

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00681 vom 21. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00681

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00681 du 21 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00681 del 21 marzo 2012

Erwägungen

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin eine volle Invalidenrente zuzusprechen, dies gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70 %.

E. 3

Das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten C.____ vom 5. Januar 2010 sei vollständig aus dem Recht zu weisen.

E. 4

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Originalteilgutachten des C.____ oder zumindest Kopien der Teilgutachten dem Gericht zu edieren.

E. 5

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Originalnotizen der Gutachter des C.____ oder zumindest eine Kopie davon dem Gericht zu edieren.

E. 5.3

5.3.1. Was die einzelnen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit in den verschiedenen Teilgutachten angeht, ist Folgendes festzuhalten:

In orthopädischer Hinsicht decken sich das Gutachten des C.____ und das Gutachten der D.____ insofern, als dem Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (Urk. 7/58 S. 20 Ziff. 4.2.5, Urk. 19/1 S. 29-30 und S. 51-54). Deshalb ist auf die vom Beschwerdeführer gegen die orthopädische Untersuchung durch das C.____ vorgebrachten Einwände (Urk. 1 S. 18 Ziff. 2.19) nicht näher einzugehen.

5.3.2. Die neurologischen Beurteilungen durch das C.____ und durch die D.____ weichen insofern voneinander ab, als das C.____ eine 20%ige (Urk. 7/58 S. 23 Ziff. 4.3.5), die D.____ hingegen eine 50%ige (Urk. 19/1 S. 22-23) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass im Unterschied zum Gutachten des C.____ dasjenige der D.____ auch ein otorhinolaryngologisches Teilgutachten enthält, in welchem allerdings dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 19/1 S. 43).

Im Rahmen der neurologischen Begutachtung durch das C.____ gab der Versicherte an, die Schwindelattacken würden etwa dreimal pro Woche auftreten und jeweils etwa 5 Minuten andauern, wobei es zu einer Beruhigung der Situation komme, wenn er sich hinlege (Urk. 7/58 S. 21 Ziff. 4.3.1). Aufgrund dieser Einschränkungen

sowie der bestehenden Kopf- und Nackenschmerzen erachtete das C.____ den Versicherten in einer leichten bis mittelschweren körperlich belastenden Tätigkeit als zu 20 % arbeitsunfähig, was nachvollziehbar ist.

Das Auftreten von Schwindelattacken drei Mal pro Woche rechtfertigt die von der D.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht. Im Übrigen sind auffällige Widersprüche und Inkonsistenzen in den Aussagen des Beschwerdeführers ersichtlich, welche Zweifel über den tatsächlichen Umfang der vorhandenen Beschwerden auftreten lassen. Gegenüber dem C.____ gab er zum Beispiel an, die Schwindelbeschwerden würden vor allem beim Befahren von Kurven mit dem Auto als Beifahrer auftreten (Urk. 7/58 S. 21 Ziff. 4.3.1), während er gegenüber der D.____ eine Reisekrankheit und das Bestehen von Schwindelsymptomen als Mitfahrer verneinte (Urk. 19/1 S. 40 Ziff. 7D.3). Während bei der Begutachtung durch das C.____ das Tragen der Frenzelbrille wegen starker Dunkelheit und Brechreiz unmöglich war (Urk. 7/58 S. 22), was vom Gutachter noch nie beobachtet worden sei (Urk. 7/58 S. 23 am Anfang), konnte der Versicherte im Rahmen der Begutachtung durch die D.____ die Brille problemlos tragen (Urk. 19/1 S. 21). Gegenüber dem C.____ erwähnte der Versicherte zudem, unter einem andauernden beidseitigen Tinnitus zu leiden (Urk. 7/58 S. 21 Ziff. 4.3.1 am Ende), welcher seine Konzentrationsfähigkeit einschränke, was bei der Ermittlung der 20%igen Arbeitsunfähigkeit seitens des C.____ berücksichtigt wurde (Urk. 7/58 S. 23 Ziff. 4.3.4 am Ende und Ziff. 4.3.5). Gegenüber der D.____ gab er diesbezüglich hingegen an, der seit Jahren intermittierend auftretende Rauschtinnitus links sei kaum störend (Urk. 19/1 S. 41).

Angesichts dieser Feststellungen erscheint die vom Beschwerdeführer gegenüber der neurologischen Begutachtung durch das C.____ geübte Kritik (Urk. 1 S. 20 Ziff. 2.20) als unzutreffend.

5.3.3 Die psychiatrischen Beurteilungen von C.____ und D.____ weichen insofern voneinander ab, als das C.____ keine (Urk. 7/58 S. 15 Ziff. 4.1.5), die D.____ hingegen eine 20%ige (Urk. 19/1 S. 38) Einschränkung in einer leichten Tätigkeit attestierte. Es besteht somit insofern Einigkeit, als die bei Zuspreehung der ganzen Invalidenrente vorhanden gewesene schwere Depression, welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründet hatte, nicht mehr vorhanden ist.

Der Versicherte steht nicht in psychiatrischer Therapie und nimmt keine Psychopharmaka ein (Urk. 7/58 S. 15 Ziff. 4.1.4). Angesichts der Tatsache, dass er in geordneten und harmonischen Familienverhältnissen und nicht sozial isoliert lebt, sondern regelmässige Kontakte zu seinen hiesigen Verwandten und den ehemaligen Arbeitskollegen hat sowie den Tag insofern aktiv gestaltet, als er regelmässig Fussballspiele und einen albanischen Verein besucht (Urk. 7/58 S. 4.1.5), erscheint die durch das C.____ vorgenommene Beurteilung als nachvollziehbar, wonach beim Versicherten keine Depression vorliegt und die vorhandene Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung (ICD-10 F54) zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (Urk. 7/58 S. 16 Ziff. 4.1.6-7).

In ihrer psychiatrischen Beurteilung betont die D.____, dass die Anpassungsstörung des Versicherten zum grossen Teil mit der kardialen Situation im Zusammenhang stehe. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit vor allem durch die Angstkomponente eingeschränkt, bei Anstrengung und den dabei auftretenden

Beschwerden kardial gefÃ¼hrt zu sein, wÃ¤hrend sich die beschwerdenverstÃ¤rkende Interaktion der psychischen StÃ¶rung mit der SchmerzstÃ¶rung nur geringfÃ¼gig auswirke (Urk. 19/1 S. 38). Angesichts der Tatsache, dass der Versicherte an einem kardialen Rehabilitationsprogramm teilgenommen hat und lediglich in einer nicht belastenden adaptierten TÃ¤tigkeit eingesetzt werden kann (Urk. 7/58 S. 26 Ziff. 4.4.5), entfÃ¼llt eine kardiale GefÃ¼hrdung und somit auch die damit zusammenhÃ¤ngende psychische EinschrÃ¤nkung. Die von der D.____ abgegebene Beurteilung vermag das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung durch das C.____ somit nicht in Frage zu stellen, zumal die Beurteilungen der beiden Begutachtungsinstitute, bezogen auf die leidensangepasste TÃ¤tigkeit, in welcher der BeschwerdefÃ¼hrer einzusetzen ist, lediglich leicht voneinander abweichen.

5.3.4.Ã Die kardiologischen Beurteilungen von C.____ und D.____ weichen insofern voneinander ab, als das C.____ bei einer kÃ¶rperlich nicht belastenden TÃ¤tigkeit keine (Urk. 7/58 S. 26 Ziff. 4.4.5), die D.____ hingegen eine 20%ige (Urk. 19/1 S. 48) EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit attestierte.

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Im Zusammenhang mit der von der D.____ vorgenommenen Beurteilung ist zu berÃ¼cksichtigen, dass nicht spezifiziert wurde, ob die angegebene 20%ige EinschrÃ¤nkung lediglich bei einer (mittel)schweren oder auch bei einer leichten TÃ¤tigkeit vorhanden sei (Urk. 19/1 S. 48). Zudem fÃ¼llt die aus kardiologischer Sicht vorhandene 20%ige EinschrÃ¤nkung angesichts der durch Schwindel und Schmerzen vorhandenen Beschwerden aus Sicht der D.____ kaum ins Gewicht (Urk. 19/1 S. 55).

Unter BerÃ¼cksichtigung der Tatsache, dass regelmÃ¤ssige kardiologische Verlaufskontrollen und eine Aufgabe des Nikotinabusus zu einer Verbesserung der kardiologischen Situation beitragen kÃ¶nnen (Urk. 7/58 S. 26 Ziff. 4.4.7), ist auch in kardiologischer Hinsicht der nachvollziehbaren Beurteilung des C.____ zu folgen, wonach der BeschwerdefÃ¼hrer bei einer kÃ¶rperlich nicht belastenden TÃ¤tigkeit aus kardiologischer Sicht nicht in seiner ArbeitsfÃ¤higkeit beeintrÃ¤chtigt ist.

5.3.5.Ã Das Gutachten des C.____ erweist sich somit als Ã¼berzeugend und wird durch das Gutachten der D.____ nicht in Frage gestellt. Es genÃ¼gt damit in jeder Hinsicht den fÃ¼r ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen, weshalb darauf abgestellt werden kann. Dementsprechend ist von einer 20%igen ArbeitsunfÃ¤higkeit des BeschwerdefÃ¼hrers in einer leidensangepassten TÃ¤tigkeit auszugehen.

6.Ã Der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2) samt GewÃ¼hrung eines 10%igen leidensbedingten Abzugs ist aufgrund der Aktenlage nicht zu beanstanden und wird vom BeschwerdefÃ¼hrer zu Recht nicht bestritten. Daraus resultiert ein InvaliditÃ¤tsgrad von weniger als 40 %, was keinen Rentenanspruch begrÃ¼ndet, so dass die Beschwerde abzuweisen ist.

7.Ã GemÃ¤ss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder die Verweigerung von InvaliditÃ¤tsleistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhÃ¤ngig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten fÃ¼r das vorliegende Verfahren sind aufgrund der KomplexitÃ¤t des Falles auf Fr. 1'000.-- festzulegen und dem BeschwerdefÃ¼hrer als unterliegender Partei aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

E. 6

Eventualiter sei durch das Gericht ein neues polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben.

E. 7

Es sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung wieder zuzusprechen.

E. 8

Dem Beschwerdeführer sei in der Person von Rechtsanwalt lic. iur. Massimo Aliotta ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen.

E. 9

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel vorzunehmen.

Am 13. September 2010 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9) und am 11. November 2010 liess der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung zurückziehen (Urk. 13).

Mit Verfügung vom 15. November 2010 (Urk. 14) wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet, wobei der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 15. Dezember 2010 auf die Einreichung einer Replik verzichtete (Urk. 16).

Â Â Â Â Â Â Â Â Mit Eingabe vom 23. März 2011 (Urk. 18) liess der Beschwerdeführer ein interdisziplinäres Gutachten der D.____ (D.____), datiert vom 27. Januar 2011, einreichen, bei welcher er orthopädisch, otorhinolaryngologisch, neurologisch, psychiatrisch und kardiologisch begutachtet worden war (Urk. 19/1). Zudem liess er die handschriftliche Krankengeschichte von Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, einreichen (Urk. 19/2). In seiner Eingabe beantragte er, die Beschwerdegegnerin sei bei Gutheissung der Beschwerde zu verpflichten, die Gutachterkosten in der Höhe von Fr. 20'330.-- (Urk. 19/3) als Parteikosten zu bezahlen (Urk. 18 S. 4 Ziff. 7).

Â Â Â Â Â Â Â Â Nachdem die IV-Stelle in ihrer Eingabe vom 4. Januar 2012 unter Hinweis auf die Stellungnahme von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Medizin und zertifizierter Gutachter SIM, vom regionalen ärztlichen Dienst (Urk. 23) zum Gutachten der D.____ Stellung genommen hatte und am Antrag auf Abweisung der Beschwerde festgehalten hatte (Urk. 22), beantragte der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2012, seine Ansprüche seien gestützt auf das Gutachten der D.____ zu beurteilen (Urk. 25 S. 3).

Â Â Â Â Â Â Â Â Auf die einzelnen Ausführungen der Parteien und die weiteren Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Â Â Â Â Â Â Â Â Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann 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).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.2 Â Â Â Â Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbezegers 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 Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen

Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verÄndert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverÄndert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die ArbeitsfÄhigkeit fÄr sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis fÄr die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des InvaliditÄtsgrades bildet die letzte rechtskrÄftige VerfÄgung, welche auf einer materiellen PrÄfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer SachverhaltsabklÄrung, BeweiswÄrdigung und InvaliditÄtsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. MÄrz 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.3ÄÄÄÄ GemÄss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung Äber die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der ErwerbsfÄhigkeit die anspruchsbeflussende Änderung fÄr die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berÄcksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich lÄngere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berÄcksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht Äblichen Beweisgrad der Äberwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).ÄÄ

1.4ÄÄÄÄ Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prÄfen, unabhÄngig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlÄssige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÄrdigen und die GrÄnde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄtze entscheidend, ob es fÄr die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄcksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄtig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄnde und ZusammenhÄnge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÄndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄglich, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2.ÄÄÄÄÄ Die IV-Stelle begrÄndete die mit VerfÄgung vom 10. Juni 2010 (Urk. 2) erfolgte Einstellung der bestehenden ganzen Invalidenrente damit, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten gemÄss Gutachten des C.____ (Urk. 7/58) insofern verbessert habe, als die ursprÄnglich fÄr die Berentung relevante Depression nicht mehr nachgewiesen werden kÄnne. Der relevante Gesundheitsschaden bestehe nur noch in einem chronischen zervikalen Schmerzsyndrom bei einer SchmerzverarbeitungsstÄrung

sowie einer koronaren Herzkrankheit, welche sich zwischenzeitlich wieder gebessert habe. Somit liege ein Revisionsgrund vor, aufgrund dessen die Rente - bei einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 29 % - aufgehoben werden könne.

Sowohl im Vorbescheidverfahren (Urk. 7/70) als auch im Rahmen der Beschwerde (Urk. 1) und der weiteren Eingaben vom 23. März 2011 (Urk. 18) sowie vom 30. Januar 2012 (Urk. 25) bringt der Beschwerdeführer vor, es könne aus verschiedenen Gründen - unter anderem wegen Verletzungen des rechtlichen Gehalts - nicht auf das Gutachten des C. abgestellt werden (Urk. 1 S. 9-22 Ziff. 2). Für die Beurteilung seines gesundheitlichen Zustandes sei vielmehr entsprechend dem Gutachten der D. (Urk. 19/1), in welchem auch die zwischenzeitlich eingetretene Gesundheitsverschlechterung berücksichtigt worden sei, von einer mindestens 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit (Urk. 18 S. 3 Ziff. 3-5).

Strittig und zu prüfen ist somit, inwiefern auf das Gutachten des C. abgestellt werden kann und ob infolge einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ein Revisionsgrund vorliegt, aufgrund dessen die Rente herabzusetzen oder aufzuheben ist.

3.

3.1 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet bei der Revision die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung oder Mitteilung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und allfälliger Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht.

Anlässlich der am 24. März 2003 durchgeführten Revision (Urk. 7/26 ff.), bei welcher die bestehende ganze Rente bestätigt wurde (Urk. 7/36), erfolgte eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs im obgenannten Sinne (Urk. 7/30 und Urk. 7/32-33), weshalb die am 2. September 2003 ergangene Verfügung (Urk. 7/36) als zeitlicher Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung zu dienen hat.

3.2

3.2.1 Der ursprünglichen Rentenzusprache mit Verfügung vom 7. August 2001 (Urk. 7/20) lagen im Wesentlichen der Arztbericht von Dr. E. vom 3. Januar 2001 (Urk. 7/10 S. 1-3) sowie die Unterlagen der A. (Urk. 7/3 und 7/10 S. 4 ff.) und der SUVA (Urk. 7/12 S. 1-139) zugrunde. Dr. E. diagnostizierte einen Status nach axialem Halswirbelsäulentrauma und Commotio cerebri. Der Versicherte sei wegen Kopfschmerzen und Konzentrationsstörungen psychisch eingeschränkt und zu jeder ordentlichen Tätigkeit unfähig. Auch eine berufliche Umstellung sei unmöglich (Urk. 7/10 S. 2-3). Im Austrittsbericht der A., in welcher sich der Versicherte vom 24. November 1999 bis zum 7. Januar 2000 (Urk. 7/12 S. 95-104), vom 9. August bis zum 6. September 2000 (Urk. 7/12 S. 41-50) und vom 1. bis zum 10. November 2000 (Urk. 7/12 S. 7-16) aufgehalten hatte, wurden am 24. November 2000 folgende Diagnosen gestellt (Urk. 7/12 S. 7-8):

1. Kopfschmerzen (differenzialdiagnostisch: Spannungskopfschmerz/im Anschluss an eine Commotio cerebri aufgetreten/im Rahmen des depressiv-somatisierenden Zustandsbildes);

2. Halswirbelsäulensyndrom im Sinne eines myotendinotischen Schmerzsyndroms des Nackens und Schultergürtels, linksbetont, mit mäßiggradiger Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule;

3. aktuell vorwiegend depressiv-somatisierendes Zustandsbild;

4. deutlich regredienter Schwindel (differenzialdiagnostisch: im Rahmen von Kopf-/Nackenschmerzen, im Rahmen von Augenmobilitätsstörungen, in Verbindung mit Diagnose 3), ohne zentrale oder periphere vestibuläre Funktionseinschränkung.

Aufgrund der gestellten Diagnosen wurde dem Beschwerdeführer seitens der A. ___ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/12 S. 11), welche auch anlässlich des psychosomatischen Konsiliums vom 8. Dezember 2000 mit dem Hinweis bestätigt wurde, es liege weiterhin eine erhebliche depressive Verstimmung vor, die eine Arbeitsfähigkeit nicht zulasse (Urk. 7/12 S. 3-4).

3.2.2 Bei der rentenbestätigenden Verfügung vom 2. September 2003 (Urk. 7/36) ging die IV-Stelle aufgrund des Arztberichts von Dr. E. ___ vom 12. August 2003 (Urk. 7/32) von einem stationären Gesundheitszustand aus. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. E. ___ ein zervikozephal- und -brachiales Schmerzsyndrom mit ausgesprochenen Myotendinosen und Kopfschmerzen vom Spannungstyp sowie ein chronifiziertes depressiv-somatisches Schmerzsyndrom (Urk. 7/32 S. 1 Ziff. 2). Während die antidepressive Therapie wegen fehlenden Effekts und deutlicher anticholinergischer Nebenwirkungen sistiert worden sei, erfolge weiterhin eine Therapie mit Opioiden (Tramal) sowie Nootripil. Es könne nicht mehr mit einer wesentlichen Verbesserung gerechnet werden (Urk. 7/32 S. 2 Ziff. 4).

3.2.3 Im von der IV-Stelle anlässlich des am 19. August 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 7/39 ff.) eingeholten Arztbericht vom 19. Dezember 2008 stellte Dr. E. ___ bei unveränderter Diagnose (Urk. 7/41 S. 2 Ziff. 2.1) einen stationären Gesundheitszustand fest (Urk. 7/41 S. 4 Ziff. 5.1). Eine Arbeitsfähigkeit sei auf längere Sicht nicht mehr zumutbar (Urk. 7/41 S. 2 Ziff. 1.2).

Im Rahmen der von der IV-Stelle angeordneten polydisziplinären Begutachtung wurde der Beschwerdeführer am 9., 10. und 24. November 2009 im C. ___ orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und kardiologisch untersucht und begutachtet.

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte das C. ___ folgende Diagnosen (Urk. 7/58 S. 27 Ziff. 5):

1. Chronisches zervikozephal- Schmerzsyndrom mit Begleitsymptomatik von Schwindelbeschwerden und beidseitigem Tinnitus (ICD-10 M53.0)

- Status nach Schädel-Hirntrauma 1997 (ICD-10 M53.0)

- Status nach Schädel-Hirntrauma und axialem Halswirbelsäulentrauma im Jahr 1999 (ICD-10 T90.8/T91.8)

2. Koronare 2-Ast-Erkrankung (ICD-10 I25.1)

- Status nach akutem Myocardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung im EKG (NSTEMI), mit subtotaler Koronarangiographie des Ramus circumflexus der linken Koronararterie (RCX-Stenose), Status nach Ballondilatation und Stentimplantation (PTCA/Stent [DES]) am

5. Juli 2009 (Z95.5)

- 50%ige proximale Stenose der rechten Koronararterie (ACD)

- normale systolische linksventrikuläre Pumpfunktion

- kardiovaskuläre Risikofaktoren:

- aktiver Nikotinabusus

- metabolisches Syndrom (vgl. Diagnose 1 ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)

- Adipositas mit Body Mass Index 34,3 kg/m² (ICD-10 E66.0)

- Diabetes mellitus (ICD-10 E11.9)

- arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), derzeit medikamentös ungenügend eingestellt

- hypertensive Herzkrankheit

- Dyslipidämie (ICD-10

2. Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung (ICD-10 F54).

Im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 7/58 S. 16-20) wurde festgehalten, dass sich die vom Versicherten anamnestisch angegebenen Beschwerden nicht objektivieren liessen. Für die im Vordergrund stehende Kopfschmerzsymptomatik wurde auf die Erläuterungen im neurologischen Teilgutachten verwiesen. Die Schmerzen an Hals und Schultergürtel hätten sich anlässlich der Untersuchung nicht provozieren lassen und in Anbetracht der Schilderungen des Versicherten über seine Aktivitäten im Alltag entstehe der Eindruck, dass von Seiten des Bewegungsapparates keine wesentlichen Einschränkungen für moderate Belastungen vorhanden seien. Aufgrund des erlittenen Traumas müsse auch ohne feststellbare strukturelle Veränderungen an der Halswirbelsäule davon ausgegangen werden, dass eine verminderte Belastbarkeit vorliege. Entsprechend seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Arbeiten oder solche mit repetitiven Nackenkopfbewegungen beider Arme nicht mehr zumutbar, so dass dafür bleibend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Für körperliche leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, wo eine Hebe- und Traglimite von 15 kg nicht überschritten werde und keine Nackenkopfbewegungen der Arme oder Zwangshaltungen von Kopf oder Nacken vorkommen, bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. In erster Linie sei an Kontroll- und Überwachungstätigkeiten zu denken, wobei auch manuelle Arbeiten auf Tischhöhe in Frage kämen, sofern die übrigen formulierten Einschränkungen berücksichtigt würden (Urk. 7/58, S. 19-20 Ziff. 4.2.4 am Ende und Ziff. 4.2.5).

In der neurologischen Untersuchung (Urk. 7/58 S. 21-24) gab der Versicherte an, unter chronischen Nacken- und Kopfschmerzen, Schwindel und einem Tinnitus zu leiden. Die Schmerzen seien jeden Tag vorhanden und es komme zu wenigen Fluktuationen. Bei raschen Drehbewegungen des Kopfes komme es zu Schwindel und bei starken Schwindelbeschwerden auch zu Erbrechen. Diese Schwindelbeschwerden - die etwa drei Mal pro Woche auftraten - würden jeweils etwa 5 Minuten andauern, wobei

er neben dem Drehschwindel ein starkes Schwitzen verspüre und es zu Erbrechen, Zittern am ganzen Körper, Kraftlosigkeit und starker Angst komme. In diesen Situationen könne er kaum noch gehen, aber es komme zu keinen Stürzen. Meistens lege er sich dann hin, worauf es zu einer Beruhigung der Situation komme. Diese Schwindelbeschwerden würden vor allem beim Befahren von Kurven mit dem Auto (als Beifahrer), bei Erschrecken, bei Licht und bei Menschenansammlungen auftreten. Im Liegen habe er nie Schwindelbeschwerden. Beim beidseitigen Tinnitus handle es sich einerseits um ein Rauschen wie bei einer Maschine, andererseits mache dieser Lärm. Im Zusammenhang mit der Begutachtung wird darüber berichtet, dass keine Untersuchung mit der Frenzel-Brille möglich gewesen sei, da der Versicherte sofort über starke Übelkeit und Brechreiz geklagt habe. Eine derartige Reaktion sei durch den Gutachter sonst noch nie beobachtet worden. Es sei insgesamt von keiner wesentlichen Einschränkung des Gleichgewichtssystems auszugehen. Differenzialdiagnostisch komme auch ein medikamentös induzierter Schwindel im Sinne einer Tramal-Nebenwirkung in Frage, weshalb ein länger dauernder Absetzversuch unbedingt in Erwägung zu ziehen sei. Aus somatischer Sicht sei der Versicherte für leicht bis mittelschwer körperlich belastende Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben von Kopfschmerzen, Nackenschmerzen und Tinnitus sei eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % nachvollziehbar. Obwohl im vestibulären System keine wesentlichen Störungen hätten objektiviert werden können, könne dem Versicherten eine Tätigkeit mit Höhenexposition nicht zugemutet werden.

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/58 S. 13-16) wurde zunächst festgehalten, dass die nach dem Unfall aufgetretene erhebliche depressive Verstimmung für die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten verantwortlich gemacht worden sei. Er habe aber nie eine psychiatrische Behandlung aufgenommen, stehe nicht in psychiatrischer Therapie und nehme keine Psychopharmaka ein, was mit der Angabe einer schweren Depression im Widerspruch stehe. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Der Versicherte nehme eine depressive Krankheitsrolle ein, ohne eigentlich depressiv zu sein. Er lebe in geordneten und harmonischen Familienverhältnissen. Seit der Berentung sei es zu einem weiteren Familienzuwachs gekommen. Er reise mehrmals pro Jahr zu seiner Familie in den Kosovo und lebe in der Schweiz nicht sozial isoliert, sondern er habe rege Kontakte zu seinen hiesigen Verwandten. Er gestalte den Tag aktiv und besuche regelmäßig Fussballspiele sowie einen albanischen Verein. Das vom Versicherten geschilderte Rückzugsverhalten könne aufgrund der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden. Das deutlich depressive Zustandsbild und die daraus abgeleitete 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche im Austrittsbericht der A. ___ vom 24. November 2000 (Urk. 7/12 S. 7 ff.) sowie im ambulanten Konsilium vom 8. Dezember 2000 (Urk. 7/12 S. 3-4) geschildert worden seien, könnten aufgrund der aktuellen Befunde nicht mehr bestätigt werden (Urk. 7/58, S. 15-16).

In kardiologischer Hinsicht (Urk. 7/58 S. 24-26) bestehe eine hypertensive Herzkrankheit und eine koronare 2-Ast-Erkrankung. Die seit 1990 bekannte arterielle Hypertonie werde medikamentös behandelt. Seit Januar 2009 sei die koronare Herzkrankheit symptomatisch und der Versicherte absolviere eine ambulante kardiologische Rehabilitation in Z. ____. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei der

Beschwerdeführer 1/4bergewichtig und hyperten. Kardiopolmunal sei er kompensiert und die Echokardiographie zeige eine normale systolische Funktion. Beim Belastungstest sei er vermindert leistungsfähig. Er erreiche maximal 170 Watt, entsprechend 78 % seiner Soll-Leistung. Nach Abschluss des Rehabilitationsprogramms werde der Versicherte 1/4r eine körperlich nicht belastende Tätigkeit wieder uneingeschränkt einsetzbar sein, wobei weitere regelmässige kardiologische Verlaufskontrollen und eine Optimierung des Risikofaktorenprofils mit Stopp des weiter aktiven Nikotinabusus angebracht seien (Urk. 7/58, S. 26).

Im Rahmen des multidisziplinären Konsensus (Urk. 7/58 S. 27-31) attestierten die Gutachter des C. dem Versicherten seit dem Unfall vom August 1999 bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe nach Beendigung des kardialen Rehabilitationsprogramms ab Januar 2010 hingegen eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit einer um 20 % reduzierten Leistung, entsprechend einer zumutbaren effektiv verwertbaren Arbeitsleistung von 80 % (Urk. 7/58, S. 31 Ziff. 6.9).

Die Berentung ab August 2000 sei vor allem aus psychischen Gründen erfolgt, indem damals von einer schweren Depression ausgegangen worden sei, die eine Arbeitstätigkeit nicht zulasse. Diese Diagnose lasse sich heute nicht mehr stellen, da auf psychischer Ebene keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr zu finden seien. Insofern habe sich das medizinische Zustandsbild des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2000 trotz des in der Zwischenzeit erlittenen kardialen Ereignisses objektiv deutlich verbessert (Urk. 7/58, S. 31 Ziff. 7.1).

3.2.4 Im Gutachten der D. (Urk. 19/1), welches der Versicherte am 23. März 2011 einreichen liess (Urk. 18), wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 19/1 S. 49):

Status nach Halswirbelsäulendistorsionstrauma 1997 und Schädel-Hirn-Trauma und axialem Halswirbelsäulentrauma 1999:

1. Multifaktorieller Schwindel nach Commotio cerebri mit wahrscheinlicher Commotio labyrinthi mit

- Ausbildung einer schweren zentralen vestibulären Störung

- Dekalibrierung des optokinetischen Nystagmus und Deshabituation bezüglich vestibulärer Zeitkonstante

- Entwicklung eines phobischen Schwankschwindels

- aktuell keine Hinweise auf relevante Vestibulopathie bei allerdings stark eingeschränkter Beurteilbarkeit

- visookulomotorischem Defizit denkbar

2. Posttraumatische Kopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen

3. Entwicklung einer chronischen Halswirbelsäulen-Schmerzsymptomatik mit persistierenden Symptomen

4. Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)

5. Psychovegetativer, gut kompensierter hochfrequenter Tinnitus bei Norma-kusis.

Koronare Herzkrankheit:

1. Status nach Myocardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung im EKG (NSTEMI) infolge subtotaler Koronarangiographie (RCX-Stenose) mit Stenting des Ramus circumflexus der linken Koronararterie (RCX-stenting) am 5. Juli 2009 (G.____)
2. erhaltene linksventrikuläre systolische Funktion / diastolische Dysfunktion
3. 50%ige Abgangsstenose des Ramus posterior lateralis aus dem Ramus circumflexus der linken Koronararterie (PLA/RCX)
4. 50%ige proximale Stenose der rechten Koronararterie (RCA)
5. Ballondilatation und stenting einer Stentenausgangs-Stenose des zuvor gestenteten Ramus circumflexus der linken Koronararterie (RCX) am 31. Mai 2010.

Internistische Diagnosen:

Arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, Adipositas, Status nach Nephrolithiasis 2008.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In orthopädischer Hinsicht (Urk. 19/1 S. 25-30) zeige sich aus einem Vergleich der aktuellen mit den 10 Jahre früher erhobenen Befunden gesamthaft ein absolut identisches Beschwerdebild. Es fänden sich keine Ursachen für die vom Versicherten angegebenen Beschwerden, weder in der Halswirbelsäule noch in der linken Schulter. Mangels Konsequenzen habe man auf weitere bildgebende Abklärungen bewusst verzichtet. Aus rein orthopädischer Sicht könnten die erhobenen Befunde nicht erklärt werden, insbesondere zeige die radiologische Untersuchung der Halswirbelsäule vom November 2010 keine Befunde, welche die aktuelle Schmerzsymptomatik erklären würden. Als weitere Diskrepanz lasse sich anführen, dass mit einer derart schmerzhaft eingeschränkten Halswirbelsäule Auto gefahren werden könne (Urk. 19/1 S. 29-30).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der otorhinolaryngologischen Begutachtung (Urk. 19/1 S. 40-43) gab der Versicherte an, sofort an Drehschwindelbeschwerden mit Schwindel bis zum Erbrechen zu leiden, wenn er beispielsweise in einem Café sitze und vorbeifahrende Autos beobachte, wobei eine deutliche Korrelation zwischen hoher Geschwindigkeit und Stärke der Nausea beziehungsweise des Schwindels bestehe. Die Drehschwindelbeschwerden mit starker Schwindel würden immer auftreten, wenn er zum Beispiel über eine Brücke spaziere oder von einem Balkon hinunterschaue, somit grundsätzlich immer dann, wenn er irgendwo in der Höhe stehe. Verneint wurden hingegen eine Reisekrankheit, Schwindelsymptome als Mitfahrer sowie eine Gangunsicherheit mit spezifischer Laterotraktion. Es beständen auch keine eigentlichen Schwindelanfälle und kein klar reproduzierbarer Schwindel bei Kopf- und Körperbewegungen, jedoch häufig beim Schuhe Binden. Zudem bestehe seit vielen Jahren ein kaum störender, intermittierend auftretender Rauschtinnitus links. Der Beschwerdeführer höre allerdings gut und habe andere Ohrsymptome verneint. Beim otoneurologisch unauffälligen Versicherten, der allerdings wegen massiver neurovegetativer Symptome im Sinne von Nausea sowie Vomitus, muskuloskeletaler Probleme und allenfalls auch Aggravation nur unbefriedigend und unter Praxisbedingungen abschliessend nicht konklusiv beurteilbar sei, liege ein visocculomotorischer Konflikt mit allenfalls zusätzlicher Aggravation vor (phobischer Schwankschwindel). Der praktisch ausschliesslich virtuelle Schwindel mit starker Bewegungsempfindlichkeit und Höhenwindel sei somit am ehesten im Rahmen einer postkontusionellen Migräne mit einer erheblichen zentralen Verarbeitungsstörung anzusehen (Urk. 19/1 S. 40-43).

Im neurologischen Teilgutachten (Urk. 19/1 S. 18-24) wurde festgehalten, dass die Schwindelbeschwerden des Beschwerdeführers, auch wenn sie nicht restlos objektiviert werden konnten, konklusiv als vestibuläre Störung zu beschreiben seien. Aus den eigenen Befunden und denjenigen des otorhinolaryngologischen Teilgutachtens gehe klar hervor, dass der Versicherte an einer schweren zentralvestibulären Störung leide. Zwar könne das nicht unter der Frenzelbrille mit einem Nystagmus gesehen werden, die Störung zeige sich jedoch in dem Sinne objektiv, als es bei banalen Reizungen mit einer optokinetischen Trommel beim Fingerfolgeversuch oder bei Bewegungen unter der Frenzelbrille zu massiven vegetativen Reaktionen mit Schwitzen, Atemfrequenz- und Pulserhöhung komme. Die Erklärung für diese Art von Schwindel liege darin, dass der vestibulookuläre Reflex (VOR) beim Versicherten völlig dekalibriert sei und es im Verlauf der langen Schonhaltung zu einer massiven Verlängerung der vestibulären Zeitkonstante gekommen sei. In solchen Situationen komme es auch bei nur mildem Mismatch zwischen vestibulärer und optischer Information zu Schwindel. Die Kopfschmerzen, insbesondere auch im Hinblick auf die weiteren Schmerzen im Wirbelsäulenbereich, würden eine Beeinträchtigung von 20 % bewirken. Bezüglich des Schwindels bestehe zudem eine Leistungseinschränkung von mindestens 30 %, insbesondere weil sich der Beschwerdeführer nur langsam bewegen könne und selbst bei bewegten Bildern oder vorbeiziehenden Gegenständen innehalten und warten müsse, bis der Schwindel abgeklungen sei. Es bestehe somit aus neurologischer Sicht insgesamt eine 50%ige Leistungseinschränkung (Urk. 19/1 S. 18-23). Auf eine neuro-psychologische Untersuchung sei verzichtet worden, da sehr viele Interferenzen, insbesondere mit der Kopfschmerzproblematik, zu erwarten gewesen seien und in diesem Bereich keine isolierbare Leistungsminderung hätte festgestellt werden können (Urk. 19/1 S. 50).

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung (Urk. 19/1 S. 31-39) sei eine sich über längere Strecken manifestierende massige Bedrücktheit des Versicherten aufgefallen, vor allem aber ein abrupter Angsteinbruch mit Schluchzen und Weinen bei der Frage nach dem Datum seines Herzinfarktes. Was die depressive Komponente betreffe, würden sich die Formenkreise von Angst und Depression überschneiden. Die Symptomatik aus dem mehr depressiven Bereich stehe beim Versicherten zwar im Hintergrund, sei aber spürbar. Zusammenfassend ergebe sich somit aktuell die Diagnose einer Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), wie sie bereits im Jahr 2000 in A. gestellt worden sei. Die Anpassungsstörung des Beschwerdeführers hänge zu einem grossen Teil mit seiner kardialen Situation zusammen, was sich darin ausdrücke, dass seine Ängste bevorzugt um dieses Thema kreisten. Die psychische Störung stehe aber auch im Zusammenhang mit der gesamten Lebenssituation des Beschwerdeführers, die sich nicht nur durch die kardiale Situation, sondern massgeblich auch durch den Unfall und seine Folgen verändert habe. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht vor allem durch die Angstkomponente, bei Anstrengung und den dabei auftretenden Beschwerden kardial gefährdet zu sein, eingeschränkt, geringfügiger auch durch die beschwerdenverstärkende Interaktion der psychischen Störung mit der Schmerzstörung. Zusammenfassend ergebe sich daraus aus psychiatrischer Sicht für schwere physische Arbeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 100 %, für leichte Arbeiten eine Einschränkung von 20 % (Urk. 19/1 S. 37-38).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In kardiologischer Hinsicht (Urk. 19/1 S. 44-48) weise der Versicherte eine erhaltene linksventrikuläre systolische Funktion ohne myokardiale Ischämie auf. Im Sinne der leichten exzentrischen Hypertrophie der linken Kammer und der mäßig eingeschränkten Belastbarkeit im Rahmen der Ergometrie sei er im hämodynamischen Funktionsstadium II einzuordnen. Ohne Hinweise auf komplexe ventrikuläre Arrhythmien sei somit unter dem kardialen Aspekt gesamthaft eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 % zu formulieren (Urk. 19/1 S. 47-48).

Im Rahmen der interdisziplinären integrativen Beurteilung (Urk. 19/1 S. 49-56) wurde bei Berücksichtigung der verschiedenen Beschwerdeanteile eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen. Die bestehende 20%ige Einschränkung aus kardiologischer Sicht (Urk. 19/1 S. 47-48) falle dabei allerdings kaum ins Gewicht, da der Versicherte ohnehin durch Schwindel und Schmerzen sehr stark limitiert sei (Urk. 19/1 S. 55).

4.

4.1 Ä Ä Ä

4.1.1 Ä Ä In der Beschwerde bringt der Versicherte zunächst vor, das rechtliche Gehör sei im Rahmen des Vorbescheidverfahrens verletzt worden, indem die Beschwerdegegnerin zu seinem dreizehnseitigen Einwand vom 4. Mai 2010 lediglich festgehalten habe, es seien darin keine neuen fachärztlichen Tatsachen ausgewiesen, welche noch zu berücksichtigen seien. Sie habe somit den Einwand lediglich Äpro formaÄ zur Kenntnis genommen, wodurch eine unheilbare Gehörsverletzung stattgefunden habe (Urk. 1 S. 9-10 Ziff. 2.2).

4.1.2 Ä Ä Nach Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 57a Abs. 1 IVG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist von Amtes wegen zu überprüfen (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV), wobei die unter der Herrschaft von Art. 4 aBV hiezu ergangene Rechtsprechung nach wie vor massgebend ist (BGE 126 V 130 E. 2a mit Hinweisen). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht, erhebliche Beweise beizubringen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (vgl. BGE 127 I 56 E. 2b, 127 III 578 E. 2c, 126 V 130 E. 2a, 124 V 181 E. 1a, je mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 42 N. 11 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein weiterer Aspekt des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist das Recht auf eine Begründung, welche die versicherte Person in die Lage versetzt, einen Entscheid sachgerecht anzufechten. Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und weshalb die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält oder ob sie es überhaupt in Betracht gezogen hat; sie darf sich nicht

auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Kieser, a.a.O., N. 38 zu Art. 49 ATSG, mit Hinweis auf BGE 124 V 182). Die Begründung muss so abgefasst sein, dass eine Anfechtung des Entscheids möglich ist (Kieser, a.a.O., N. 126 zu Art. 61 ATSG in Verbindung mit N. 33 zu Art. 52 ATSG). Inhalt und Dichte einer rechtsgemässigen Begründung lassen sich nicht allgemein bestimmen, sondern nur in Relation zur konkreten materiell-, beweis- und verfahrensrechtlichen Lage (SVR 2010 IV Nr. 51 S. 157 E. 3.1 f. [9C_363/2009]; vgl. auch BGE 134 I 83 E. 4.1).

4.1.3.1.1 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa). Vorbehalten sind rechtsprechungsgemäss diejenigen Fälle, in denen diese Verletzung nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (vgl. BGE 124 V 183 E. 4a mit Hinweisen; Kieser, a.a.O., N. 10 zu Art. 42 ATSG).

4.1.4.1 In seinem schriftlichen Einwand zum Vorbescheid vom 4. Mai 2010 liess der Beschwerdeführer diverse Einwände gegen das Gutachten des C.____ (Urk. 7/58) erheben, aufgrund welcher dieses aus dem Recht zu weisen und ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten sei (Urk. 7/70).

In der angefochtenen Verfügung fasste die Beschwerdegegnerin die im Einwand gestellten Anträge kurz zusammen und wies darauf hin, es seien keine neuen fachärztlichen Tatsachen ausgewiesen, welche noch nicht berücksichtigt worden seien. Deshalb ergebe sich aus medizinischer Sicht keine Änderung (Urk. 1 S. 2 am Ende).

Die IV-Stelle setzte sich in der angefochtenen Verfügung nicht konkret mit den Vorbringen des Beschwerdeführers gegen das Gutachten des C.____ auseinander, sondern beschränkte sich darauf, darauf hinzuweisen, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Sie brachte somit indirekt zum Ausdruck, die gegen das Gutachten des C.____ erhobenen Einwände seien nicht stichhaltig und das Gutachten sei somit weiterhin als massgebend und verbindlich zu betrachten. Die genauen Überlegungen, von denen sich die IV-Stelle leiten liess und auf welche sie ihre Verfügung stütze, sind allerdings nicht ersichtlich.

Unabhängig davon, ob im Verhalten der IV-Stelle eine Verletzung der Begründungspflicht und somit des rechtlichen Gehörs gesehen wird, ist von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, da nicht ein derart schwerwiegender Mangel besteht, dass eine Heilung im kantonalen Verfahren angesichts der vollen Kognition der Beschwerdeinstanz (Art. 61 lit. c und d ATSG) nicht angenommen werden kann (vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 51 S. 157 E. 3.3). Die im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwände wurden im vorliegenden Beschwerdeverfahren wiederholt und werden in der Folge einzeln behandelt.

4.2.1 Der Beschwerdeführer erblickt eine weitere Verletzung des rechtlichen Gehörs darin, dass in der Einladung zur Begutachtung durch das C.____ (Urk. 7/57)

lediglich die Ärzte Dr. H.____, Dr. I.____ sowie Dr. J.____ erwähnt worden seien, nicht hingegen der Kardiologe Dr. K.____, der erst nachträglich im Rahmen des Begutachtungsverfahrens beigezogen worden sei. Mithin sei sein rechtliches Gehör massiv und unheilbar verletzt worden, indem ihm keine Möglichkeit eingeräumt worden sei, triftige Ablehnungsgründe geltend zu machen (Urk. 1 S. 10-11 Ziff. 2.3 Abs. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine vorgängige Bekanntgabe der begutachtenden Person ist insbesondere im Hinblick auf die Geltendmachung von gesetzlichen Ausstands- und Ablehnungsgründen im Sinne von Art. 36 Abs. 1 ATSG von Bedeutung, welche im Übrigen so früh wie möglich vorzubringen sind. Ein entsprechender Mangel muss sofort nach Entdecken gerügt werden. Das Untätigbleiben und die Einlassung auf das Verfahren gilt als Verzicht und führt grundsätzlich zum Verwirken des Anspruchs. Vorbehalten bleiben schwere Mängel, welche die Nichtigkeit des Verwaltungsaktes bewirken oder Anlass zur Kassation von Amtes wegen geben (Urteil des Bundesgerichts U 145/06 vom 31. August 2007 E. 6.2 mit Hinweisen).

Da der Beschwerdeführer weder unmittelbar nach der erfolgten Begutachtung, noch im Rahmen des Vorbescheid- beziehungsweise des Beschwerdeverfahrens konkrete Ausstands- oder Ablehnungsgründe gegen den Kardiologen Dr. K.____ geltend machte, ist ihm gemäss höchststrichterlicher Rechtsprechung aus der fehlenden Mitteilung kein Nachteil entstanden (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 4.2). Auch ist eine Verletzung der in Art. 44 ATSG gewährten Mitwirkungsrechte angesichts der vollen Kognition der Beschwerdeinstanz heilbar (Urteil des Bundesgerichts U 145/06 vom 31. August 2007 E. 4 und 5; BGE 133 I 201 E. 2.2; 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa). Der formelle Mangel im Zusammenhang mit der Begutachtung durch Dr. K.____ lässt das Gutachten des C.____ somit nicht unverwertbar erscheinen.

4.3 Ä Ä Ä Ä Den weiteren Einwand des Beschwerdeführers betreffend mangelhafte Rechtstaatlichkeit und Unabhängigkeit der MEDAS-Begutachtungen (Urk. 1 S. 11-12 Ziff. 2.3 Abs. 2 und Ziff. 2.4) hat das Bundesgericht mit BGE 137 V 210 entkräftet, so dass nicht weiter darauf einzugehen ist.

4.4 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer beantragte sowohl im Vorbescheid- als auch im Beschwerdeverfahren die Edition der Originalteilgutachten und der Originalhandnotizen der involvierten Gutachter (Urk. 7/70 S. 2 Ziff. 3-4 und S. 4 Ziff. 4-5; Urk. 1 S. 2 Ziff. 4-5 und S. 12 Ziff. 2.5-6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Bundesgericht hielt im Urteil 9C_591/2010 vom 20. Dezember 2010, E. 5.1.3, unter Hinweis auf seine frühere Rechtsprechung fest, dass Notizen, welche von einem Gutachter anlässlich der durchgeführten Exploration gemacht werden, die Funktion einer Gedankenstütze oder eines Hilfsmittels für die Erstellung des Gutachtens haben. Da solche Notizen ihren Zweck mit der Ausarbeitung des Gutachtens erfüllen würden, gehe ihnen der Beweischarakter ab und ein Anspruch auf Einsicht in dieselben sei zu verneinen.

Was die Teilgutachten betrifft, ist festzuhalten, dass diese integrierte Bestandteile des C.____-Gutachtens sind, weshalb sich auch die Notwendigkeit einer Edition derselben ergibt. Die erwähnten vier Teilgutachten wurden in das Gutachten des C.____ übernommen. Dass bei der Wiedergabe Fehler unterlaufen wären, macht der Beschwerdeführer nicht geltend und es ist auch unwahrscheinlich, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass diesfalls die das Gesamtgutachten unterzeichnenden vier

Teilgutachter unterschriftlich ihr Einverständnis mit der Expertise erklärt hätten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_87/2011 vom 1. September 2011 E. 4.4).

5.

5.1 Die Begutachtung im C.____ beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen internistischer, orthopädischer, neurologischer, psychiatrischer und kardiologischer Art, die in einer internen Konsensbesprechung ausgewertet wurden (Urk. 7/58 S. 27 ff.). Damit darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden bercksichtigt und für die streitigen Belange - auch angesichts des Umfangs von 32 Seiten - umfassend ist. Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden eingehend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begrndet.

5.2

5.2.1 Aus Sicht des Beschwerdeführers leidet das Gutachten des C.____ auch in materieller Hinsicht an klaren und evidenten Mängeln, weshalb für die Beurteilung seiner Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht darauf abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 12 Ziff. 2.7).

5.2.2 Der Versicherte bemängelt zunächst, es sei nicht ersichtlich, welcher Arzt im Gutachten des C.____ die Einleitung verfasst und die Aktenzusammenstellung vorgenommen habe (Urk. 7/58 S. 3-10 Ziff. 1-2). Bei letzterer seien zudem nur wenige Dokumente herausgepickt und detailliert dargestellt worden. Ausserdem habe der das Gutachten mitunterzeichnende Dr. L.____, Facharzt für Innere Medizin, keine formelle Funktion innegehabt und hätte somit an der Begutachtung nicht mitwirken dürfen, da er nicht in der Liste der begutachtenden Ärzte (Urk. 7/57) aufgeführt worden sei (Urk. 1 S. 13 Ziff. 2.8-9; Urk. 1 S. 16-17 Ziff. 2.20). Problematisch sei auch, dass aus dem Gutachten die genauen Modalitäten der multidisziplinären Konsensberedung nicht ersichtlich seien (Urk. 1 S. 22 Ziff. 2.23).

 Das Gutachten wurde von den mitwirkenden Ärzten unterzeichnet, welche damit ihre Verantwortlichkeit für die Begutachtung und die daraus gewonnenen Ergebnisse bezeugten. Miterfasst sind auch die Einleitung des Gutachtens und die Liste der berücksichtigten Vorakten, weshalb nicht besonders spezifiziert werden muss, wer diese Teile verfasst hat. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer nicht konkret rügt, wie weit in der Einleitung beziehungsweise im Rahmen der Selektion und Auflistung der Vorakten Fehler begangen worden seien, welche einen Einfluss auf die Ergebnisse der Begutachtung haben könnten.



 Was die Mitwirkung von Dr. L.____ betrifft, ist zu bercksichtigen, dass im Rahmen der Gesamtbeurteilung insbesondere die vier Teilgutachten gewürdigt wurden, weshalb die von Dr. L.____ vorgenommene Evaluation der internistischen Situation (Urk. 7/58 S. 13 Ziff. 3.4) keinen massgeblichen Einfluss auf das Ergebnis der Begutachtung hat. Dies wird durch den Umstand bestätigt, dass auch im Gutachten der D.____ die Beurteilung der internistischen Situation keinen besonderen Eingang gefunden hat (Urk. 19/1 S. 1). Selbst wenn nun eine Verletzung von Verfahrensvorschriften bejaht würde, wäre diese geheilt, zumal der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt - auch nicht nach Zustellung des Gutachtens des C.____ - gesetzliche Ausstands- oder

Ablehnungsgründe gegenüber Dr. L. ___ geltend gemacht hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_254/2010 vom 15. September 2010 E. 4.1.2 und 8C_741/2009 vom 11. Mai 2010 E. 3.3 mit Hinweisen).

Was die multidisziplinäre Beurteilung angeht, ist nicht erforderlich, dass die genauen Modalitäten derselben aus dem Gutachten ersichtlich sind. Hinzu kommt der Umstand, dass der Beschwerdeführer auch diesbezüglich nicht aufhört, inwiefern sich die fehlenden Detailangaben zu den Modalitäten des multidisziplinären Konsensus für ihn nachteilig ausgewirkt haben.

5.2.3 Die weitere Rüge des Beschwerdeführers, es seien im Rahmen der Begutachtung durch das C. ___ keine Fremdanamnesen erhoben sowie keine relevanten Zusatzuntersuchungen (Röntgenuntersuchungen, neuropsychologische Untersuchung) vorgenommen worden (Urk. 1 S. 14 Ziff. 2.10-12, S. 16 Ziff. 2.16), erweist sich angesichts der Tatsache, dass auch im Rahmen der Begutachtung durch die D. ___ auf Fremdanamnesen und zusätzliche Untersuchungen bewusst verzichtet wurde (Urk. 19/1 S. 18, S. 29, S. 35-36, S. 41, S. 45 und S. 50), als unbeachtlich.

Das Gleiche gilt in Bezug auf den Einwand, die von den Ärzten des Z. ___ diagnostizierte Niereninsuffizienz und Nephrolithiasis seien im Gutachten des C. ___ verschwunden (Urk. 1 S. 21-22 Ziff. 2.22), denn es wurde auch im Gutachten der D. ___ keine durch die Nierenbeschwerden und den Status nach Nephrolithiasis bedingte Arbeitsunfähigkeit des Versicherten festgestellt (Urk. 19/1 S. 49-56).

5.2.4 Die Kritik des Beschwerdeführers an der Dauer der einzelnen Untersuchungen (Urk. 1 S. 14-15 Ziff. 2.13) - insbesondere der psychiatrischen - vermag das Gutachten des C. ___ sowie dessen Schlussfolgerungen ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen. Denn es kommt gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Für eine psychiatrische Untersuchung muss der zu betreibende zeitliche Aufwand zudem der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Urteile des Bundesgerichts 9C_676/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3 und 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3). Vorliegend berücksichtigte Dr. H. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, anlässlich seiner psychiatrischen Beurteilung die Aktenlage sowie die vom Versicherten beschriebenen aktuellen Beschwerden und führte im Rahmen der vorgenommenen psychiatrischen Untersuchung eine persönliche Anamnese durch (Urk. 7/58 S. 13-14), aufgrund welcher er seine Einschätzung formulierte und begründete, was als ausreichend anzusehen ist.

Auch der Einwand, es sei kein Dolmetscher beigezogen worden, erweist sich angesichts der Tatsache, dass der Versicherte Deutsch spricht, und dass auch im Rahmen der Begutachtung durch die D. ___ kein Dolmetscher beigezogen wurde, als unbeachtlich.

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