7.6.1**

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass das psychiatrische Teilgutachten bloss ein vom Vorgutachter abweichendes Krankheitsverständnis festhalte. Die bloss abweichende Ausübung des medizinischen Ermessens sei aber nicht mit einer effektiven Veränderung des Gesundheitszustandes zu verwechseln.

### **E. 7.6.2**

Aus psychiatrischer Sicht basiert die Rentenzusprache auf einer arbeitsfähigkeitsrelevanten schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome nach Unfall (ICD-10: F32.2) sowie einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3). Aktuell wird hingegen bloss die diagnostizierte Neurasthenie als die Arbeitsfähigkeit beeinflussend festgehalten. Die rezidivierende depressive Störung ist gegenwärtig remittiert, was im Übrigen auch der Psychiater S. \_\_\_ in seinem Privatgutachten vom 23. Februar 2021 bestätigte, und deshalb ohne Einfluss. Bei der ebenfalls diagnostizierten akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional instabile, impulsive und unreife Züge; ICD-10 Z73.1) handelt es sich um eine Z-Kodierung. Dabei handelt es sich gemäss Rechtsprechung um «Probleme», die den Gesundheitszustand

21■26 beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, aber nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (u.a. Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit weiteren Hinweisen). Damit liegt offensichtlich eine Veränderung des Gesundheitszustandes vor.

### **E. 7.7.1**

Der Beschwerdeführer legt zur Untermauerung seines Standpunkts die Stellungnahme der Psychiaterin Dr. med. G. \_\_\_ (BF-Bel. 3; vorstehende E. 6.2) und das Privatgutachten des

Psychiaters Dr. med. S.\_\_\_\_ (BF-Bel. 1 zur Eingabe vom 8. März 2021; vorstehende E. 6.3) ins Recht.

#### **E. 7.7.2.1**

Er macht zunächst geltend, die behandelnde Psychiaterin bejahe aufgrund eines chronifizierten, therapieresistenten posttraumatischen organischen Psychosyndroms (ICD-10 F07.2) weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit. Sie habe dabei die Erkenntnisse aus den beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen berücksichtigt.

#### **E. 7.7.2.2**

Die Psychiaterin hält unter anderem den Verdacht auf ein organisches Psychosyndrom bei Status nach Schädel-Hirn-Trauma fest. Abgesehen davon, dass kein Schädel-Hirn-Trauma aktenkundig ist (sondern «bloss» ein HWS-Schleudertrauma), äussert die Psychiaterin bloss eine Verdachtsdiagnose, mithin ein beweismässig nicht gesichertes Leiden, das keine rechtsgenügeliche Grundlage bilden kann, um eine mögliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachzuweisen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_81/2019 vom 11. November 2019 E. 3.3.2). Auch lässt die Psychiaterin offen weshalb ihres Erachtens, anders als die D.\_\_\_\_ Gutachter und der Privatgutachter S.\_\_\_\_, keine remittierte rezidivierende depressive Störung vorliegt. Insgesamt gelangt die behandelnde Psychiaterin zu einer anderen Einschätzung als die Gutachter, benennt aber keine wichtigen Aspekte, die im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Die neu berücksichtigten «Erkenntnisse aus den beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen» sind entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine wichtigen (medizinischen) Erkenntnissen, die Zweifel am Gutachten der D.\_\_\_\_ AG begründen oder eine Neu- oder 22■26 Ergänzungsbegutachtung des Beschwerdeführers erforderlich machen würden. Vielmehr ist mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die anderslautende Einschätzung primär darauf beruht, dass sich die Psychiaterin wesentlich von den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers leiten liess. Auch vermag die Psychiaterin nicht nachvollziehbar darzulegen, weshalb sie, insbesondere angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer ab 2016 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung war, von einem chronifizierten therapieresistenten posttraumatischen organischen Psychosyndrom ausgeht. Es ist an dieser Stelle auch daran zu erinnern, dass Hausärzte und behandelnde Fachärzte erfahrungsgemäss aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1 m.w.H.).

#### **E. 7.7.3.1**

Im Weiteren argumentiert der Beschwerdeführer mit dem von Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten Privatgutachten vom 23. Februar 2021 (vgl. vorstehende E. 6.3). Dieser habe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung seit der Adoleszenz sowie weitgehend remittierte depressive Episoden diagnostiziert. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung fehle in der versicherungsmedizinischen Beurteilung, weil die Vorgeschichte vor dem Unfall nicht einbezogen worden sei. Die diesbezügliche Anamnese und Aktenlage sei unvollständig. Die Gutachter hätten zu stark auf die auf den Unfall fokussierenden Berichte der Suva abgestellt. Dazu komme, dass die jahrzehntelange Abwesenheit des Beschwerdeführers im Arbeitsprozess zu einer chronifizierten psychischen Störung und immer schlechter werdenden Prognosen geführt hätten. Eine Teilarbeitsfähigkeit sei aber nur noch mit grossem Aufwand und nach längerer

Vorbereitungszeit möglich.

#### **E. 7.7.3.2**

Anders als die Gutachter beschränkt sich der Privatgutachter darauf den Krankheitsverlauf zu beschreiben, wobei er seine Erkenntnisse grossmehrheitlich auf Vermutungen – namentlich betreffend die Kindheit – stützt. Er moniert, die Vorgeschichte vor dem Unfall sei nur ungenügend anamnestisch erhoben worden und die damaligen medizinischen Abklärungen zu sehr auf das Unfallgeschehen fokussiert gewesen. Damit verkennt er aber, dass im jetzigen Verfahren in tatsächlicher Hinsicht der aktuelle Gesundheitszustand und die konkret bestehenden Funktionseinschränkungen von Relevanz sind. Diesbezüglich geht der

23■26 Psychiater zwar von einer Teilarbeitsunfähigkeit aus, begründet dies im Wesentlichen aber mit der langjährigen Berentung, welcher aber als IV-fremder Faktor keine Bedeutung zukommt. Im Übrigen bejaht er die weitgehende Remission der Depression sowie eine Teilarbeitsfähigkeit (und damit den Revisionsgrund).

#### **E. 7.7.4**

Abschliessend ist zu bemerken, dass selbst die behandelnde Psychiaterin und der Privatgutachter unterschiedliche Diagnosen (einerseits ein chronifiziertes, therapieresistentes posttraumatisches organisches Psychosyndrom [Dr. med. G.\_\_\_\_], andererseits eine kombinierte Persönlichkeitsstörung seit der Adoleszenz sowie aktenanamnestisch Rückenschmerzen und weitgehend remittierte depressive Episoden [Dr. med. S.\_\_\_\_]) stellen. Noch augenscheinlicher wird die Diskrepanz hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit: Während die Psychiaterin G.\_\_\_\_ diskussionslos von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, stellt der Psychiater S.\_\_\_\_ die Möglichkeit einer Teilarbeitsfähigkeit zu 50% nach einigen Monaten in Aussicht. Die nach seiner Auffassung (noch) bestehende Teilarbeitsunfähigkeit begründet er indes im Wesentlichen mit einem IV-fremden Faktor (langjährige Berentung). Selbst wenn das Krankheitsbild des Beschwerdeführers diagnostisch näher oder anders bestimmt bzw. kategorisiert werden könnte, wäre nicht per se eine niedrigere Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Zwischen ärztlicher Diagnose und Arbeitsunfähigkeit besteht nämlich – sowohl bei somatisch als auch bei psychisch dominierten Leiden – grundsätzlich keine Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1). Vielmehr ergibt sich die Arbeitsunfähigkeit aus den vorhandenen – objektivierten oder plausibilisierten – Funktionseinschränkungen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1). Im Ergebnis vermögen auch die beiden (voneinander abweichenden) ins Recht gelegten Beurteilungen der Psychiater Dres. med. G.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ keinerlei Zweifel an der polydisziplinären Begutachtung durch die unabhängigen Gutachter zu bewirken.

#### **E. 8.1**

Im Zeitpunkt der Rentenzusprache 1999 lagen beim Beschwerdeführer in orthopädischer Hinsicht ein chronisches lumbo- und zervikospondylogenes Syndrom bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen und eine undifferenzierte seronegative Spondylarthropathie (vorstehende E. 5.1.1 f.) sowie in psychiatrischer Hinsicht eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome nach Unfall sowie eine emotional instabile

24■26 Persönlichkeitsstörung (vorstehende E. 5.1.5 und 5.2.3) vor. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde in körperlicher Hinsicht als eingeschränkt (leichte Tätigkeit nicht über 10 kg mit zusätzlichen Pausen von täglich 1.5 Stunden) und aus psychischen

Gründen als gänzlich aufgehoben erachtet. Neuropsychologische Aspekte bildeten indes – soweit ersichtlich – nicht Grundlage für die Rentenzusprache.

### **E. 8.2**

Demgegenüber war die depressive Störung im Revisionszeitpunkt remittiert, während sich in psychiatrischer Hinsicht ein Krankheitsbild entwickelt hat, das am ehesten einer Neurasthenie entspricht (vorstehende E. 6.1; IV-act. 157 S. 11), bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (emotional instabile, impulsive und unreife Züge [IV-act. 157 S. 54]). Die ursprünglich geäusserte Verdachtsdiagnose einer undifferenzierten HLA-B27-positiven Spondylarthropathie (Wirbelgelenkserkrankung) konnte zu keinem Zeitpunkt objektiviert werden (IV-act. 157 S. 11). Neu klagte der Beschwerdeführer über eine progrediente Beschwerdesymptomatik in der linken Schulter (IV-act. 157 S. 29), während sich die lumbospondylogene Beschwerdesymptomatik (lumbosacrale Formationsstörung mit kettenmässiger Degeneration der kranial angrenzenden Segmente) seit 2009 unverändert präsentierte (IV-act. 157 S. 11 und 31). Die in der Voruntersuchung vom November 1998 noch erhobenen mittelgradigen neuropsychologischen Defizite haben sich ebenfalls nicht mehr objektivieren lassen (IV-act. 157 S. 91 ff., insb. 95). Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde aus orthopädischer Sicht für leichte und mittelschwere Tätigkeiten als nicht eingeschränkt, aus psychiatrischer Sicht durch die Neurasthenie bloss noch teilweise (um 35%) eingeschränkt betrachtet.

### **E. 8.3**

Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle von einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes ausging. Damit ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG erstellt und die vollumfängliche Überprüfung des Rentenanspruchs begründet.

### **E. 9**

Damit erübrigt sich auch die beantragte Übernahme der Kosten für die fachmedizinische Stellungnahme von Dr. med. G. \_\_ vom 28.10.2020 (Antrags-Ziffer 4). Gemäss Art. 78 Abs. 3 IVV (SR 831.201) werden die Kosten von Abklärungsmassnahmen dann von der Versicherung

25■26 getragen, wenn die Massnahmen durch die IV-Stelle angeordnet wurden oder, falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zuspreehung von Leistungen unerlässlich waren. Weder hat die IV-Stelle die Einholung einer fachmedizinischen Stellungnahme bei Dr. med. G. \_\_ angeordnet, noch war sie ■ angesichts der veranlassten polydisziplinären Begutachtung – notwendig.

### **E. 10**

Das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von Fr. 66'364.– und Invalideneinkommen von Fr. 44'043.– sowie der errechnete IV-Grad von gerundet 36% blieben unbestritten und die Aktenlage gibt keine Veranlassung zur weiteren Prüfung. Die IV- Stelle hat die Invalidenrente infolge eines IV-Grades unter 40% zu Recht eingestellt (Art. 28 IVG e contrario in Verbindung mit den Art. 86ter ff. IVV).

### **E. 11**

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Aufhebung der Invalidenrente gerechtfertigt und die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Die dagegen erhobene

Beschwerde ist unbegründet und vollumfänglich abzuweisen.

#### **E. 12.1**

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden auf Fr. 800.– festgesetzt und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer auferlegt. Der Beschwerdeführer wird verpflichtet, den Betrag innert 30 Tagen seit Rechtskraft dieses Urteils mit beiliegendem Einzahlungsschein an die Gerichtskasse Nidwalden zu bezahlen.

#### **E. 12.2**

Dem unterliegenden Beschwerdeführer ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

26■26

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