

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00235 vom 23. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00235 du 23 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00235 del 23 giugno 2015

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1967, war vom 1. Mai 2004 bis 31. Dezember 2006 bei der Y.____ als Produktionsleiter Oberflächentechnik angestellt (Urk. 8/11). Daneben amtierte er als Lehrer an der Z.____ (Z.____, Urk. 8/71/1). Am

E. 1.1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.1.2

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.

E. 1.1.3

Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen.

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

9. Juni 2006 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1). Die damals zuständige IV-Stelle tätigte medizinische, berufliche und erwerbliche Abklärungen (vgl. Protokoll per 18. Januar 2008, Urk. 8/71). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 10. September 2007 [Urk. 8/54]) sprach sie dem Versicherten, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100%, mit Verfügung vom 2. November 2007 mit Wirkung ab 1. Februar 2006 eine ganze Rente zu (Urk. 8/62/2-10).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 1. März 2014 hin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte geltend, der Beschwerdeführer erhalte seit 1. Februar 2006 eine ganze Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100%. Im Folgegutachten des A.____

sei eine Verschlechterung zwischen der dortigen Begutachtung vom 14. Juli 2010 und derjenigen vom 24. September 2009 (richtig: 2013) festgehalten. Gegenüber der Rentenzusprache im Jahr 2008 (richtig: 2007) habe sich aber eine Verbesserung eingestellt, womit ein Revisionsanstand nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgewiesen sei. Aufgrund der Verschlechterung der orthopädischen Situation entsprächen die bisherigen Tätigkeiten nicht mehr dem optimalen Anforderungsprofil. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer aber nach wie vor halbtags zumutbar (Urk. 2).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die ursprüngliche Rentenzusprache habe im Hinblick auf die psychischen Einschränkungen auf dem psychiatrischen Gutachten der Uni G.____ vom 5. Juli 2007 beruht. Damals sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, diagnostiziert worden. Die rezidivierende depressive Störung sei zwischen 2006 und 2013 durch diverse Gutachten und Arztberichte dokumentiert. Sie habe durch das Medikamentenmonitoring im H.____ nachweislich nicht positiv beeinflusst werden können (Urk. 1 S. 8 – 10). Auch im somatischen Bereich habe sich keine Besserung der tatsächlichen Situation abgezeichnet. Im Gegenteil, gemäss dem Folgegutachten des A.____ bestehe dort sogar eine Verschlechterung im Vergleich zu dem ersten Gutachten aus dem Jahr 2010. Da die Schadenminderungspflicht erfüllt sei und sich trotzdem keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt habe, sei kein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben. Es sei nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und somit von einem Invaliditätsgrad von 100 % auszugehen (Urk. 1 S. 11). 3.

E. 3

und Art. 21 Abs.

E. 3.1.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache im Jahr 2007 gründete in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten von Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom interdisziplinären Schmerzzentrum des Universitätsklinikums

G.____ (nachfolgend: Gutachten der Uniklinik G.____) vom 5. Juli 2007 (Urk. 8/51/2-14) sowie der Stellungnahme des RAD der IV-Stelle Luzern vom 5. September 2009 (Urk. 8/71/7-8).

E. 3.1.2

Im genannten Gutachten waren als algesiologische Diagnosen eine chronische Lumboschialgie nach traumatischer Spondylolyse mit Spondylolisthesis LWK5 auf SWK1 Meyerding Grad II und Mai 2005 Spondylodese LW4 bis SW1 (ICD-10 M54.4) sowie eine L5-Radikulopathie beidseits (ICD-10 G55.1 und M51.1) erhoben worden. Als psychiatrische Diagnosen waren eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine sekundäre Hochdosis-Opiatabhängigkeit, gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.25), eine sekundäre Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F13.25), bis Mai 2005 eine schwere Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20) sowie ein Einfluss von psychosozialen und Verhaltensfaktoren bei chronischen Schmerzen (ICD-10 F54) genannt worden (Urk. 8/51/40). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers war festgehalten worden, dass er in den mit seiner Tätigkeit als Produktionsleiter für Oberflächentechnik verbundenen Teiltätigkeiten (wie Steuerung/Organisation der Produktionstechnik, Mitarbeiterführung etc.) zu 70

% bis 100 % eingeschränkt sei (Urk. 8/51/42). Die genannten Einschränkungen ergäben sich aus der Schwere der depressiven Erkrankung bzw. den damit verbundenen Einschränkungen von kognitiven Funktionen und Antrieb, der hochgradig reduzierten Stress- und Frustrationstoleranz sowie der Beeinträchtigung der Einsicht- und Steuerungsfähigkeit durch die hochgradige Morphin- und Benzodiazepinabhängigkeit. Die Tätigkeit in einer Führungsposition stellen höchste Ansprüche an Präzision und

Konzentration. Diese seien in der aktuellen Verfassung realistisch gesehen in keiner Weise vom Beschwerdeführer zu leisten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die Position eines Produktionsleiters krankheitsbedingt zu 100 % berufs - unfähig, und zwar seit dem 1. Februar 2005 (Urk. 8/51/43). Mit einer Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sei prinzipiell zu rechnen. Voraussetzung dafür sei jedoch ein kompletter Opiat- und Benzodiazepinentzug . Mit der aktuellen Therapie, das heiße ohne Entzug und ohne stationäre interdisziplinäre Schmerztherapie mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Schwerpunkt sei weiterhin mit einem Anhalten der 100%igen Berufsunfähigkeit zu rechnen (Urk. 8/51/43-45).

E. 3.1.3

In der Stellungnahme des RAD der IV-Stelle vom 5. September 2007 war unter Hinweis auf die Begutachtung in der Uniklinik G.____ vom April 2007 als Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit eine schwere depressive Störung mit sekundärem Opiat- und Benzodiazepin-Abusus festgehalten worden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 1. Februar 2005. Ressourcen (Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit) bestünden keine. Im Weiteren war darauf hingewiesen worden, dass in die Beurteilung der Uniklinik G.____

ein fachorthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten von Prof. Dr. med. J.____ , geschäftsführender Direktor des Universitätsklinikums

G.____, vom 9. Dezember 2006 (vgl. Urk. 8/57/1-26) miteinbezogen worden sei , welches zum Schluss komme, dass die Beschwerden auf diesem Fachgebiet nicht erklärlich und auf dem Fachgebiet der Psychiatrie/Schmerzverarbeitung zu suchen seien . Ausserdem sei das fach orthopädische Gutachten von Dr. med. K.____ , Fachärztin für Orthopädie, München, vom 11. Januar 2006 (vgl. Urk. 8/58) mitberücksichtigt worden . Diese beiden Gutachten seien zur Vervollständigung der Unterlagen anzufordern, hätten für die Entscheidungsfindung aber keinen ausschlaggebenden Einfluss mehr. Dieser komme alleine dem Gutachten der Uniklinik G.____ zu (Urk. 8/71/7-8).

E. 3.2.1

Im Rahmen des Revisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin insbesondere die folgenden Berichte und Gutachten ein:

E. 3.2.2

Dr. C.____ erhob in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 20. Januar 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere rezidivierende Depression (F33.2), ein Abhängigkeitssyndrom wegen Schmerzen (F10.25), psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotica (F13 und F54), je bestehend seit 5 Jahren, nach Spondylolisthesis L5/S1 2005 und Spondylodese L4-S1. Es bestünden unsägliche Schmerzen und der Beschwerdeführer sei weitgehend gehunfähig. Durch die Medikamente und die körperlichen Beschwerden sei die Konzentrationsfähigkeit stark reduziert. Er sei nicht arbeitsfähig (Urk. 8/95).

E. 3.2.3

Im Gutachten des A.____ vom 11. Oktober 2010 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) (1) ein anhaltend schmerzhaftes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom mit/bei Status nach Spondylodese

L4-S1 bei v orausgegangener diagnostizierter Spodylyse

Mey erding II L5/S 1 , fraglicher Implantatlockerung der Spondylodeseschraube SWK1 (ohne relevantes neurologisches Defizit) und rumpfmuskulärem Globaldefizit bei chronisch schmerzhafter Funktionseinschränkung der LWS und des lum bosakralen Überganges sowie (2) eine cervikale Diskushernie C5/6 ohne rele vantes neurologisches Defizit

angeführt . Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden (1) eine Persönlichkeitsstörung mit anankastischen und narzisstischen Zügen (F61.0), ein Abhängigkeitssyndrom v on multiplen Substanzen (F19. 2 4) sowie psychische Faktoren oder Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) genannt.

Die Gutachter des A.____ führten weiter aus, während aus neurologischer Sicht keine Erklärung für die so überaus therapieresistente Schmerzsymptomatik zu erkennen sei, zeigten sich im orthopädischen Fachgebiet radiologisch Hinweise für eine fragliche Implantatlockerung der Spondylodeseschraube SWK1 sowie ein rumpfmuskuläres Globaldefizit bei chronisch schmerzhafter Funktionsein schränkung der LWS und des lumbosakralen Überganges, woraus sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % begründe. Die vormalig insbeson dere als invalidisierend bewerteten psychischen Störungen mit rezidivierender depressiver Störung, teils mit schweren depressiven Episoden, seien hingegen in der heutigen Untersuchung nicht bestätigt worden. Ihre diagnostische Einschät zung ergebe zum gegenwärtigen Zeitpunkt lediglich das Bild eines Abhängig keitssyndroms von multiplen Substanzen und einer leichten kombinierten Per sönlichkeitsstörung mit narzisstischen, anankastischen und abhängigen Zügen. Aus rein psychiatrischer Sicht ergäben sich somit bei der sozialmedizinisch nicht relevanten Suchtproblematik gegenwärtig keine psychiatrischen Erkran kungen, die eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht rechtfertigten. Der Beschwerdeführer sei noch in der Lage, seinen letzten Beruf als Pro duktionsleiter und Lehrer zu erbringen, vorausgesetzt einer Beherrschung der Suchtproblematik, die die anhaltenden Beschwerden verstärkten. Hierzu bedürfe es einer stationären Entgiftung und medikamentösen Neueinstellung im Rah men einer mindestens achtwöchigen Behandlung, insbesondere auch unter Medikamentenmonitoring . Anschliessend sei eine Neuev a luation vorzunehmen (Urk. 8/108/22-23) .

Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der Anamnese, der aktuell klinisch funktionellen Befunde der Wirbelsäule und des Rumpfes, einbezüglich der HWS , sowie der aktuellen röntgenologischen Abklärung der LWS folgendes Zumut barkeitsprofil : Geeignet seien sehr leichte rückengerechte Tätigkeiten ohne repetitive Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten seien mit fünf Kilogramm limitiert. Keine Arbeiten in vornüber gebeugtem Stehen oder Sitzen. Keine Arbeiten in sonstigen Zwangs haltungen wie gehend, hockend, kauernd. Langfristiges Sitzen und Stehen sei mit jeweils 30 Minuten limitiert. Rein orthopädisch somatisch könnten qualita tiv angepasste Tätigkeit auf einem 50%-Niveau (4,5 Stunden arbeitstäglich) zugemutet werden. Die bisherigen Tätigkeiten als Produktionsleiter und als Berufsschullehrer entsprächen teilweise dem aus orthopädischer Sicht vorbe schriebenen Zumutbarkeitsprofil und könnten bei Einhaltung der formulierten Einschränkungen zu 50 % wieder aufgenommen werden. Diese Bewertung habe Gültigkeit nach Abschluss der psychiatrisch empfohlenen Medikamenten ent zugsbehandlung (Urk. 8/108/23 -24).

E. 3.2.4

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, erhob in seinem Verlaufsbericht vom 14. Juli 2011 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikoradikuläres Reizsyndrom C6 links, ein chronisches lumboischialgiformes Schmerzsyndrom, eine depressive Störung sowie eine Opiatabhängigkeit und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Alkoholüberkonsum, abstinent seit März 2011 (Urk. 8/119/8). Nach dem Entzug im Stadtspital E.____ (4. bis 11. November 2010 [Urk. 8/119/13]) habe er – Dr. B.____ – Ende Dezember 2010 die Anschlussbehandlung übernommen. Ebenso besuche der Beschwerdeführer 14-täglich die Sprechstunde von Dr. C.____. Klinisch habe er bisher keine Hinweise auf eine Wiederaufnahme des Alkoholkonsums gefunden. Mittelfristig dürften die Veränderungen bezüglich Schmerzen bescheiden und damit ohne Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sein. Nach dem Alkoholstopp habe sich die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht verändert. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde bestehen bleiben (Urk. 8/119/9).

E. 3.2.5

Im Austrittsbericht des H.____ vom 25. Juni 2013 (Urk. 8/172 /1-4) wurden als Hauptdiagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotica: Entzugssyndrom (ICD-10 F13.3) erhoben. Als Nebendiagnosen wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) bei chronischem cervicoradikulärem und lumboischialgiformem Schmerzsyndrom sowie eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung im Rahmen chronischer Schmerzsymptomatik (ICD-10 F69) genannt. Während des klinischen Aufenthaltes vom 18. April bis 29. Mai 2013 sei der Beschwerdeführer bezüglich nicht verordneter Medikamente, Drogen und Alkohol abstinent geblieben. Ein Rückfall mit Alkohol und Benzodiazepinen wäre bei einem steigenden psychosozialen Druck bei finanziellen Sorgen und Existenzängsten wie vorprogrammiert. Der Beschwerdeführer sei widerstandsfähig geblieben. Eine absolute Abstinenz könne nicht vorausgesehen werden, da die körperlichen und psychischen Symptome zu komplex seien. Der Beschwerdeführer sei auf die psychosoziale Unterstützung und Hilfeleistungen im vollen Umfang angewiesen. Im Rahmen der Hospitalisation habe keine Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Im Zeitpunkt des Austrittes könne bei chronischer Schmerzsymptomatik mit schweren rezidivierenden Depressionen und sozialem Rückzug mit zeitweiser Entwicklung eines Suchtverhaltens im Rahmen einer Selbstmedikation von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Diesbezüglich sei aus medizinischer Sicht keine Besserung zu erwarten (Urk. 8/172/3).

E. 3.2.6

Im Folgegutachten des A.____

vom 31. Oktober 2013 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) wie im Vorgutachten ein anhaltend schmerzhaftes Lumbovertebral- und lumbospondylogenes Syndrom sowie neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, (ICD-10 F33.1) erhoben. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), ein Abhängigkeitssyndrom von

multiplen Substanzen (ICD-10 F19.24) sowie anamnestisch eine zervikale Diskushernie C5/C6 ohne gravierende funktionelle Einbussen (Urk. 8/175/17-18) . Die Gutachter hielten im Rahmen der Gesamtbeurteilung fest, dass sich aus psychiatrischer Sicht, abweichend von der letzten Begutachtung, nunmehr doch das Bild einer sozialmedizinisch relevanten rezidivierenden Depression mit gegenwärtig mittelschwerem Ausprägungsgrad ergebe. Unverändert gingen sie vom Vorliegen einer weit in die Psychobiographie zurückreichenden kombinierten Persönlichkeitsstörung ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aus, ferner bestehe trotz nachgewiesener Abstinenz von Benzodiazepinen immer noch eine polyvalente Abhängigkeitsproblematik mit Konsum von Alkohol und Opioiden. Aus orthopädischer Sicht habe sich die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eher verschlechtert. Die Gründe lägen in einer weit ergehenden Schmerzchronifizierung , insbesondere der lumbospondylogenen und lumbovertebralen Schmerzzustände , einerseits und auch in der Schlussfolgerung einer nur begrenzt möglichen Behandlungsmöglichkeit in der Folge der hier vorliegenden orthopädisch-psychiatrischen Komorbidität. Der Beschwerdeführer sei für eine intensivere – geschweige in Eigeninitiative – durchzuführende medizinische Trainingstherapie nicht mehr geeignet.

Zusammenfassend gelangten sie zur Einschätzung, dass der Beschwerdeführer die letzten Tätigkeiten als Produktionsleiter und Berufsschullehrer medizinisch-theoretisch nur im 50%-Pensum verrichten könne, wenn diese leidensgerecht ausgestaltet seien. Anamnestisch bestünden daran aber Zweifel , und diese Tätigkeiten entsprächen nicht mehr dem realen Anforderungsprofil, so wie dies noch in der Vorbegutachtung 2010 interpretiert worden sei. Andere leidensgerechte , leichte bis eher sehr leichte Tätigkeiten seien aus psychiatrischer und orthopädisch/traumatologischer Sicht jedoch zu 50 % zumutbar. Der Beschwerdeführer sollte seine jeweilige Arbeitsposition in einem freien Ermessen zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen wechseln können. Er sei in der Lage, Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsgraden , ohne besonderen Zeitdruck, ohne Nachtarbeitsbedingungen, möglichst in konfliktarmem Arbeitsumfeld auszuüben (Urk. 8/175/18 -19) . Rückblickend betrachtet sähen sie seit dem Gutachten vom 11. Oktober 2010 eine Verschlechterung im orthopädischen und psychiatrischen Bereich. Trotz der jetzt zusätzlich diagnostizierten depressiven Störung bestehe aber eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % für adaptierte Tätigkeiten. Ein Teilerfolg sei offenbar erfolgt, die derzeit erhobenen Befunde liessen trotz Opioidkonsum und eingeräumtem Alkoholgenuss eine Tätigkeit im beschriebenen Umfang zu (Urk. 8/175/20). 4.

E. 4

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) mit, dass gemäss ihren Abklärungen seine Erwerbsfähigkeit mit einer mindestens zweimonatigen stationären Entzugsbehandlung und Neueinstellung der Schmerztherapie inklusive Medikamentenmonitoring wesentlich verbessert werden könnte, und forderte ihn dazu auf, zusammen mit seinem Hausarzt diese Massnahme umzusetzen (Urk. 8/109). Der Versicherte nahm dazu am 28. Januar 2011 Stellung (Urk. 8/110, unter Beilage eines Ärztlichen Zeugnisses von Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin, vom 26. Januar 2011 [Urk. 8/111] sowie eines Schreibens von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom gleichen Tag [Urk. 8/112]). In der Folge fand am 23. März 2011 ein Abklärungsgespräch in der D.____ statt (Urk. 8/119/20-23) , und vom 4. bis 11. April 2011

fürhte der Versicherte im Stadtsptal E.____ einen stationären Alkoholentzug durch (Urk. 8/116) . Am 2 1. April 2011 teilte der Versicherte der IV-Stelle unter anderem mit, die Deutsche Rentenversicherung habe nach der letzten Begutachtung festgestellt, dass eine Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei, und habe seine bis anhin zeitlich begrenzte 100%ige Rente in eine unbegrenzte 100%ige Rente umgewandelt (Urk. 8/117 , unter Beilage des Renten-Bescheids der Deutschen Rentenversicherung [Urk. 8/ 118]). Nach weiteren medizinischen und beruflichen Abklärungen (Urk. 8/119 , Urk. 8/126/8 , Urk. 8/121 und Urk. 8/123) kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 12. September 2012

die Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente auf eine Dreiviertelsrente an (Urk. 8/128) . Dagegen erhob der Versicherte am 1 2. Oktober 2012 Einwand (Urk. 8/137) und reichte am 2 6. November 2012

eine ergänzende Begründung nach (Urk. 8/147) . Am 8. Februar 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine interdisziplinäre medizinische Untersuchung (Rheumatologie oder Orthopädie und Psychiatrie) für notwendig erachte und damit – wiederum – das A.____

beauftragt werde

(Urk. 8/152) . Dagegen erhob der Versicherte am 2 2. Februar 2013 diverse Einwendungen (Urk. 8/157). Die IV-Stelle hielt jedoch mit Zwischenverfügung vom 1 5. März 2013 an der Abklärung durch das A.____ sowie an den vorgeschlagenen Gutachten fest (Urk. 8/162). Vom 1 8. April bis 2 9. Mai 2013 hielt sich der Versicherte stationär in der F.____ auf (Urk. 8/172) . Am 24. September 2013

wurde die neuerliche Untersuchung im A.____

durchgeführt . Das betreffende Folgegutachten wurde am 3 1. Oktober 2013 erstattet (Urk. 8/175) . Am 6. und 1 0. Dezember 2013 nahm der Versicherte zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens getätigten Abklärungen Stellung (Urk. 8/177 und Urk. 8/179, unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. B.____ vom 4. Dezember 2013 [Urk. 8/178]). Am 8. Januar 2014 reichte er weitere Arztberichte nach (Urk. 8/180-181). Mit Verfügung vom 2 7. Dezember 2014 (richtig: 2013 [Urk. 2]) setzte die IV-Stelle wie angekündigt die bisherige ganze Rente mit Wirkung ab 1. März 2014 auf eine Dreiviertelsrente herab. Gleichzeitig auferlegte sie ihm erneut (vgl. Urk. 8/109) eine Schadenminderungspflicht (weiterhin Abstinenz von Benzodiazepinen sowie Einstellung des Konsums von Alkohol und Opioiden) . 2.

Da gegen erhob der Versicherte , vertreten durch Rechtsanwalt Martin Hablützel, mit Eingabe vom 2 5. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung aufzuheben und es seien ihm die Leistungen gemäss Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) zuzugestehen, insbesondere sei ihm weiterhin eine ganze Rente über den 1. März 2014 hinaus auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin ersuchte in ihrer Beschwerdeantwort vom 2 6. März 2014 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 31. März 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Am 7. Juli 2014 reichte der Beschwerdeführer eine persönliche Stellungnahme ein (Urk. 10). Diese wurde seinem Rechtsvertreter am 1 3. August 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass im zu beachtenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 1.2) zwischen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 2. November 2007 (Urk. 8/62/2-10) und der angefochtenen Verfügung vom 27. Dezember 2013 (Urk. 2) zumindest in psychischer Hinsicht eine revisionsrechtlich erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten ist. Unter diesen Umständen sind die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit voraussetzungslos, das heisst unabhängig davon, ob sich in somatischer Hinsicht der medizinische Sachverhalt verändert hat oder insoweit ärztlicherseits eine bloss abweichende Beurteilung vorgenommen wurde, neu zu prüfen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_700/2013 vom 26. Dezember 2013 E. 3.3.2 und 8C_351/2014 vom 14. August 2014 E. 2.1).

E. 4.2

Das Gutachten des A.____ vom 11. Oktober 2010 (Urk. 8/108)

sowie das Folgegutachten

des A.____

vom 31. Oktober 2013 (Urk. 8/175) beruhen auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und

wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst. Die Gutachter haben detaillierte Befunde und Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie grundsätzlich die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen (vgl. aber E. 5.5) nachvollziehbar begründet. Die Gutachten des A.____

erfüllen daher grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.3). Namentlich erlauben sie auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss dem kürzlich ergangenen Urteil des Bundesgerichtes 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (vgl. dazu E. 1.1.2 am Ende und E. 4.8).

E. 4.3.1

Mit Blick auf die im Folgegutachten des A.____ vom 31. Oktober 2013 (Urk. 8/175) erhobenen neurologischen und orthopädischen Befunde ist

nicht ersichtlich, weshalb alleine aus somatischen Gründen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehen sollte, wie dies von Dr. B.____ in seinem Bericht vom 4. Dezember 2013 (Urk. 8/178) postuliert worden war.

E. 4.3.2

So liess sich gemäss der Beurteilung des neurologischen Gutachters des A.____ kein radikuläres relevantes Problem erkennen (Urk. 8/108/19). Zum gleichen Schluss gelangte auch Dr. med. L.____ in seinem „Ärztlichen Gutachten für die gesetzliche

Rentenversicherung auf dem Gebiet Neurologie/Psychiatrie“ vom 11. März 2011 (Urk. 8/142/8-9), welches dem - vorliegend unbeachtlichen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_317/2014 vom 16. Juni 2014 E. 2 und vom 8C_500/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 2.1, je mit Hinweisen) - Rentenbe scheid der Deutschen Rentenversicherung (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2) zugrunde lag.

Die von den Gutachtern des A.____ aus somatischer Sicht vorgenommene Ein schätzung (50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit) wurde dementsprechend im ersten Gutachten des A.____ vom 11. Oktober 2010 ausschliesslich mit den Feststellungen im orthopädischen Teilgutachten vom 23. Juli 2010 (Urk. 8/108/31-36) begründet. Darin war einzig festgehalten worden, dass aktuell chronisch anhaltende lumbale und in beide Beine lum b oiszialgieform ausstrahlende Schmerzen mitgeteilt würden . Die allgemeine Motorik sei reduziert. Der Beschwerdeführer gehe mit steif gehaltenem Oberkörper. Im Rahmen der Funktionsprüfung falle ein ausgepräg tes rumpfmuskuläres Defizit auf. Für den Abschnitt der HWS finde sich kein messbares Bewegungsdefizit. Die aktuellen röntgenologischen Abklärungen ergäben Hinweise auf eine mögliche Lockerung der Spondylodeseschraube SWK1 (Urk. 8/108/34 -35). Aufgrund dieser Befunde

ist die vom Beschwerdeführer auch damals subjektiv empfundene vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Tat nicht nachvollziehbar und erscheint die damalige gutachterliche Einschätzung der orthopädisch bedingten Arbeitsunfähigkeit mit 50 % in angepasster Tä tigkeit sogar grosszügig .

E. 4.3.3

Im zweiten orthopädischen Teilgutachten des A.____ vom 24. September 2013 wurde festgehalten, dass sich im Vergleich zur Vorbegutachtung 2010 die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule zwar gebessert habe. Hingegen sei die sta tische Belastbarkeit beeinträchtigt. Auffallend sei ein disharmonischer schwan kender und unsicherer Gang. Entsprechend sei auch das Stehvermögen beeinträchtigt. Für diese Mobilitätsbeeinträchtigungen finde sich keine orthopädisch-somatische Erklärung (Urk. 8/175/29-30) . Seitens der anamnestisch bekannten cervikalen Diskushernie bestehe aktuell keine wesent liche klinische Symptoma tik (Urk. 175/30) . Die im Vorgutachten erhobene „fragliche Implantatlockerung der Spondylodeseschraube SWK1“ wurde nicht mehr erwähnt (vgl. auch Ergeb nisse der Röntenaufnahmen der LWS vom 23. Juli 2010 [Urk. 8/108/34] und vom 4. Oktober 2013 [Urk. 8/175/29]). Als Grund für die im zweiten orthopädi schen Teilgutachten des A.____ postulierte Verschlechterung der qualitativen Leistungsfähigkeit gegenüber dem Zeitpunkt der Vorbegutachtung wurde dem entsprechend einzig eine weitergehende Schmerzchronifizierung genannt (Urk. 8/175/31) .

Die im Folgegutachten vom 3

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als rele vant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Per son 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 psychi schen 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).

An diesem Grundsatz ändert auch das kürzlich ergangene Urteil des Bundesgerichtes 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015, mit welchem die Praxis zur Beurteilung des Anspruches auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert wurde) nichts (vgl. ins besondere E. 3.7 des besagten Urteils).

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