

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00764 vom 16. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00764

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00764 du 16 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00764 del 16 giugno 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, ist von Beruf Verkäufer und war zuletzt bei der Y.____

angestellt. Am 24. Februar 2002 erlitt er beim Fussballspielen eine Distorsion des linken Knies und zog sich dabei eine vordere Kreuzbandruptur zu, welche am 26. April 2002 chirurgisch versorgt wurde. Der Heilungsverlauf entwickelte sich in der Folge ungünstig. Unter Hinweis darauf, dass er auch nach der Operation unter starken Schmerzen leide, meldete sich X.____ am 16. April 2003 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 12/2). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und zog

die Akten der Unfallversicherung (SUVA) bei. Nachdem die SUVA

X.____

gestützt auf ihre Abklärungen in somatischer wie psychiatrischer Hinsicht

mit Verfügung vom 6. September 2005 mit Wirkung ab 1. September 2005

eine Invalidenrente nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % zugesprochen hatte (nebst einer Integritätsentschädigung

von 30 %

für die organischen Beschwerden; Urk. 12/22), sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 6. Dezember 2005 mit Wirkung ab 1. Februar 2003 ebenfalls eine ganze Invalidenrente

nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % zu (Urk. 12/26; zuzüglich Zusatzrente für die Ehegattin sowie Kinderrenten).

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

aufgeführte und im Zeitpunkt der Rentenzusprache bereits massgebend gewesene Rechtsprechung zu somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) der Verwaltung darin zu folgen, dass die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig war. Denn nicht nur fehlen in den Ausführungen von Dr. Z.____, welcher sich im Auftrag der SUVA hauptsächlich zu Fragen im Zusammenhang mit dem allfälligen Fallabschluss und der Integritätsentschädigung zu äussern hatte (vgl. Urk. 12/20 S. 3), Angaben zur Arbeits(un)fähigkeit gänzlich und hatte er neben der somatoformen Schmerzstörung die übrigen psychiatrischen Befunde (insbesondere die „manifeste depressive Verstimmung“)

nicht lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt (vgl. BGE 130 V 396

).

Insbesondere

erfolgte die Rentenzusprache

auch aufgrund falscher Rechtsregeln, hatte die Verwaltung doch – in

Anlehnung an den von der SUVA ermittelten Erwerbsunfähigkeitsgrad – verfügt, ohne sich mit den Rechtsgrundsätzen gemäss BGE 130 V 352 auseinanderzusetzen; nach Lage der Akten hätte die Berücksichtigung dieser Grundsätze

jedoch mangels hinreichenden Vorliegens und Intensität der erforderlichen

Kriterien zur Feststellung der Überwindbarkeit der Schmerzproblematik geführt. Denn es fehlte mit den von Dr. Z.____ beschriebenen „manifesten depressiven Verstimmungen von mittlerer Intensität“ das Kriterium des Vorliegens einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, stellen doch nach der Rechtsprechung (selbst lege artis diagnostizierte) leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depressionen im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichten, trotz der Schmerzstörung eine angepasste Tätigkeit auszuüben (vgl. etwa Urteil 9C_803/2008 vom 2

9. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171, 8C_958/2010 E. 6.2.2.2) ; leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten nach der Rechtsprechung grundsätzlich als therapeutisch angebar .

Auch waren

nach damaliger Lage der Akten die weiteren Faktoren

nur teilweise erfüllt : So stellt er zwar der seit der Jugend bestehende Diabetes mellitus eine chronische körperliche Begleiterkrankung dar, dieser erreicht aber die im vorliegenden Zusammenhang erforderliche Intensität nicht .

Denn in den damaligen medizinischen Akten wurde lediglich die Diagnose gestellt, doch sind ihnen keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass der Diabetes zu gesundheitlichen oder erwerblichen Beeinträchtigungen geführt hätte. Das CRPS war abgeklungen (E. 3.1.3). Weiter war ein sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens nicht

ausgewiesen ,

ein solcher wurde namentlich anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. Z. ___ nicht geltend gemacht . Sodann bestand zwar ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung . Hin gegen war ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“)

nicht ohne weiteres ersichtlich und

konnte nach damaliger Lage der Akten

das Kriterium des

unbefriedigenden Behandlungsergebnisses

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person damals nicht als gegeben erachtet werden . Aus den Akten ergaben sich keine Hinweise darauf, dass sämtliche therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden wären.

Vielmehr

ging aus diesen hervor , dass der Versicherte zwar anfänglich noch adäquate medizinische Behandlungen in Anspruch nahm (so namentlich auch zwei stationäre Aufenthalte absolvierte) , er aber

mit der Zeit trotz weiterhin bestehender Beschwerden die medizinischen Behandlungen

(neben der Einnahme von Schmerzmitteln)

auf monatliche Kontrollen beim Hausarzt

beschränkte

und weitere n

Behandlungen, so auch eine psychotherapeutische Behandlung, ablehnend gegenüberstand (vgl. insbesondere

Angaben anlässlich des Untersuchs vom 3. März 2005 gegenüber Dr. Z.____

[Urk. 12/20 S. 4], vgl. schon erste Beurteilung von Dr. Z.____ vom 6. April 2004 [Urk. 12/13 S. 24 f.]). 4.4

Erfolgte nach dem Gesagten die Rentenzusprache aufgrund falscher Rechtsregeln und hätte die Prüfung der Rechtsprechungsgemäss massgeblichen Kriterien

zur Annahme der Überwindbarkeit

der Schmerzproblematik geführt,

ist – auch unter Berücksichtigung, dass in somatischer Hinsicht Einschränkungen bestanden, welche jedoch nach damaliger Lage der Akten (Angabe von Dr. D.____) in angepasster Tätigkeit eine ganztägige Arbeitstätigkeit erlaubten – die Zusprache einer Rente als zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG zu qualifizieren.

Ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer beim anwendbaren Stellenprofil (vorwiegend sitzende Tätigkeit, E. 3.1.5) ohne Berücksichtigung der psychischen Problematik jedenfalls keinen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % erreicht hätte. Dem hypothetisch erzielbaren Lohn als Gesunder bei der bisherigen Arbeitgeberin von Fr. 54'600.-- im Jahr 2003 (Urk. 12/7 Ziff 16) steht ein mit Gesundheitseinschränkung möglicher Lohn (ausgehend von den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik für einfache und repetitive Arbeiten sowie einem Abzug vom Tabellenlohn von 15 %) von Fr. 49'135.-- (Fr. 4'557.-- [Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2003 Tabelle TA1] : 40 x 41.7 [wöchentliche Arbeitszeit; Arbeitsmarktindikatoren 2009 Tabelle T1] x 1.014 [Nominallohnentwicklung 2003, Lohnentwicklung 2004 Tabelle T1.93] x 12 [Monate] x 0.85 [Tabellenlohnabzug]) gegenüber, was einer Einschränkung bzw. einem Invaliditätsgrad von 10 % entspricht. 5.5.1

Die Rentenaufhebung aufgrund der ausgewiesenen offensichtlichen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache ist aber gleichwohl unkorrekt. Denn den Parteien kann nicht beigeplichtet werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache im Jahr 2005 nicht verändert hat. So klagte der Beschwerdeführer erstmals anlässlich der orthopädischen Untersuchung durch das A.____ im Jahr 2008 (vgl. Urk. 12/40 S. 28) wie auch anlässlich des Untersuchs durch Dr. H.____ im Jahr 2010 (Urk. 12/55 S. 5) über eine Schmerzhaftigkeit beider Schultern. In der Folge wurde im Bericht der Klinik F.____ ein Verdacht auf eine frozen

shoulder seit November 2011 diagnostiziert und weitere Abklärungen vorgenommen.

Damit liegt ein neuer medizinischer Sachverhalt und mithin eine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, weshalb für eine Neuurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers die Berufung auf einen Wiedererwägungstitel unnötig ist, kommen doch die Bestimmungen über die Rentenrevision zum Zuge. In diesem Rahmen können sämtliche Sachverhaltselemente frei geprüft werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_427/2012 vom 5. Dezember 2012 E. 3.4). 5.2

Die tatsächliche Restarbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung lässt sich aufgrund der vorhandenen Akten nicht abschliessend beurteilen. So findet sich insbesondere keine ärztliche Beurteilung der Auswirkungen der konstatierten

Schulterproblematik auf die Arbeitsfähigkeit. Denkbar ist diesbezüglich, dass das bisherige Stellenprofil (vorwiegend sitzend auszuübende Tätigkeit) dadurch weiter eingeschränkt wird.

Es finden sich in den Akten - neben der ausgewiesenen neuen Schulterproblematik - sodann weitere Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes. So gingen die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 31. Oktober 2008 vom erneuten Vorliegen einer CRPS-Symptomatik mit persistierender Minderung der Oberschenkelmuskulatur aus (E. 3.2.1). Dies, nachdem die postoperativ eingetretene Symptomatik abgeklungen war (E. 3.1.5). Aus welchen Gründen der Beschwerdeführer deswegen auch in einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsunfähig sein sollte, wurde allerdings nicht nachvollziehbar dargelegt. Angesichts des Alters dieser Einschätzung und der seither erfolgten neuen Beurteilungen (Besserung der Situation unter anderem in muskulärer Hinsicht, E. 3.2.3) ist dies indes ohne praktische Relevanz. 5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat, weshalb seine Rente zu revidieren ist. Welche konkreten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit vorliegen und welche erwerblichen Auswirkungen diese haben, wurde nicht abgeklärt.

Die Sache ist daher an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie weitere Abklärungen im Sinne einer polydisziplinären Begutachtung veranlasse und anschliessend über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 15. Juni 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Anspruch auf eine Invalidenrente neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.
4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas, unter Beilage einer Kopie von Urk. 18 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 18 - Y.____ Pensionskasse - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Bachmann

E. 1.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des

Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Ein spracheentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung 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 Hin weisen).
1. 6

Die IV-Stelle kann nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 IVG auf formell rechtskräftige Verfügungen zurückkommen, wenn diese zwei fellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisio nserfordernisse des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichti gen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Tatsachenfeststellung im Sinne der Sachverhaltswürdigung (Ulrich Meyer, Die Abänderung formell rechtskräftiger Verfügungen in der Sozialversicherung , in: Ausge wählte Schriften, 2013, S. 133 f.). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvorausset zungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Er scheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher An spruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (vgl. dazu in BGE 140 V 15 nicht publ . Erwägung 4.1 des Urteils des Bunde s gerichts 9C_125/2013 vom 1 2. Februar 2014 ,

unter Hinweis auf SVR 2011 EL Nr. 5 S. 14, 9C_339/2010

E. 3; 2010 IV Nr. 5 S. 10, 8C_1012/2008 E. 2.2; Plädoyer 2011 1 S. 65, 9C_760/2010 E. 2).
2.

E. 2

Im Oktober 20 0

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung vom 1 5. Juni 2012 im Wesentlichen damit, dass bei der Rentenzusprache im Jahr 2005 die „volle“ Rente aufgrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und aufgrund der im Rahmen dieser Schmerzerkrankung diagnostizierten deutlichen depressi ven Verstimmung mittlerer Intensität zugesprochen worden sei. Bei Berücksich tigung der damals bekannten Rechtsprechung wäre der Entscheid aufgrund der Aktenlage anders ausgefallen und hätte aus den genannten Diagnosen kein in validisierender Schaden und somit k eine Rentenzusprache resultiert . Da es sich seit der letzten Verfügung bis heute um einen im Wesentlichen unverändert ge bliebenen Sachverhalt bzw .

einen gleichen Gesundheitszustand handle, bestehe auch heute kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk.

2).

E. 2.2

Dagegen lässt der Versicherte zur Hauptsache vorbringen, dass die Voraussetzungen für die Wiedererwägung nicht vorliegen würden.

Namentlich sei für die Rentenzusprache

nicht die Problematik der somatoformen

Schmerzstörung massgebend gewesen, sondern habe er vielmehr an den Knieproblemen, dem Diabetes und den daraus resultierenden depressiven Störungen gelitten. Der Versicherte leide alsdann nunmehr auch an Schulterbeschwerden, auch hätten die Symptome der diabetisch bedingten Polyneuropathie zugenommen. Er habe sich zudem nun auch in psychiatrische Behandlung begeben müssen

(Urk.

1). 3. 3.1

Die rentenzusprechende Verfügung der IV-Stelle vom 6. Dezember 2005

beruhte im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Grundlagen: 3.1.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin und Hausarzt des Versicherten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Oktober 2003 zuhanden der IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine durchgemachte Algodystrophie Knie links mit/ bei Status nach traumatischer vorderer Kreuzbandruptur, Status nach arthroskopisch assistierter vorderer Kreuzbandplastik sowie fleckiger Osteopenie im Bereich der Patella sowie einen Diabetes mellitus Typ I. Er führte im Wesentlichen aus, es hätten zwei stationäre Behandlungen stattgefunden, im Rahmen derer keine Besserung erzielt worden sei. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bzw. eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, seiner Ansicht nach wäre eine Umschulung auf eine 50%ige Tätigkeit sowie eine Rente von 50% angebracht (Urk. 12/9). 3.1.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte den Versicherten im Auftrag der SUVA

untersucht. In seiner fachärztlichen Beurteilung vom 6. April 2004 diagnostizierte er aufgrund von ihm vorgefundener psychopathologischer und anamnestischer Befunde eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45). Er führte weiter aus, die Schmerzstörungen träten häufig mit anderen psychischen Störungen auf; chronische Schmerzen stünden häufig in Verbindung mit Depressionen, akute Schmerzen oft in Verbindung mit Angststörungen. Diese seien im vorliegenden Falle in ihrer psychopathologischen Ausprägung so deutlich, dass sie

das Krankheitsbild wesentlich prägten. Eine deutliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes habe sich zudem aufgrund des chronifizierten Verlaufs des gesamten Leidens ergeben. Es sei eine nochmalige Konsultation geplant (Urk. 12/13 S. 15 ff.).

3.1.3

Kreisarzt Dr. med .

D.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt am 3.

Juni 2004 in seiner Zusammenfassung und Beurteilung im Wesentlichen fest, der Versicherte, der an einem insulinabhängigen Diabetes mellitus leide, habe am 24. Februar 2002 eine Distorsion des linken Knies erlitten mit Riss des vorderen Kreuzbandes .

Am 26. April 2002 sei eine vordere Kreuzbandplastik mit einem Streifen aus dem Ligamentum patellae durchgeführt worden . Die Rehabilitation sei schleppend verlaufen, ein Arbeitsversuch im Juli 2002 misslungen, auch stationäre Behandlungen (4. September bis 9. Oktober 2002 in der E.____ , 16. Januar bis 1. Februar 2003 in der Rheumatologie des F.____) hätten keine Besserung gebracht. Im Oktober 2002 sei in der Rheumatiklinik des G.____ die Diagnose eines Chronic Regional Pain Syndrome (CRPS) bestätigt worden, welches nach seiner (Dr. D.____) Auffassung in der 2. Hälfte des Jahres 2003 als überwunden zu gelten habe. Laut Bericht der Rheumatologie der Klinik

F.____ vom 3. September 2003 sei zudem eine beginnende diabetische Neuropathie festgestellt worden.

Auffällig sei das Verhalten des Patienten gewesen, namentlich seine ausgesprochene Fixierung auf die Kniebeschwerden.

Zusammen mit dem Diabetes mellitus fühle er sich benachteiligt und nicht mehr in der Lage , Perspektiven zu entwickeln. Um diese Facette genauer auszuleuchten , sei eine Zuweisung an den Psychiater Dr. Z.____ erfolgt; die Diagnose laute auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung assoziiert mit Depression und Angststörung.

In somatischer Hinsicht finde sich ein eingeschränkt flektierbares Knie und eine deutliche Abmagerung der Oberschenkelmuskulatur , die nur beschränkt kontrolliert werden könne. Eine eingeschränkte Gehfähigkeit sei verständlich , allerdings nicht ganz in dem Ausmass , wie der Patient sie zeige. Auch die geklagten erheblichen Ruheschmerzen liessen sich durch die Befunde nur unbefriedigend erklären. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/13 S . 10 ff.). 3.1.4

Aufgrund seiner nochmaligen Untersuchung des Versicherten vom 3. März 2005 hielt Dr. Z.____ fest, aufgrund der aktuellen Befunde hätten sich keine wesentlichen Änderungen zu den Befunden vom 6. April 2004 ergeben, weshalb sich die damals gestellten diagnostischen Überlegungen nach wie vor als zutreffend erweisen würden: Beim Versicherten finde sich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45), hinzu komme eine psychopathologisch manifeste depressive Verstimmung von mittlerer Intensität. Auch aufgrund der aktuellen Befunde liessen sich beim Versicherten keine Voraussetzungen finden, die ihn zur Aufnahme einer psychiatrischen Behandlung motivieren würden, wengleich die alleinige Berücksichtigung der psychopathologischen Befunde eine psychiatrische Behandlung als indiziert erscheinen liessen (Urk. 12/20 S. 5). 3.1.5

In Ergänzung seines Berichts über die kreisärztliche Untersuchung vom 3. Juni 2004 (mit Nachtrag vom 22. Juni 2004) hielt Dr. D.____

mit Blick auf zwischenzeitlich erfolglos durchgeführte medizinische Massnahmen (im Schmerzambulatorium des Instituts für Anästhesiologie des G.____)

fest, eine Änderung des Zustandes sei nicht mehr zu erwarten. Es bleibe ein beschränkt bewegliches schmerzhaftes Knie bei klinisch nur geringem Reizzustand in Form einer verdickten Synovialis ohne Erguss.

Die muskuläre Kontrolle des Knies sei schlecht, es sei schwierig, die Schmerzhaftigkeit zu erklären. Das CRPS sei abgeklungen, am Rande sei an eine diabetische Nephropathie zu denken, die sich gemäss Bericht der

Klinik F.____ in geringem Masse nachweisen. Sehr ungünstig sei die psychische Situation, laute doch die Diagnose auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung, assoziiert mit Depression und Angststörung; diese seien chronifiziert und verunmöglichten es, im Rahmen der Behinderung Perspektiven zu entwickeln.

Bei Betrachtung des gesamten Bildes lasse sich keine zumutbare Belastbarkeit in der Arbeitswelt definieren, wobei Hauptelement für diese Einschätzung die psychiatrische Problematik sei. Aus somatischer Sicht sollte gestützt auf die aktuellen Befunde in einer leidensangepassten Tätigkeit ein ganztägiger Einsatz erzielt werden können. Dabei sollte der Versicherte eine vorwiegend sitzende Tätigkeit haben; es sei zu beachten, dass für das linke Knie keine Zwangsstellungen erforderlich seien, insbesondere nicht in stärkerer Flexion, die ohnehin nur bis rund 90° gehe. Es müsse möglich sein, die Stellung des Kniegelenkes häufig leicht zu ändern. Tragen von Lasten auf ebener Unterlage und über kurze Strecken sei bei der kräftigen Konstitution des Patienten bis 10 kg zumutbar (Urk. 12/20 S. 14) . 3.2

Im Rahmen des im Jahre 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden folgende medizinische Abklärungen getätigt oder Unterlagen über solche

Abklärungen zu den Akten genommen : 3.2.1

Im September 2008 wurde der Versicherte im Auftrag der IV-Stelle im A.____ polydisziplinär

(internistisch-psychiatrisch-orthopädisch) untersucht. In ihrem Gutachten vom 31. Oktober 2008 erhoben die verantwortlich zeichnenden Fachärzte folgende Diagnosen (Urk. 12/40 S. 15):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Komplexe Minderbelastbarkeit des gesamten linken Beines mit/bei - a. Status nach operativ versorgter Kreuzbandruptur des linken Kniegelenkes nach Fussballtrauma vom 24. Februar 2002 - b. postoperative CRPS-Symptomatik mit noch persistierender deutlicher Minderung der linksseitigen Oberschenkelmuskulatur und ebenso persistierender schmerzhafter Minderbelastbarkeit des linken Kniegelenkes - c. Notwendigkeit zur Benutzung zweier Unterarmgehstützen

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

2. Insulinpflichtiger Diabetes mellitus - schlecht eingestellt - beginnende diabetische NPNP - beginnende diabetische Nephropathie
3. Arterielle Hypertonie, gut eingestellt
4. Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei einer somatischen Erkrankung F 54.

In ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese führten die verantwortlichen Ärzte im Wesentlichen aus, der Versicherte habe am 24. Februar 2014 beim Fußballspiel eine Kreuzbandruptur im linken Kniegelenk erlitten, welche operativ (arthroskopisch) versorgt worden sei. Nach technisch einwandfreiem Operationsverlauf (und auch heute noch einwandfrei gesicherter Bandfunktion) habe sich postoperativ eine ausgeprägte CRPS mit auch heute noch nachweisbarer persistierender deutlicher Minderung der linksseitigen Oberschenkelmuskulatur und ebenso persistierender schmerzhafter Minderbelastung des linken Kniegelenkes entwickelt, wobei die Schmerzen auch in Ruhe praktisch ständig auftreten würden. Es bestehe aufgrund dieser Symptome eine erhebliche Gehbeeinträchtigung mit der Notwendigkeit, zwei

Unterarmgehstützen zu benutzen. Zwei stationäre Reha-Behandlungen Ende 2002 und im Frühjahr 2003 hätten keine Besserung der Symptomatik erzielen können, es bestehe seither ein Status idem, trotz zwischenzeitlich ambulanter Physiotherapie. Von internistischer Seite bestehe seit dem 17. Lebensjahr ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus, insgesamt schlecht eingestellt, mit beginnender diabetischer Polyneuropathie und Nephropathie, wobei die Nierenwerte bislang nicht erhöht seien. Die Polyneuropathie sei bisher insgesamt wenig symptomatisch. Eine bekannte arterielle Hypertonie sei gut eingestellt. Von psychiatrischer Seite handle es sich um Begleiterscheinungen und Auswirkungen einer primär somatischen Ursache. Insgesamt ergebe sich beim Versicherten eine derzeitige Arbeitsfähigkeit von 0

%, bedingt durch die orthopädische Erkrankung. Diese bestehe seit dem Sportunfall im Februar 2002. Seit dem Unfall bzw. der danach erfolgten Operation sei nie eine entscheidende Verbesserung festzustellen gewesen (Urk. 12/40 S. 15 ff.). 3.2.2

Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte am 4. Juni 2009 durch Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ergänzend untersucht. In seinem Gutachten vom 12.

Oktober 2009 (Urk. 12/52) erhob Dr. B. ____, keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0; vgl. Urk.

12/52 S. 87). Er führte dazu im Wesentlichen aus, die Diagnose der

psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) begründe keine Arbeitsunfähigkeit, da dem Versicherten die Willensanstrengung, diese zu überwinden, zugemutet werden könne. Zum Untersuchungszeitpunkt bestünden alsdann depressive Beschwerden (Gedankenkreisen, eine Gereiztheit, eine Interesse- und Freudlosigkeit, eine Traurigkeit, eine Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen und eine subjektive Vergesslichkeit). Eine niedergedrückte traurige Stimmung sei bereits im Jahre 2002 dokumentiert, wobei seither wiederholte depressive Episoden leichten bis mittelgradigen Ausmasses aufgetreten seien. Es sei daher die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode zu stellen (ICD-10 F33.0). Die leichten und mittelgradigen depressiven Episoden seien als Begleiterscheinung der psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten zu sehen und rechtfertigten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Da sich aus psychiatrischer Sicht beim Versicherten zum Zeitpunkt der Entstehung der Schmerzsymptomatik keine ausgeprägten psychosozialen Belastungen feststellen liessen, welche schwerwiegend genug gewesen wären, um als entscheidende ursächliche Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik gelten zu können, spreche dies aus psychiatrischer Sicht gegen das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk.

12/52 S. 87 ff). 3.2.3

Am 9. März 2010 wurde der Versicherte durch SUVA - Kreisarzt Dr. H.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, untersucht (Urk. 12/ 55 S. 4 ff.). Dr. H.____ führte im Wesentlichen aus, das im Jahr 2004 von Dr. D.____ erstellte Zumutbarkeitsprofil könne ohne Bedenken bestätigt werden; ohne die ausgeprägte psychische Überlagerung wäre anhand der muskulären Situation wohl sogar ein weniger einschränkendes Profil denkbar (vgl. Urk. 12/55 S. 8). 3.2.4 Dr. med. I.____, Fachärztin FMH

für Psychiatrie und Psychotherapie vom versicherungspsychiatrischen Dienst der SUVA, hielt in ihrer Aktenbeurteilung vom 30. März 2011 zur Hauptsache fest, ausgehend von den in den Vorakten ersichtlichen Befunderhebungen ergebe sich ein konstant vorhandenes Beschwerdebild in etwa gleichem Ausmass über die Jahre 2002 bis 2009; Hinweise für eine wesentliche Veränderung ergäben sich nicht. Aufgrund der Akten werde deutlich, dass beim Versicherten eine psychische Störung vorliege. Gleichzeitig könne angenommen werden, dass aus psychiatrischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit vorliege; wie hoch diese sei, könne aufgrund der Akten nicht quantifiziert werden (Urk. 12/79

S. 4 ff) .

3.3

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren liess der Versicherte schliesslich in Ergänzung der bisherigen Aktenlage die folgenden ärztlichen Berichte einreichen: 3.3.1

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 25. Juni 2012 über seine Untersuchung des Versicherten am 22. Juni 2012 zur Hauptsache fest, die diagnostizierten schmerzhaften Dysästhesien an beiden Füssen seien wohl am ehesten Begleitsymptome der bekannten, wahrscheinlich diabetisch bedingten peripheren Polyneuropathie. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom September 2008 seien die klinischen Befunde nur wenig schlechter geworden, etwas deutlicher sei der EMG - Befund mit einer weiteren Verschlechterung der motorischen Leitgeschwindigkeit des N. peroneus rechts und links (Urk.

3/4). 3.3.2 Mit Schreiben vom 9. Juli 2012 berichtete die zuständige

Oberärztin der Klinik F.____ über die Konsultation in der Rheumasprechstunde vom 4.

Juli 2012. Neben den bisher bekannten Diagnosen erhob sie einen Verdacht auf eine Frozen

Shoulder rechts bei schmerzhaft eingeschränkter Schulterbeweglichkeit seit ca. 11/2011 sowie anamnestisch zweimaliger Steroidinfiltration Schulter rechts ca. Ende Mai 2012. Sie gab im Wesentlichen an, weitere Abklärungen seien ausstehend, der Patient werde in zwei Wochen wieder vorsprechen (Urk. 3/5). 3.3.3

Dr. med. K.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, seit dem 7. März 2012 behandelnde Ärztin, diagnostizierte in ihrem undatierten Schreiben an den Rechtsvertreter des Versicherten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45) sowie eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.1), die sich in der Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) entwickelt habe.

Dr. K.____ gab im Wesentlichen an, es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit im freien Arbeitsumfeld. Der Versicherte stehe jetzt in medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung; eine weitere Besserung des Zustandsbildes könne nur mit Vorsicht erwartet werden (Urk. 8). 4.

4.1

Zu prüfen ist zunächst, ob die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig war. 4.2

Im Rahmen der Verfügung vom 6. Dezember 2005 ging die IV-Stelle davon aus, dass - auch in psychiatrischer Hinsicht - reine Unfallfolgen gegeben waren, weshalb sie den von der SUVA ermittelten und deren Verfügung vom 6. September 2005 zugrunde gelegten Erwerbsunfähigkeitsgrad von 100 % ohne Durchführung umfassender eigener Abklärungen namentlich in psychiatrischer Hinsicht

übernahm und dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2003 ebenfalls eine Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 % zusprach (vgl. „Feststellungsblatt für den Beschluss vom 12. September 2005“ [Urk. 12/23 S. 3], vgl. auch SUVA-Verfügung vom 6. September 2005 betreffend Invalidenrente, Urk. 12/22 S. 2). Die

Verfügung der SUVA vom 6. September 2005 ihrerseits stützte sich auf die Angaben von Dr. D.____ und von Dr. Z.____ und die Zugrundelegung einer vollständigen Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit beruhte auf der

Annahme, dass der Versicherte zur Zeit aus psychiatrischer Sicht in der freien Wirtschaft nicht eingliederbar sei (vgl. SUVA Akten, „Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung“ Urk. 12/49 S. 119). Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde war für die Zusprache einer ganzen Rente mithin durchaus die psychiatrische Problematik und dabei die im Vordergrund stehende diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung ausschlaggebend. Dies ergibt sich ohne Weiteres auch daraus, dass

Dr. D.____

gestützt auf die aktuellen Befunde

aus somatischer Sicht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bescheinigt hatte (vgl. E. 3.1.5 hievore).

Anzufügen bleibt, dass die Einschätzung der SUVA in grundsätzlicher Hinsicht Bedenken weckt: Sie äusserte sich mit keinem Wort zur adäquaten Kausalität der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers, obwohl dies eine Voraussetzung für die zugesprochenen Renten- und Integritätsentschädigungsleistungen gewesen wäre und nach

Lage der Akten (Knieverletzung beim Fussball spiel) wohl kaum hätte bejaht werden können (vgl. dazu BGE 115 V 133 E. 6). 4.3

Lagen aber der
seinerzeitige n

Zusprache der ganzen Rente letztlich die psychi atrischen Aspekte gestützt auf die Angaben von Dr. Z.____ zugrunde, ist diesbezüglich sowie mit Blick auf die in E.

E. 7

leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein, im Rahmen dessen sie den Versicherten den Fragebogen für die Rentenrevision ausfüllen liess (Urk. 12/31) und beim Hausarzt zu einen Verlaufsbericht einholte (Urk. 12/33). Während die SUVA gestützt auf eine n
erneute n

psychiatrische n

Untersuch

durch ihren

Kreisarzt

Dr. Z.____ vom 12.

Juli 2007 mit Verfügung vom 13. Juni 2008

den weiteren Anspruch auf eine ganze Rente der Unfallversicherung be stätigt e und dem Versicherten zusätzlich eine Integritätsentschädigung von 5 % auch für die verbliebene Beeinträchtigung der Psyche ausrichtete (Urk. 12/35), veranlasste die IV-Stelle beim A.____ eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten (i ntern i stisch-psy chiatrisch-o rthopädisches Gutac hten vom 31. Oktober 2008; Urk. 12/40) und ordnete – nachdem die verantwortlichen Kreisärzte der SUVA dazu kri tisch Stellung bezogen hatten

(Urk. 12/42-43) -

ein e

weitere psychiatrische Beg ut acht ung an

(Gutachten vom 1 2. Oktober 2009 von Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie ; Urk. 12/5 2) . Gestützt auf das Ergebnis der getätigten Abklärungen

und nachdem die SUVA am 10.

Juni 2010

die Her absetzung der laufenden Rente nach Massgabe einer neu ermittelten und nur noch auf den somatischen Einschränkungen beruhenden Erwerbsunfähigkeit von 20 % verfügt hatte (Urk. 12/56) , stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. Juni 2010 unter Hinweis darauf, dass sich sein Gesund heitszustand verbessert habe - die Einstellung der bisherigen Rente in Aussicht (Urk. 12/61). Daran hielt sie – nachdem die SUVA nach Einholung einer ergän zenden versicherungsmedizinischen (psychiatrisch-fachärztlichen) Stellung nahme (Urk. 12/79)

mit Verfügung vom 8. April 2011 auf ihren Entscheid vom 10. Juni 2010 zurückgekommen war und dem Versicherten weiterhin eine Inva liden r ente nach Massgabe einer Erwerb s

unfähigkeit von 100

% zugesprochen hatte (Urk. 12/79) - nach Durchführung eines weiten Vorbescheidverfahrens (Urk. 12/88 ff.) mit Verfügung vom 15. Juni 2012 fest. Die Einstellung der Invalidenrente begründete sie nunmehr damit, dass es sich zwar um einen im Wesentlichen unveränderten Sachverhalt handle, jedoch die ursprüngliche Rentenzusprechende

Verfügung vom 6. Dezember 2005 zweifellos unrichtig gewesen

und daher auf dem Weg der Wiedererwägung aufzuheben sei. Einer Beschwerde gegen diese Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung (Urk. 2). 3.

Dagegen lässt der Versicherte hierorts mit Eingabe vom 17. Juli 2012 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit den Anträgen, es sei die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2012 aufzuheben und es sei ihm weiterhin die bisherige ganze Rente zu gewähren (1.), die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der vorliegenden Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu gewähren (2.), eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei eine polydisziplinäre Oberexpertise in Auftrag zu geben, worauf neu zu entscheiden sei (3.), unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (4.); in verfahrensmässiger Hinsicht wurde zudem die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels beantragt (Urk. 1 S. 2).

Mit Verfügung vom 7. August 2012 wurde der Antrag um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen und der IV-Stelle Frist zur Einreichung ihrer Beschwerdeantwort gesetzt (Urk. 5). Am 4.

September 2012 liess der Versicherte in Ergänzung seiner Beschwerde einen ärztlichen Bericht der behandelnden Psychiaterin nachreichen (Urk. 7-8), welcher der IV-Stelle ebenfalls zugestellt wurde (Urk. 9). Die IV-Stelle verzichtete mit Vernehmlassung vom 12. September 2012 auf eine Stellungnahme und beantragte Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was dem Versicherten zur Kenntnis gebracht wurde, bei gleichzeitiger Abweisung des Antrags auf Durchführung eines förmlichen zweiten Schriftenwechsels (Urk. 13). Mit Verfügung vom 4. Februar 2014 wurde die Y.____ - Pensionskasse zum vorliegenden Prozess beigelegt (Urk. 15);

diese verzichtete mit Eingabe vom 24. März auf eine Stellungnahme (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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