

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00766 vom 20. Oktober 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00766

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00766 du 20 octobre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00766 del 20 ottobre 2014

Erwägungen

E. 1.1

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

Fettleibigkeit begründet grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteile des Bundesgerichts I 839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3).

E. 1.2

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 1. 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 Einspracheentscheid, 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 Hinweisen).

E. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, 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 würdigen und die Gründe 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 für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, 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.

2.1

Strittig ist, ob der Beschwerdeführer über August 2013 hinaus eine (ganze) Invalidenrente beanspruchen kann. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss dem schlüssigen und nachvollziehbaren Gutachten der MEDAS habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens ab März 2011 (Zeitpunkt der psychiatrischen Befunderhebung in der MEDAS) wesentlich verbessert. Die dauerhaft relevante Gesundheitsschädigung sei orthopädischer Natur, die frühere depressive Symptomatologie sei nicht mehr nachweisbar. Ausgehend von einem Valideneinkommen 2012 von Fr. 86'285.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'598.-- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 36 %, womit kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2). 2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, das Gutachten der MEDAS sei als nicht unabhängig zu bezeichnen, da die Gutachterstelle nicht auf Grund des bundesgerichtlichen vorgeschriebenen Zufallsverfahrens bestimmt worden sei. Ausserdem sei es veraltet, überholt, unvollständig und nicht nachvollziehbar, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Im Weiteren habe die Beschwerdegegnerin aufgrund seines Einwandes im Vorbescheidverfahren zwar antragsgemäss den Validenlohn den realen Verhältnissen

angepasst, den Invalidenlohn jedoch nur noch um 10 % - statt wie im Vorbescheid um 20 % - gekürzt. Dafür gebe es keinerlei Anlass (Urk. 1). 3 . 3 .1

Die ursprüngliche Rentenzusprache im Jahr 2001 gründet e in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten der MEDAS vom 22. August 2001 (Urk. 8/94). Darin waren als Hauptdiagnosen (mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) (1) ein ausgedehntes chronisches Schmerzsyndrom lumboschialgieform beidseits sowie cervicobrachial links und cervicocephal , (2) eine Diskushernie L4/5 mediolateral rechts mit Luxation nach kaudal und Beeinträchtigung der Nervenwurzel S1 und eine kleine mediolaterale Diskushernie links L5/S1, (3) eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion in einer schwierigen Lebenssituation, (4) eine massive Adipositas, (5) ein Schlaf-Apnoe-Syndrom sowie (6) eine Schwerhörigkeit , beidseits mit Hörgerät versorgt, erhoben worden

(S. 8).

Im Weiteren war angeführt worden, dass der Beschwerdeführer bei der aktuellen Untersuchung über anhaltende und ausgedehnte Schmerzen lumbal mit Ausstrahlung in beide Beine, links mehr als rechts, sowie im Nacken mit Ausstrahlungen in den linken Arm und zum Hinterkopf geklagt habe . An radikulären Zeichen finde sich wie bei der Untersuchung in der Rheumaklinik des Spitals Z.____ im April 1997 ein abgeschwächter Achillessehnenreflex links. Die Sensibilität werde im gesamten linken Bein als vermindert angegeben. Die Resultate der Kraftprüfungen seien konstant, ähnlich wie im Bericht der Klinik für Rheumatologie des Spitals B.____ vom Januar 1998 beschrieben. Gemäss MRI-Befund von Februar 2001 bestehe im Vergleich zu Februar 2000 neu eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 rechts mit Tangierung der Nervenwurzel S1. Nebst den objektivierbaren Befunden seien auch viele Zeichen für nichtorganisches Krankheitsverhalten festzustellen. Zu nennen seien nebst der diffusen Schmerzausbreitung die hohe Schmerzbewertung auf der Schmerzskala, die weitgehende Erfolglosigkeit bisheriger Behandlungen, das nicht plausible Ausmass der demonstrierten Behinderung im Vergleich zur klinischen Beurteilung , die extrem tiefe Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit im PACT-Test sowie die im Status aufgeführten Inkonsistenzen. Die psychiatrische Exploration habe weitgehend die Beurteilung des behandelnden Psychiaters übernommen. Die Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt führe aus psychischen Gründen zu einer Arbeitsunfähigkeit, welche auf 30 % geschätzt werde (S. 9).

Übereinstimmend mit den früheren Beurteilungen könne gesagt werden, dass für körperlich schwerere Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Die Arbeitsfähigkeit für körperlich leichtere, rückenadaptierte Tätigkeiten ohne ausgesprochene Zwangshaltung oder Gewichtheben über ca. 10 Kilogramm werde eingeschränkt durch das chronische Schmerzsyndrom bei überdurchschnittlichen, vorwiegend lumbalen degenerativen Veränderungen, dies kompliziert durch die massive Adipositas. Von wesentlicher Bedeutung seien auch die psychischen Faktoren. Es bestünden zudem Einschränkungen durch die beidseitige, mit Hörgeräten versorgte Schwerhörigkeit sowie die durch das Schlaf-Apnoe-Syndrom beeinträchtigte Vigilanz. Dadurch entfielen Arbeitsplätze, welche auf besonderes Wortverständnis angewiesen seien oder eine speziell hohe Aufmerksamkeit erforderten. Unter Beachtung aller Aspekte und der invalidenversicherungsrechtlich relevanten Faktoren werde die Einschränkung für solche adaptierten Tätigkeiten auf 50 % geschätzt (S. 10). 3 .2

Anlässlich des im Jahre 2004 durchgeführten Revisionsverfahrens zog die Beschwerdeführerin die Verlaufsberichte von Dr. C.____

und Dr. A.____ vom 12. resp. 24. März 2004 bei.

Dr. C.____

berichtete im genannten Bericht vom 12. März 2004, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen bestehe eine Schlaf- Apnoe. Der bisherige Invaliditätsgrad sei seines Erachtens angemessen. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit wäre initial zu 30 % zumutbar, bei günstigem Verlauf mit rascher Steigerung auf 50 % (Urk. 8/118).

Dr. A.____ bezeichnete den Gesundheitszustand in seinem Verlaufsbericht vom 24. März 2004 – ebenfalls – als stationär. Die Röntgenuntersuchungen vom 23. März 2004 hätten bezüglich der Brustwirbelsäule (BWS) mässige degenerative Veränderungen mit Spondylose vor allem lateral im Bereich der mittleren und unteren BWS, bezüglich der Halswirbelsäule (HWS) eine Osteochondrose und Spondylose C6/7 und bezüglich der Lendenwirbelsäule (LWS) eine Chondrose L4/5 und L5/S1 mit Intervertebralraumverschmälerungen, vor allem L5/S1, ergeben. Aus rheumatologischer Sicht bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Tätigkeiten (Urk. 8/119).
3.3

Im Rahmen des im Jahre 2007 durchgeführten Revisionsverfahrens holte die Beschwerdeführerin die Verlaufsberichte

von Dr. C.____ und Dr. A.____

vom 14. Juli resp. 11. September 2007 ein.

Dr. C.____

führte im genannten Bericht unter dem Titel „Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit“ eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), die der Beschwerdeführerin bekannten rheumatologischen Diagnosen, eine Schlaf- Apnoe sowie Schwerhörigkeit beidseits an. Am Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Revision aus psychiatrischer Sicht nichts Wesentliches verändert. Die Arbeitsfähigkeit betrage seines Erachtens im Moment 50 % (Urk. 8/145).

Dr. A.____ verneinte in seinem Verlaufsbericht vom 11. September 2007 eine Änderung der Diagnose. Statusmässig seien gegenüber 2004 keine wesentlichen Änderungen eingetreten. Zusätzlich klagte der Beschwerdeführer noch über Schulterschmerzen im Sinne einer Periarthroskapularis

humeroscapularis

tendinosa links mit gleichzeitiger Irritation des AC-Gelenkes und zudem über eine Periarthropathia

coxae links, wobei radiologisch lediglich eine vermehrte Sklerosierung des Pfannendaches und kleine Randosteophyten vorlägen. Aus rheumatologischer Sicht habe sich an der Arbeitsunfähigkeit nichts verändert (Urk. 8/146). 3.4.3.4.1

Im Rahmen des im Juli 2010 eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die Beschwerdeführerin insbesondere die Verlaufsberichte von Dr. C.____ und von Dr. A.____

vom 20. Juli/ 19. August 2010 (Urk. 8/159) resp. 3. August 2010 (Urk. 8/158) sowie das interdisziplinäre versicherungsmedizinische Gutachten der MEDAS vom 6. Dezember 2011 (Urk. 8/182-183) ein. 3.4.2

Dr. C.____

führte im Verlaufsbericht vom 20. Juli 2010 aus, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit, also einer Tätigkeit mit weniger Stress, Zeitdruck und Hektik als in der angestammten Tätigkeit als Maler, betrage seines Erachtens aus rein psychiatrischer Sicht 50 % . Die psychische Beeinträchtigung sei nicht derart, dass dem Beschwerdeführer rein gar nichts zumutbar wäre (Urk. 8/159/7).

Im Verlaufsbericht vom 19. August 2010 nannte Dr. C.____

als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine leichte bis mittlere depressive Episode (ICD-10 F32.0 / F32.1; Differentialdiagnose Dysthymie , ICD-10 F34.1), bestehend seit ca. 1985, (2) eine Schlaf -A pnoe, (3) eine Schwerhörigkeit beid seits sowie (4) diverse rheumatologische Di agnosen, bestehend seit Jahre n (Urk. 8/159/1). Gegenüber seinem Bericht von 2007 sei keine wesentliche Änderung eingetreten. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/159 /1-6). 3.4.3

Dr. A.____ führte in seinem Verlaufsbericht vom 3. August 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen L4-S1 (Chondrose , Osteochondrose , Spondylarthrose), (2) eine Periarthropathia

coxae links bei beginnender Coxarthrose , (3) ein zervikovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen (Chondrose , Spondylose C6/C7) sowie (4) eine Periarthropathia

humeroscapularis links mit Supraspinatus -Syndrom an. Es lägen keine Befundänderung und unveränderte Beschwerden gegenüber der letzten Revision 2007 vor (Urk. 8/158) . 3.4.4

Im interdisziplinären versicherungsmmedizinischen (Gesamt-) Gutachten der MEDAS vom 6. Dezember 2011 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches lumbales Rückenschmerzsyndrom mit/bei Segmentdegeneration L4/5, L5/S1, Insertionstendinosen und Myogelosen der paravertebralen Muskulatur (ICD-10 M51.3), (2) ein chronisches zervikales Rückenschmerzsyndrom mit/bei Segmentdegeneration der unteren HWS, Halswirbelkörper (HWK) 5/6, 6/7, begleitenden Insertionstendinosen , Myogelosen der paravertebralen Muskulatur sowie Haltungsstörung (ICD-10 M53.1), (3) eine beginnende Gonarthrose links (ICD-10 M17.1), (4) eine beginnende Coxarthrose links (ICD-10 M16.1) sowie (5) ein Impingementsyndrom der linken Schulter mit/bei Tendinopathie der Supraspinatussehne , Bizepssehne (ICD-10 M75.4) erhoben. Seitens des Fachgebietes Neurologie und Psychiatrie seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden (1) ein Status nach Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22), (2) ein Handgelenksganglion links, (3) eine Presbyakusis beid seits (4), eine Adipositas sowie (5) anamnestisch ein schweres obstruktives Schlaf-A pnoe -Syndrom, eine Thalassämia

minor , eine Hypertonie, ein Diabetes mellitus, ein Ulcus ventriculi und eine

Cholezysto lithiasis genannt (Urk. 8/183/26 und Urk. 8/183/36-37).

Aus interdisziplinärer Sicht wurde angeführt, dass in den klinischen Untersuchungen eine schmerzhafte LWS- und HWS-Beweglichkeit, Druck schmerzhaftigkeit über den Wirbelgelenken der unteren LWS/HWS, hingegen keine klare radikuläre Symptomatik, keine manifesten Paresen und keine einem Dermatome oder Versorgungsgebiet eines peripheren Nerven sicher zuordenbare Sensibilitätsstörungen, keine wesentliche Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenkes sowie des linken Kniegelenkes und keine wesentliche Einschränkung der Bewegungsfähigkeit des linken Armes im funktionellen Bereich hätten festgestellt werden können. Die vorliegende Bildgebung habe dazu eine Segmentdegeneration der unteren LWS/HWS mit erosiver

Osteochondrose, Verengung der Bandscheibenzwischenräume, Spondylarthrose, keinen Bandscheibenprolaps, keine Neuroforamenstenose, eine Verengung des Hüftgelenkspaltes linksseitig im Erkerbereich mit drei Millimetern unterhalb der Normgrenze von vier bis fünf Millimetern, eine zwei gradige Gonarthrose gemäss Klassifikation nach Jäger/Wirth mit Ausziehung an der Tibiakonsole, mässiger Verengung des Gelenkspaltes und beginnender Abflachung der Femurkondylen, mässiger subchondraler

Sklerosierung und keine Omarthrose gezeigt (Urk. 8/183/35). Sodann habe im Rahmen der gutachterlichen Exploration aktuell ein unauffälliger psychischer Befundstatus festgestellt werden können. Insbesondere hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Störung mit eigenständigem Krankheitswert oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ergeben. Aus interdisziplinärer Sicht sei die bisherige Tätigkeit, gemäss Einschätzung des Fachgebietes Orthopädie, bleibend nicht mehr zumutbar. Zumutbar seien, den Empfehlungen des Fachgebietes Orthopädie folgend, körperlich leichte Arbeiten in Wechselposition in einem zeitlichen Rahmen von 8,5 Stunden pro Tag an 5 Tagen der Woche ohne dabei bestehende verminderte Leistungsfähigkeit. Dabei ergebe sich aus versicherungspsychiatrischer und neurologischer Sicht kein zu begründendes besonderes Tätigkeitsprofil. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten mit Positionsmonotonien, Zwangshaltungen, Arbeiten in nach vorne gebeugter und kniender Arbeitshaltung und Überkopparbeiten. Bezüglich der axialen Gewichtsbelastung erscheine eine Gewichtslimitierung beim Heben und Tragen von Gewichten auf 10 Kilogramm, bezüglich der Myogelosen, Insertionstendinosen das Vermeiden einer Gefährdung durch Nässe, Zugluft sowie extrem schwankende Temperaturen empfehlenswert. Für die Durchführung von Rehabilitationsmassnahmen bestehe keine Indikation. Aus interdisziplinärer Sicht verbleibe die Empfehlung einer intermittierenden physiotherapeutischen Behandlung sowie einer bedarfsweisen medikamentösen Schmerztherapie (Urk. 8/183/36).

Zur

Frage, seit wann eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe, wurde bemerkt, dass aus psychiatrischer Sicht eine solche nicht (mehr) vorliege. Ein exakter Remissionszeitpunkt könne nicht bestimmt werden. Aus orthopädischer Sicht könne eine anhaltende medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr angenommen werden seit Oktober 2000. Aus neurologischer Sicht ent falle die Beantwortung der Frage. Somit sei aus interdisziplinärer Sicht festzuhalten, dass eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr für Tätigkeiten gemäss dem negativen Leistungsbild retrospektiv angenommen werden könne seit Oktober 2000.

Aus interdisziplinärer Sicht sei der Grad der Arbeitsfähigkeit seither im Wesentlichen unverändert (Urk. 8/1 83 /38). 3.4.5

RAD-Arzt Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt dazu in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2012 fest, bis zuvor sei man rheumatologisch aufgrund der Berichte von Dr. A.____ vom März 2004 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen. Auch psychiatrisch habe zuvor die Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Gutachter seien deshalb um Plausibilisierung zu ersuchen. Insbesondere frage sich, ob es sich orthopädisch und psychiatrisch um einen veränderten oder jetzt nur anders eingeschätzten medizinisch unveränderten Sachverhalt handle resp. ob die Gutachter den ursprünglichen Rentenentscheid als korrekt medizinisch begründet nachvollziehen können oder allenfalls eine medizinisch unrichtig erlassene Verfügung den jetzigen Gegebenheiten angepasst werden sollte (Urk. 8/197/4-5). 3.4.6

Am 11. Mai 2012 äusserte sich der Institutsleiter der MEDAS, Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Forensische Psychiatrie SGFP, zu den entsprechenden Ergänzungsfragen der Beschwerdeführerin vom 13. Januar 2012 (Urk. 8/184) dahingehend, dass aus psychiatrischer Sicht von einer Verbesserung des Zustandsbildes ausgegangen und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei, wobei ein genauer Remissionszeitpunkt nicht habe festgelegt werden können. Aus orthopädischer Sicht seien grundsätzlich die früheren Beurteilungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestätigt worden. Hingegen könne die in der Vergangenheit beschriebene deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten aus gutachterlicher Sicht nicht bestätigt werden.

Gemäss den vorliegenden medizinischen Daten und den gutachterlichen Untersuchungsbefunden bestehe in einer angepassten Tätigkeit aktuell wie auch retrospektiv keine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Demnach habe sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht durchaus gebessert. Aus orthopädischer Sicht liege ein vergleichbarer Gesundheitszustand vor, jedoch könne die damalige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der damals angegebenen Ausprägung aktuell nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/195). 3.4.7

In den Akten liegen im Weiteren die seitens des Beschwerdeführers im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichte von Dr. F.____ an Rechtsanwalt Dr. Brender vom 26. Juli 2012 und 22. März 2013 (samt Bericht des Röntgeninstitutes G.____ an Dr. A.____ vom 6. März 2013, Urk. 8/206).

Im Bericht vom 26. Juli 2012 nahm Dr. F.____ zum Gutachten der MEDAS Stellung. Er wies insbesondere darauf hin, dass darin die LWS-Problematik nicht zur Genüge beurteilt werde. Es bestehe eine deutliche erosive

Osteochondrose auf dem Segment L4/L5 und L5/S1 mit zusätzlich nachgewiesener rezessaler

Kompromittierung der Nervenwurzel (MRI vom 26. November 2010). Das Verlaufs-MRI zeige die gleichen Befunde. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer an Gewicht zugelegt, es bestehe ein Bodymassindex (BMI) laut Gutachten von 55, was bereits einer massiven Behinderung entspreche. Die klare Periarthropathia

coxae linksseitig mit beginnender Coxarthrose links werde in der Untersuchung und im Gutachten nicht erwähnt, die Schulterproblematik bei Periarthropathia

humeroscapularis werde bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht berücksichtigt, ebenso wenig die symptomatische Gonarthrose links. Die gesamte Situation habe sich (da es sich um rein degenerative Erscheinungen handle) sicherlich nicht seit der letzten Begutachtung verbessern können. Zusätzlich hätten sich seit der ersten Begutachtung weitere Risikofaktoren ergeben, einerseits das Gewicht, andererseits der Diabetes mellitus, welcher ganz klar die degenerativen Veränderungen der Gelenke begünstige, sowie auch das Schlaf-Apnoe-Syndrom (Urk. 8/206/4).

Im genannten Bericht vom 22. März 2013 gab Dr. F. _____

an, der Beschwerdeführer sei vor allem im Bereich der HWS noch einmal ausgedehnt untersucht worden, wobei festgestellt worden sei, dass klar auch radikuläre Ausstrahlungen vorhanden seien. Insbesondere bestehe ein klar auslösbarer Schmerz im Dermatome C8 rechts, was einer klaren radikulären

Provokationsproblematik entspreche. Zusätzlich beschreibe der Beschwerdeführer auch radikuläre Ausstrahlungen in Dig. II bis IV. Das am 6. März 2013 durchgeführte MRI zeige nun klar strukturelle Korrelate. Diese neuen Erkenntnisse führten dazu, dass die Arbeitsfähigkeit klar neu eingeschätzt werden müsse, und zwar wie folgt:

Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Maler sei wie bisher klar zu 100% gegeben bis auf weiteres und nicht weiter zu steigern. In einer angepassten sitzenden leichten Tätigkeit bestehe nun klar ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei klar nachgewiesener radikulärer

Kompression der Wurzeln C7 beidseits und auch durch Arthrose bedingt bei klarer foraminärer Stenose und Irritation der Wurzel C8 rechts (Urk. 8/206/1). 3.4.8

RAD-Arzt Dr. D. _____ hielt dazu in seiner Stellungnahme vom 29. Mai 2013 fest, bei den ausgewiesenen Befunden handle es sich im eigentlichen Sinne nicht um objektive neue

für die Arbeitsfähigkeit relevante Gesundheitsschäden. Die angeblich neue radikuläre Schmerzausstrahlung werde allein mit subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründet. Eindeutige typische objektivierbare klinische pathoneurologische Befunde der Motorik, Sensibilität, Reflexverhalten würden zum obligatorischen Nachweis einer relevanten HWS-Symptomatik nirgends erwähnt. Die nun als neu aufgeführten Befunde seien scheinbar bereits seit 1997 aktenkundig bekannt. Gesamthaft könne der neuen Aktenlage somit weder klinisch funktionell noch radiologisch in der Ansicht des Vorliegens einer HWS-Verschlechterung durch ein Radikulärgeschehen gefolgt werden (Urk. 8/211/4-5). 4.4.1

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob eine Änderung im anspruchserheblichen tatsächlichen Sachverhalt eingetreten ist. In diesem Zusammenhang stellt sich zunächst die Frage nach der massgebenden zeitlichen Vergleichsbasis (Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügungen

vom 22. Oktober resp. 19. November 2001 [Urk. 8/103-104] oder zur Zeit der Revisionsverfahren 2004 bzw. 2007 [vgl. Sachverhalt Ziffer 1.4 und 1.5; vgl. E. 1.2]). Während die ursprünglichen Rentenverfügungen, mit welchen dem Beschwerdeführer, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 68%, eine ganze Rente zugesprochen worden war, auf den Ergebnissen einer externen medizinischen Begutachtung beruhten (interdisziplinäres Gutachten der MEDAS vom 22. August 2001, Urk. 8/94), gründeten die Mitteilungen vom 22. April 2004 (Urk. 8/123) resp. 2. Oktober 2007 (Urk. 8/149), mit welchen,

ausgehend von einem Invaliditätsgrad von nunmehr 84 % , der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente bestätigt wurde, ausschliesslich auf den Einschätzungen der behandelnden Ärzte (Urk. 8/121; und Urk. 8/148/2 ; vgl. E.

E. 1.4

Im Rahmen des von ihr im Februar 2004 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle die Berichte des behandelnden Psychiaters, Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. März 2004 (Urk. 8/118) und von Dr. A.____ vom 24. März 2004 (Urk. 8/119) ein und ersuchte ihre Berufsberatung um Durchführung eines Einkommensvergleiches (Urk. 8/122). Anschliessend teilte sie dem Versicherten am 22. April 2004 mit, dass – bei einem Invaliditätsgrad von nunmehr 84 % - weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe (Urk. 6/123).

E. 1.5

Im Zuge des im Jahr 2007 von Amtes wegen durchgeführten Revisionsverfahrens teilte die IV-Stelle dem Versicherten nach Beizug der Verlaufsberichte von Dr. C.____ und Dr. A.____ vom 14. Juli resp. 11. September 2007 (Urk. 8/145-146) am 2. Oktober 2007 wiederum mit, dass er weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-Grad 84 %) habe (Urk. 8/149).

E. 1.6

Am 29. April 2010 ging bei der IV-Stelle eine anonyme Meldung ein, gemäss welcher der Versicherte trotz 100%iger Invalidenrente als Hauswart arbeite (Urk. 8/154/2). Die IV-Stelle verlangte daraufhin vom Versicherten den Fragebogen für Rentenrevision ein (Urk. 8/155) , zog die Verlaufsberichte von Dr. A.____ und Dr. C.____ vom 3. August resp. 20. Juli/19. August 2010 (Urk. 8/158-159) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes

(RAD , Urk. 8/197/3) bei und gab im September 2010 bei der MEDAS ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag

(Urk. 8/160-161; interdisziplinäres versicherungsmedizinisches Gutachten vom 6. Dezember 2011, eingereicht am 16. Dezember 2011 [Urk. 8/183]; versicherungspsychiatrisches Gutachten vom 25. Oktober 2011, eingereicht am 19. Dezember 2011 [Urk. 6/182]).

Nach Rücksprache mit dem RAD (Urk. 8/197/5) holte die IV-Stelle die ergänzende Stellungnahme der MEDAS vom 11. Mai 2012 (Urk. 8/195) ein und legte diese ebenfalls dem RAD vor (Urk. 8/197/5-7). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 16. Juli 2012 [Urk. 8/199], Einwand vom 14. September 2012 [Urk. 8/204]) , in dessen Rahmen der Versicherte am 12. April 2013 durch Rechtsanwalt Dr. Brender die Berichte

des Röntgeninstitutes

G.____ vom 6. März 2013 sowie von Dr. med. F.____ , FMH Innere Medizin, Schmerztherapie SSIPM, vom 26. Juli 2012 und 22. März 2013 einreichte (Urk. 8/206-207) , hob die IV-Stelle, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 36 % , mit Verfügung vom 5. Juli 2013 die Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats , mithin per Ende August 2013, auf (Urk. 8/212 = Urk. 2) . 2.

Am 21. Juli 2013 teilte Dr. C.____ der IV-Stelle mit, dass der Versicherte versuchen wolle, eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu erreichen (Urk. 8/216). Am 10. August 2013 reichte der Versicherte einen entsprechenden Antrag ein (Urk. 8/218). Die IV-Stelle lud ihn daraufhin am 3. Oktober 2013 zum Zwecke der Abklärung der beruflichen Situation zu einem persönlichen Gespräch ein (Urk. 8/224). 3.

Gegen die Verfügung vom 5. Juli 2013 erhob der Versicherte am 9. September 2013 durch Rechtsanwalt Dr. Brender Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 5. Juli 2013 aufgehoben und ihm eine unveränderte Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei unter Gutheissung der Beschwerde die Sache an die Verwaltung zur Erhebung des aktualisierten Zustandes mit Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er darum, über die Frage, ob die Resultate der Eingliederung abzuwarten seien, von Amtes wegen zu entscheiden (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 21. Oktober 2013 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Mit Eingabe vom 7. Oktober 2014 berichtete Rechtsanwalt Dr. Brender über die inzwischen vorgenommenen Eingliederungsbemühungen des Beschwerdeführers und reichte diverse aktuelle Arztberichte ein (Urk. 8/224).

E. 3

Zuvor hatte der Versicherte am 5. April 2000 unter Hinweis auf Rückenschmerzen, Ausstrahlung in die Beine, Abschwächung des linken Armes sowie tägliche Kopfschmerzen ein neuerliches Gesuch um Gewährung von Berufsberatung und Umschulung auf eine neue Tätigkeiten eingereicht (Urk. 8/66). Die IV-Stelle holte die Berichte von Dr. med. A.____, FMH Rheumatologie, vom 7. Juni 2000 (Urk. 8/72) sowie der Abteilung für Pneumologie des Spitals Z.____ vom 4. September 2000 (Urk. 8/78) ein, nahm Abklärungen zur beruflichen Situation des Versicherten vor (Urk. 8/7).

E. 3.2

und E. 3.3). Laut dem Gutachten der MEDAS

vom 22. August 2001 war der Beschwerdeführer damals in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig (Urk. 8/94/10). Während Dr. A.____ dem Beschwerdeführer in seinem Verlaufsbericht vom 24. März 2004 weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit bescheinigte (Urk. 8/119), attestierte ihm Dr. C.____ in seinem Bericht vom 12. März 2004 bei ausdrücklich als stationär bezeichnetem Gesundheitszustand ohne jegliche Begründung nur noch eine 30%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit (Urk. 8/118), was in sich widersprüchlich ist und in keiner Weise nachvollzogen werden kann. Da dieser Bericht demnach die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen

fraglos nicht erfüllt (vgl. E. 1.3) und die Beschwerdegegnerin gleichwohl ohne weitere Prüfung darauf abgestellt hat, kann von einer rechtskonformen Sachverhaltsprüfung nicht die Rede sein (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 5 und E. 6.6.1). Eine solche fand auch anlässlich des im Jahr 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens nicht statt. Unter diesen Umständen ist als Vergleichszeitpunkt der Sachverhalt, wie er sich zur Zeit der ursprünglichen Rentenverfügungen vom 22. Oktober und 19. November 2001 (Urk. 8/103-104) präsentierte, massgebend und ist dieser Sachverhalt mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Revisionsverfügung vom 5. Juli 2013 (Urk. 2) zu vergleichen.

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens ab März 2011 verbessert hat, auf das Gutachten der MEDAS vom 6. Dezember 2011 (Urk. 8/182 und Urk. 8/183) samt Ergänzung vom 1

E. 6

und Urk. 8/77) und gab bei der medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 22. August 2001 (Urk. 8/94) erstattet wurde. Mit Verfügungen vom 22. Oktober und 19. November 2001 sprach die IV-Stelle, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 68 % , mit Wirkung ab 1. April 1999 eine ganze Invalidenrente samt Zusatzrente für die Ehefrau und Kinderrenten zu (Urk. 8/103-104).

E. 10

und Urk. 11). 4.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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