

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 58

Entscheid vom 12. Juni 2023

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwalt Dr.iur. B. _____

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Invalidenrente; Revision)

Sachverhalt:

A. A. _____ war vom 6. Juli 1987 bis am 15. Oktober 2000 als Bauarbeiter bei der C. _____ AG tätig und meldete sich am 23. Januar 2001 bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 4 und 7). Bei den näheren Angaben über die Art der Beschwerden gab er "LWS, DH, Rückenschmerzen bei Belastung verstärkt" an. Die IV-Stelle Schwyz lehnte das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 9. November 2001 mit der Begründung ab, dass die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass A. _____ eine körperlich leichte Tätigkeit ausüben könne und der Invaliditätsgrad nur 11.9% betrage (IV-act. 21).

Das Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit VGE 134/01 vom 17. April 2002 insoweit teilweise gut, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und Neuurteilung an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (IV-act. 27).

In der Zwischenzeit erlitt A. _____ am 23. Februar 2002 einen Autounfall mit Mehrfachverletzung. Die Suva anerkannte ihre Leistungspflicht und sprach A. _____ eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 21% sowie eine Integritätsentschädigung bei einer Integritätseinbusse von 7.5% zu (Suva-act. 1-41ff.+56+66/67).

Nach ergänzenden medizinischen Abklärungen sprach die IV-Stelle Schwyz A. _____ mit Verfügungen vom 6. August 2004 mit Wirkung ab 1. Oktober 2001 eine ganze IV-Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zu (IV-act. 41ff.).

B. Im März 2006 wurde von der IV-Stelle Schwyz von Amtes wegen ein Revisionsverfahren eingeleitet (IV-act. 47). Nach Einholung von zwei medizinischen Gutachten (D. _____ vom 6.12.2006, IV-act. 61; E. _____ vom 30.1.2009, IV-act. 67) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-act. 71) verfügte die IV-Stelle am 30. September 2009 die Herabsetzung der bisherigen ganzen IV-Rente auf eine Viertelsrente per erstem Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung (IV-act. 87-90).

C. In teilweiser Gutheissung der von A. _____ gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 30. September 2009 erhobenen Beschwerde setzte das Verwaltungsgericht mit VGE I 2009 132 vom 15. Januar 2010 den Zeitpunkt der Rentenherabsetzung auf den 1. Dezember 2009 fest. Im Übrigen wies es die Beschwerde ab (IV-act. 98).

Das Bundesgericht hat mit Urteil 9C_122/2010 vom 4. Mai 2010 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde den Entscheid des Verwaltungsgerichts VGE I

2009 132 vom 15. Januar 2010 und die Verfügungsverfügung vom 30. September 2009 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle Schwyz zurückgewiesen, damit sie über die Revision der Invalidenrente neu verfüge (IV-act. 105).

D. Mit Verfügung vom 6. August 2010 sprach die IV-Stelle Schwyz A._____ bei einem IV-Grad von 100% eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. November 2009 zu (IV-act. 116).

E. Nach weiteren medizinischen Abklärungen inkl. Einholung eines polydisziplinären medizinischen Gutachtens (U._____ vom 20.3.2020; IV-act. 158), Abschluss von Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 138, 161, 167) sowie Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-act. 169) führte die IV-Stelle nach Einwendungen von A._____ am 2. Dezember 2020 ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durch (IV-act. 176). Aufgrund einer Notfallbehandlung musste das für den Zeitraum vom 1. April 2021 bis 30. September 2021 geplante Belastbarkeitstraining verschoben werden (IV-act. 181ff.). Die Integrationsmassnahme konnte ab dem 15. Juni 2021 durchgeführt werden und wurde per 3. September 2021 vorzeitig abgebrochen (IV-act. 190, 194).

F. Nach Durchführung eines weiteren Vorbescheidverfahrens (IV-act. 205) verfügte die IV-Stelle am 7. September 2022 die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats (IV-act. 211).

G. Gegen diese Rentenaufhebungsverfügung lässt A._____ am 4. Oktober 2022 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht erheben mit den folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 7. September 2022 sei aufzuheben, und es sei dem Beschwerdeführer weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt.) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Vernehmlassung vom 21. November 2022 beantragt die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Die IV-Stelle hat die Herabsetzung der bisherigen ganzen IV-Rente auf eine Viertelsrente mit Verfügung vom 30. September 2009 insbesondere damit begründet, dass sie sich beim Erstentscheid vom 6. August 2004 auf die medizinischen Unterlagen der D._____ abgestützt habe, die Arbeitsfähigkeit des Ver-

sicherten jedoch nur immer in der angestammten nicht aber in einer leidensangepassten Tätigkeit beurteilt worden sei. Die Verfügung vom 6. August 2004 müsse deshalb offensichtlich als falsch beurteilt und in Wiedererwägung gezogen werden. Des Weiteren sei von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation auszugehen (IV-act. 88).

1.2 Das Verwaltungsgericht hat mit VGE I 2009 132 vom 15. Januar 2010 festgehalten, die Verfügung der IV-Stelle vom 6. August 2004 sei zweifellos unrichtig gewesen, weshalb ein Wiedererwägungsgrund nach Art. 53 Abs. 2 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 vorliege. Die Verwaltung habe aus der ärztlicherseits attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100% in der angestammten Tätigkeit fälschlicherweise auf einen Invaliditätsgrad von ebenfalls 100% geschlossen, ohne vorgängig die Leistungsfähigkeit des Versicherten in leidensangepassten Tätigkeiten abgeklärt zu haben (Erw. 3.7). Des Weiteren wurde die Herabsetzung der ganzen Invalidenrente auf eine Viertelsrente gestützt (Erw. 6.6).

Schliesslich wurde die Frage, ob zusätzlich ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG vorliegt, nicht abschliessend beantwortet. Immerhin wurde festgehalten, dass die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen prima vista gegen eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, welche eine Rentenrevision rechtfertigen würde, sprechen würden (Erw. 7).

1.3 Das Bundesgericht (Urteil 9C_122/2010 vom 4.5.2010) hat den Verwaltungsgerichtsentscheid VGE I 2009 132 vom 15. Januar 2010 sowie die Verfügungsverfügung vom 30. September 2009 mit der Begründung aufgehoben, dass die Wiedererwägungsvoraussetzungen mit Bezug auf die Verfügung vom 6. August 2004 nicht erfüllt gewesen seien. Zwar treffe zu, dass die ursprüngliche Rentenzusprache rechtsfehlerhaft gewesen sei, weil die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht geprüft worden sei. Dies erlaube jedoch noch keinen Schluss darauf, ob und wie stark die Arbeitsfähigkeit allenfalls eingeschränkt gewesen sei (bzw. dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte). Auch wenn eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit kaum nachvollziehbar erscheine, sei aufgrund der Akten doch eine ungewisse Einschränkung anzunehmen. Es stehe damit nicht zweifelsfrei fest, dass der Invaliditätsgrad weniger als 70% betragen habe (Erw. 3.3).

Mangels Auseinandersetzung mit den Revisionsvoraussetzungen im Sinne von Art. 17 ATSG in der Rentenherabsetzungsverfügung vom 30. September 2009 und im Fall der lediglich kursorischen Behandlung dieser Frage im VGE I 2009

132 vom 15. Januar 2010 konnte sich das Bundesgericht nicht damit befassen. Die Aktenlage und die vorinstanzlichen Feststellungen hätten keine hinreichenden Aussagen zur Entwicklung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im massgeblichen Beurteilungszeitraum erlaubt und keine hinreichend schlüssige Beantwortung der Frage nach der Zulässigkeit einer revisionsweisen Herabsetzung der Invalidenrente ermöglicht, weshalb es unumgänglich sei, dass eine mit voller Überprüfungsbefugnis ausgestattete Behörde die erforderlichen medizinischen und erwerblichen Abklärungen treffe und hernach entscheide. Die IV-Stelle, an welche die Sache zurückgewiesen werde, habe in Nachachtung von Art. 17 ATSG und der hiezu ergangenen Rechtsprechung zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die im März 2006 von Amtes wegen eingeleitete Rentenrevison mit Herabsetzung der ganzen auf eine Viertelsrente erfüllt seien (Erw. 4.2f.).

2.1 Am 6. August 2010 hat die IV-Stelle die Verfügung betreffend Anspruch auf eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. November 2009 erlassen (IV-act. 116).

Nach Einholung weiterer medizinischer Unterlagen und Beurteilungen verfügte die IV-Stelle am 7. September 2022 die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente mit der Begründung, dass im massgeblichen Vergleichszeitraum (gemäss IV-Stelle ab August 2004, Erlass der erstmals rentenzusprechenden Verfügung am 6.8.2004) eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung ausgewiesen und ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben seien. Es handle sich nicht lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Ein weiterer medizinischer Abklärungsbedarf sei nicht ersichtlich (IV-act. 211).

2.2 Der Versicherte bestreitet mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 4. Oktober 2022 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes unabhängig vom massgebenden Vergleichszeitraum, macht indes geltend, dass der massgebende Vergleichszeitraum am 6. August 2010 beginne, weil die IV-Stelle an diesem Tag zum letzten Mal über den Anspruch des Versicherten verfügt habe. Die IV-Stelle bzw. die von ihr beauftragten Gutachten beurteilten lediglich den gleich gebliebenen Sachverhalt anders als früher.

3. Streitig und nachfolgend zu prüfen ist somit, ob die Revisionsvoraussetzungen gemäss Art. 17 ATSG erfüllt sind sowie insbesondere auf welchen Vergleichszeitraum abzustellen ist, und ob die IV-Stelle in der Folge mit Verfügung vom 7. September 2022 zu Recht die seit 1. Oktober 2001 bzw. seit 6. August 2010 ausgerichtete ganze Rente aufgehoben hat.

4. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung

vom 19. Juni 2020, AS 2021 705, BBI 2017 2535). Im Rahmen dieser Revision, in welcher ein stufenloses Rentensystem eingeführt wurde, womit die bisherigen Rentenstufen grundsätzlich wegfallen, wurde auch Art. 17 ATSG angepasst. Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (WEIV) lit. c (Nichtanpassung laufender Renten von Rentenbezügerinnen und -bezügern, die das 55. Altersjahr vollendet haben) gilt jedoch für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben (wie vorliegend der Versicherte) das bisherige Recht. Das heisst, dass Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen weiterhin zu einer Revision führen sollen, wobei sich die Höhe des Rentenanspruchs weiterhin nach den bisherigen Bestimmungen zu richten hat (vgl. BBI 2017, S. 2680).

Damit sind im konkreten Fall die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vom 17. Januar 1961 sowie des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. sinngemäss Bundesgerichtsurteil 8C_564/2021 vom 27.4.2022 Erw. 2).

4.1 Voraussetzung für eine Rentenrevision bildet die Änderung des Invaliditätsgrads einer rentenbeziehenden Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise (Art. 17 Abs. 1 ATSG, in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung). Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 368 Erw. 2 mit Hinweis). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung dar (BGE 144 I 103 Erw. 2.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_678/2020 vom 10.12.2020 Erw. 3.2 mit Verweis auf BGE 141 V 9 Erw. 2.3). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 Erw. 2.3; Bundesgerichtsurteil 8C_94/2022 vom 29.6.2022 Erw. 3.2.2).

4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpas-

sung an die Behinderung (Bundesgerichtsurteil 8C_94/2022 vom 29.6.2022 Erw. 3.2.2 m.V.a. BGE 144 I 103 Erw. 2.1 und 141 V 9 Erw. 2.3). Für eine Rentenanpassung genügt indes nicht bereits irgendeine Veränderung im Sachverhalt. Eine hinzugetretene oder weggefallene Diagnose stellt somit nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverbesserung oder -verschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentanspruch berühren. An einem Revisionsgrund nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG mangelt es daher beispielsweise, wenn die Sachverhaltsänderung lediglich in einer Reduktion oder Erhöhung des erwerblichen Arbeitspensums liegt und dieser Umstand für sich allein nicht anspruchrelevant ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_357/2019 vom 17.12.2019 Erw. 2 mit Verweis auf BGE 141 V 9 Erw. 2 und Erw. 5.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_42/2019 vom 16.8.2019 Erw. 5.2).

4.3 Zu ergänzen ist, dass der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens wesentlich davon abhängt, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständig nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt, um auf einen geänderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_94/2022 vom 29.6.2022 Erw. 3.2.3 m.w.H.; 8C_384/2022 vom 9.11.2022 Erw. 2.3).

Je mehr medizinisches Ermessen bei der Stellung einer Diagnose und der ärztlichen Einschätzung der Funktionseinschränkungen im Spiel ist, desto wichtiger ist es, den gutachtlichen Befund einer Veränderung möglichst solide auf klinische Feststellungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten zu stützen und diese Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Nur so kann dem

Gutachten hinreichend zuverlässig entnommen werden, dass die in den Schlussfolgerungen beschriebene Differenz nicht wesentlich einer unterschiedlichen Wertung zuzuschreiben ist. Auf der anderen Seite darf die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Beurteilungen, bei denen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden. Bei einer stark ermessensgeprägten Einschätzung, die weniger auf Messung und anderweitig normierter Feststellung als auf interpretationsbedürftigen Befundtatsachen beruht, kann etwa eine Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, für den Nachweis einer tatsächlichen Veränderung besondere Bedeutung erlangen (vgl. zum Ganzen Bundesgerichtsurteil 9C_71/2015 vom 29.9.2015 Erw. 8.2 m.V.a. Urteil BGer 9C_418/2010 vom 29.8.2011 Erw. 4.4; vgl. auch Urteil BGer 9C_382/2020 vom 7.10.2020 Erw. 2.1).

4.4.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 Erw. 4).

4.4.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 Erw. 3a; 122 V 157 Erw. 1c).

4.4.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der

Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 Erw. 3a).

4.4.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_437/2012 vom 6.11.2012 Erw. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 Erw. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 Erw. 4).

4.4.5 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/bb).

5.1 Zu prüfen ist zunächst, welche Verfügung der IV-Stelle die ursprüngliche Rentenverfügung (und somit den massgebenden Zeitpunkt) darstellt, mit welcher die streitige Revisionsverfügung vom 7. September 2022 zu vergleichen ist.

Die IV-Stelle geht von der Verfügung vom 6. August 2004 - mit welcher dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2001 zugesprochen wurde - als ursprüngliche Rentenverfügung und somit vom 6. August 2004 als massgebender Vergleichszeitpunkt aus (vgl. Ingress lit. A).

Der Versicherte geht von der Verfügung vom 6. August 2010 - mit welcher die IV-Stelle dem Versicherten bei einem IV-Grad von 100% eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. November 2009 zusprach - als ursprüngliche Rentenverfügung und somit vom 6. August 2010 als massgebender Vergleichszeitpunkt aus (vgl. Ingress lit. D).

5.2 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 Erw. 5.4; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_337/2022 vom 2.12.2022 Erw. 2.2; 8C_663/2018 vom 18.3.2019 Erw. 3.1.2).

5.3 Die IV-Stelle hat - nach Erhalt des Bundesgerichtsentscheides am 25.5.2010 (vgl. IV-act. 106) und nota bene nachdem das Bundesgericht die Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und neuem Entscheid betreffend Revision zurückgewiesen hat - die Ausgleichskasse mit Schreiben vom 2. Juni 2010 darum ersucht eine Verfügung betreffend rückwirkenden Rentenanspruch ab 1. November 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 100% zu erstellen (IV-act. 112). Dementsprechend wurde am 6. August 2010 die Verfügung betreffend Anspruch auf eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. November 2009 erlassen (IV-act. 116). Eine weitergehende Begründung der Verfügung vom 6. August 2010 lässt sich den Akten nicht entnehmen. In der Zwischenzeit - jedoch nach Anweisung der Ausgleichskasse durch die IV-Stelle - ist am 2. Juli 2010 lediglich eine Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes Zentralschweiz (RAD) erfolgt (vgl. IV-act. 113-4/5). Darin wurde jedoch nicht die Frage beurteilt, ob ein Revisionsgrund vorliegt bzw. ob eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vielmehr erfolgte eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenbemessung (vgl. auch IV-act. 113-3/5). Erst ab März 2011 hat die IV-Stelle sodann weitere Sachverhaltsabklärungen veranlasst (IV-act. 119ff.).

Der Verfügung vom 6. August 2010 ist demnach - wenn überhaupt - nur ein geringer Abklärungsaufwand der Verwaltung vorangegangen. Eine materielle Prüfung und eine Begründung der Verfügung durch die IV-Stelle ist - entgegen den Vorbringen des Versicherten - nicht erfolgt. Eingehende Sachverhaltsabklärungen waren sodann nicht nur aufgrund der Rückweisung durch das Bundesgericht notwendig, auch das Verwaltungsgericht (dessen Entscheid durch das Bundes-

gericht ebenfalls aufgehoben wurde) hat in VGE I 2009 132 vom 15. Januar 2010 Erw. 7 lediglich festgehalten, dass die (bis dahin) bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen prima vista gegen eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sprechen würden. Das bedeutet indes nicht, dass ergänzende Abklärungen nicht zu einem anderen Ergebnis zu führen vermögen. Es ist somit im Einklang mit der IV-Stelle davon auszugehen, dass die Verfügung vom 6. August 2010 lediglich aus formalen Gründen - im Sinne einer Bestätigung des bisherigen Rentenanspruchs nach Aufhebung der Rentenrevisionsverfügung vom 30. September 2009 durch das Bundesgericht - erfolgt ist. Unerheblich ist dabei, ob diese Verfügung formal erforderlich war oder inwiefern die IV-Stelle daran gebunden ist. Massgebend ist vorliegend einzig, dass sie nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruhte und somit nicht als Vergleichsbasis für die Rentenüberprüfung dienen kann.

Zeitliche Referenzpunkte für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bilden damit im konkreten Fall auf der einen Seite die angefochtene Verfügung vom 7. September 2022, mit welcher die bisherige ganze Rente eingestellt wurde, und auf der anderen Seite die ursprüngliche Rentenverfügung vom 6. August 2004 mit welcher dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze IV-Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2001 zugesprochen wurde. Die im dazwischen liegenden Zeitraum erfolgte Verfügung vom 6. August 2010, welche den bisherigen Rentenanspruch bestätigte, erfolgte nach den vorliegenden Akten ohne umfassende materielle Abklärungen, weshalb sie bei der Festlegung der zeitlichen Referenzpunkte ausser Acht fällt.

6. Die Rentenzusprache am 6. August 2004 erfolgte aufgrund des folgenden medizinischen Sachverhaltes.

6.1 Der Versicherte war vom 7. bis 27. Dezember 2000 in der V. _____ (Klinik) zur Therapie hospitalisiert mit den Diagnosen (IV-act. 8-3/6):

Lumboradikuläres Syndrom S1 links bei

- medialer bis mediolateral linksseitig nach inferior sich erstreckender Diskushernie L5/S1 mit angedeuteter Foramenstenose L5/S1 beidseits bei zirkulärer Diskusprotrusion

Nikotinabusus (80 Zigaretten täglich, > 20 py)

Adipositas

Gemäss Beurteilung sei bei Eintritt eine Wirbelsäulenfehlhaltung mit Hyperlordose der LWS, Myogelose im Bereich der lumbalen paravertebralen Muskulatur links sowie ein links nicht auslösbarer Achillessehnenreflex auffällig gewesen.

Daneben habe sich eine leichte indolente Schiefstellung der HWS nach rechts gezeigt. Der Lasègue sei links bei 80° positiv, eine Schmerzauslösung ohne Ausstrahlung beim Vornüberbeugen mit gestreckten Beinen sowie bei Druck auf die paravertebrale lumbale Muskulatur links gegeben gewesen. Das Gangbild habe ein Schonhinken links bei ansonsten sicherem Gang gezeigt. Der leichte Kraftverlust im Bereich der Kennmuskeln L5 und S1 links sei dezent ausgeprägt gewesen und am ehesten im Rahmen des begleitenden Schmerzes interpretiert worden. Sensibilitätsausfälle hätten keine festgestellt werden können. Eine Schmerzlinderung und Stabilisation hätten nicht erreicht werden können. Falls sich im weiteren Verlauf keine Besserung der Beschwerdesymptomatik abzeichne, sei eine weiter schwere körperliche Tätigkeit des im Baubereich als Hilfsarbeiter tätigen Versicherten nicht möglich und ein Arbeitswechsel unumgänglich (IV-act. 8-4/6).

6.2 Gemäss Beurteilung von Dr.med. F. _____ (Ärztin für allgemeine Medizin) vom 24. Februar 2001 - bei den bekannten Diagnosen (vgl. vorstehende Erw. 6.1) - soll der Versicherte eine schwere körperliche Tätigkeit mit Lastenheben und eine ungünstige Arbeitsposition - die eine Belastung für die LWS bedeutet - nicht ausführen. Eine andere Tätigkeit, ohne Belastung der LWS, sei zumutbar (IV-act. 8-2/6).

6.3 Gegenüber dem Berufsberater äusserte der Versicherte gemäss Schlussbericht vom 20. Juli 2001 im Rahmen von 50% auf der Baustelle leichtere Arbeiten in Zusammenarbeit mit seinem Bruder zu verrichten (IV-act. 11).

6.4 Gemäss Bericht von Dr.med. F. _____ vom 3. Dezember 2001 habe die belastungsabhängige Schmerzsymptomatik, welche aber auch in Ruhe aufträte, stark zugenommen. Der Versicherte habe seine Arbeit, auch in reduziertem Pensum, nicht mehr verrichten können und sei ab 19. September 2001 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 24).

6.5 Am 25. Juli 2002 erfolgte eine kreisärztliche Abschlussuntersuchung durch Dr.med. G. _____ (FMH Orthopädische Chirurgie), nachdem der Versicherte am 23. Februar 2002 mit dem Auto verunfallte und sich dabei eine Kompressionsfraktur th11, eine Ellbogenluxation links adominant sowie eine Rippenfraktur C6 rechts lateral und dorsolateral zuzog. Zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung waren Ellbogenluxation und Rippenfraktur C6 rechts vollständig und gut ausgeheilt. Restbeschwerden fanden sich noch im Bereich der thoracalen Kompressionsfraktur th11. Zudem wurde eine unfallfremd bestehende und ausgeprägte lumbale und lumbosacrale Discushernienproblematik festgestellt (Suva-act. 1-66f./67).

Am 16. Dezember 2002 nahm Dr.med. H._____ (Leitender Oberarzt Wirbelsäule/ Orthopädie, D._____) eine Nukleotomie L5/S1 rechts und semi-rigide Fixation mittels Dynesis L4-S1 vor.

6.6 Am 9. Januar 2003 erstellte Dr.med. Z._____ (Assistenzärztin Orthopädie der D._____) gegenüber der IV-Stelle einen Arztbericht mit den Diagnosen (IV-act. 29):

Radikuläre Beschwerdesymptomatik S1 rechts
Vertebragene Beschwerdesymptomatik
St.n. Nukleotomie L5/S1 rechts und semirigide Fixation mittels Dynesis L4-S1, am 16.12.02 durch Dr. H._____
St.n. diversen Rippenfrakturen, Milzruptur und Fraktur BWK 10/11 vom Februar 02

Sodann wurden folgende Befunde erhoben: "Entlastungshinken links. Schmerzen im linken Bein bei Beugung. Schiefstand des Beckens. Bei axialem Druck auf die Wirbelsäule gibt der Patient starke Schmerzen im linken Bein und im Rücken an. Romberg-Test im linken Test ++ positiv. Reflexe im linken Bein auslösbar, aber im Vergleich zu rechts vermindert. Sensibilität links ist ebenfalls vermindert, genauso wie die Fussheber-Funktion links. Durchblutung links i.O. Insgesamt beurteilt liegt eine schwere Schmerzsymptomatik vor."

6.7 Im Verlaufsbericht vom 16. April 2003 schildert Dr.med. F._____ einen stationären Gesundheitszustand. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos, die Beschwerden im Bereich des linken Beines seien regredient bis vollständig verschwunden. Die Schmerzsymptomatik im Bereich der LWS sei unverändert geblieben (IV-act. 31).

6.8 Am 22. April 2003 hielt Dr.med. H._____ fest, dass sich vier Monate postoperativ die lumbale Beschwerdesymptomatik fest etabliert habe und den Versicherten erheblich behindere. Die Therapie habe wegen der zunehmenden Beschwerdesymptomatik nicht ordnungsgemäss durchgeführt werden können. Die Übersichtsaufnahme habe eine unveränderte Implantatlage ohne Lockerungszeichen gezeigt (IV-act. 35).

6.9 Dr.med. I._____ (Oberarzt Orthopädie, Wirbelsäulen und Rückenmarkschirurgie, D._____) erhob am 27. Februar 2004 den Befund einer reizlos verheilten Narbe, ein deutlich antalgisches Gangbild mit nach vornüber gebeugter Haltung, kurzschrittig und unsicher. Fersen- und Zehenstand seien nur knapp demonstriert worden und der Versicherte habe sich sehr unbeweglich gezeigt. Es habe eine Schmerzhaftigkeit der gesamten LWS inkl. des thorakolumbalen Überganges und des lumbosacralen Überganges bestanden (IV-act. 38). In der Beurteilung hielt Dr.med. I._____ fest, dass

beim Versicherten ein chronisches eher noch zunehmendes Schmerzbild mit belastungsabhängigen Lumboischialgien nicht radikulär bestehe. Radiologisch lasse sich eine progrediente Schraubenlockerung insbesondere der Etage L4 verifizieren. Beim Versagen der Dynesistherapie werde eine Revision mit Versteifung der Etagen L4-S1 empfohlen. Zuvor werde jedoch eine Abklärung mit MRI zur Beurteilung der Bandscheibenpathologie und zum Ausschluss von zusätzlichen Kompressionen von Nervenwurzeln bzw. Myelon empfohlen. Zusätzlich bestehe hier sicherlich auch ein Mischbild mit Schmerzausweitung auch Richtung thorakolumbalem Übergang. Der Versicherte erinnere mehrfach an seinen Unfall und die damit verbundene Fraktur. Es werde zudem eine Beurteilung durch Prof. Dr.med. J. _____ empfohlen.

6.10 Am 6. April 2004 hielt Prof. Dr.med. J. _____ (Leitender Arzt Schmerzzentrum) betreffend Beurteilung der Operationsindikation aus psychosomatischer Sicht fest, dass zweifellos eine organisch bedingte Schmerzproblematik bestehe, wobei die in der Zuweisung erwähnte Ausweitung der Schmerzen durchaus im Sinne einer muskulären Dysbalanzierung entlang des Achsenorgans betrachtet werden dürfe. Eine Operation sei grundsätzlich überlegenswert, wobei man sich im vorliegenden Fall fragen müsse, inwiefern eine mit dem Operationserfolg zu verbindende Schmerzfreiheit den Versicherten auch "berufsfähig" mache. Letzteres stelle er in Anbetracht der Tätigkeit des Versicherten (körperlich, mitunter schwere Belastungen der Wirbelsäule) eindeutig in Frage. Wegen der spärlichen Schulung und unzureichender Deutschkenntnisse (nota bene bei einer durchaus guten Intelligenz) werde eine Umschulung nicht möglich sein. Somit (er gehe von einer langfristigen Berufsunfähigkeit und vor diesem Hintergrund Unfähigkeit die Existenz zu sichern aus) werde die Überprüfung der Berechtigung zum Erhalt einer IV-Rente der einzige Weg sein. Einer 100%-igen IV-Berentung würde er nach Durchsicht der Akten und der Präsentation im Gespräch zustimmen (IV-act. 39).

Subjektiv schilderte der Versicherte gegenüber Prof. Dr.med. J. _____ u.a., dass er weder richtig sitzen, noch stehen, noch laufen könne. Seine Beschwerden seien jeweils durch Lageänderung kurzfristig positiv zu beeinflussen. Die Symptome vor der Operation im Dezember 2002 seien im Bereich des linken Beines ausgeprägt gewesen. Dieses habe wegen Kraftlosigkeit versagt. Der Versicherte sei deshalb häufig gestürzt. Diese Symptomatik habe sich nach der Operation deutlich gebessert. Weiter bestünden Symptome, welche auf den Unfall vom Februar 2002 zurückzuführen seien. Die Beschwerden seien hauptsächlich in der lumbalen Region lokalisiert. Sie seien bei Bewegung (hauptsächlich Bücken) bzw. Belastung der lumbalen Region stark ausgeprägt. Keine therapeutischen Massnahmen führten zu einer anhaltenden Besserung.

Klinisch hielt Prof. Dr.med. J._____ fest, dass der Versicherte stets bei klarem Bewusstsein, voll orientiert sei. Das Verhalten in der Untersuchung sei adäquat. Kognitive Leistungen seien intakt, das Denken klar und geordnet, die Stimmung ausgeglichen, affektive Reaktionen adäquat, die Psychomotorik ruhig und es bestünden keine Hinweise auf aggraviorisches Verhalten. Die Exploration sei in der Muttersprache des Versicherten erfolgt.

6.11 Am 1. Juli 2004 wurde beim Versicherten eine Revisionsoperation mit OS-ME und stabiler Fusion L4-S1 vorgenommen (IV-act. 66-21/41).

6.12 Mit Verfügung vom 6. August 2004 wurde dem Versicherten infolge langdauernder Krankheit bei einem Invaliditätsgrad von 100% ab 1. Oktober 2001 eine ganze IV-Rente zugesprochen (IV-act. 41ff.).

7. Nachdem im März 2006 von Amtes wegen ein Revisionsverfahren eingeleitet wurde, ergibt sich aus den Akten zum Gesundheitszustand des Versicherten was folgt.

7.1 Mit Bericht vom 1. Mai 2006 bestätigte Dr.med. F._____, dass der Gesundheitszustand des Versicherten seit ihrem letzten Bericht vom 23. April 2003 stationär sei bzw. keine wesentlichen Veränderungen des Allgemeinzustandes und des subjektiven Befindens vorliegen würden, der Versicherte weiterhin ausgebauter analgetische Behandlung benötige und sich keine neuen Aspekte im neurologischen Status zeigten. Zurzeit seien keine neuen therapeutischen Massnahmen vorgesehen. Die Prognose sei unverändert (IV-act. 48).

7.2 Am 19. Mai 2006 erfolgte eine Stellungnahme des RAD von Dr.med. K._____, wonach man beim Status nach Spondylodese L4-S1 eine Arbeitsfähigkeit von 50% mindestens bei leidensangepasster Erwerbstätigkeit erwarte. Prof. Dr.med. J._____ habe im April 2004 mit der "spärlichen Schulung und Deutschkenntnissen" IV-fremde Kriterien berücksichtigt, weshalb der Entscheid verständlich aber falsch gewesen sei. Dr.med. F._____ habe einen Monat postoperativ selbst ausgeführt, dass eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Erwerbstätigkeit in Zukunft möglich sei. Das sei gemäss Dr.med. K._____ richtig gewesen. Die Rente sei auch zugesprochen worden, weil der Versicherte kurz nach einer Operation stand und das Gericht den Fall zu weiteren Abklärungen zurückgewiesen habe. Es sei eine Verlaufsuntersuchung bei der D._____ einzuholen. Vorläufig würden folgende funktionellen Einschränkungen vorliegen: "Die Fixierung L4/L5/S1 (durch Spondylodese im 12.02) nimmt die Mobilität der lumbosakralen Scharnier weg und belastet den Nachbarsegment L3/4: Risiko einer 2e DH. Aus dem Grund Lastentragen max 10-15 kgs,

was auf einer Baustelle nicht geht. Beschwerden lumbal werden angegeben." Bei angepasster Tätigkeit sollte mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 50% zumutbar sein (IV-act. 49-3f./4).

7.3 Die D. _____ teilte der IV-Stelle am 23. Oktober 2006 mit, dass der Versicherte seit Dezember 2004 nicht mehr bei ihnen in Behandlung sei (IV-act. 51). In der Folge erhielt sie von der IV-Stelle den Auftrag für eine medizinische Abklärung (IV-act. 53). Das Gutachten der D. _____ (gestützt auf eine Untersuchung des Versicherten am 5.12.2006) wurde am 6. Dezember 2006 erstellt und ging bei der IV-Stelle am 10. Januar 2008 ein (IV-act. 61). In der Beschreibung der Krankheitsentwicklung wurde u.a. - neben der ersten Wirbelsäulenoperation L4-S1 am 16. Dezember 2002 - was folgt festgehalten (IV-act. 61-2/9):

Postoperativ persistierende Beschwerden mit eher noch Zunahme seiner Beschwerden, insbesondere lumbal belastungsabhängiger Art, damals überwiegend Rückenschmerzen 70% und 30% Beinschmerzen, in den Röntgenabklärungen zeigte sich eine Lockerung der Dynesisschrauben bei semirigider Fixierung, so dass ihm eine Revisionsoperation empfohlen wurde. Diese wurde am 01.07.2004 im Sinne einer Osteosynthesematerialentfernung Dynesis L4-S1 sowie transpedikuläre Reinstrumentierung L4-S1 (Moss Miami) mit Zementierung L4 bds und tranforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion (TLIF) L4/5 und L5/S1 mit intercorporeller Spongiosaplastik vom rechten hinteren Beckenkamm sowie Bandscheibenersatzkörpereinlage intervertebral L4/5 und L5/S1 durchgeführt. Im weiteren Verlauf profitierte der Patient zunächst von diesem Eingriff, gemäss seinen Angaben, für die Dauer von einem Jahr mit einer Schmerzlinderung um ca. 50%, konnte besser Laufen, im weiteren Verlauf dann wiederum Zunahme der Beschwerden sowohl im Rücken als auch im Bein im Laufe der letzten 1-1,5 Jahren.

Den subjektiven Angaben des Versicherten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerden zum Zeitpunkt der Untersuchung seit ca. einem Jahr bestehen würden, und dass der Versicherte etwa 70-80% seiner vor der zweiten Operation bestandenen Beschwerden beschreibe (IV-act. 61-3/9). Objektiv beschreibt der untersuchende Arzt Dr.med. I. _____ (IV-act. 61-4/9) ein antalgisches Gangbild mit Entlastungsschonhinken des linken Beines bei zusätzlich bestehender Beinlängenverkürzung von 1-2 cm links. Die Wirbelsäule sei gesamthaft im Lot mit Beckenschiefstand und -tiefstand links, Zehen- und Fersenstand sei möglich. Die Narben am Rücken seien reizlos verheilt, es bestünden keine Hinweise für Rötung, Schwellung oder Überwärmung. Festgehalten wird weiter eine relativ diffuse Druckdolenz beginnend am thorakolumbalen Übergang über die gesamte Lendenwirbelsäule bis zum lumbosacralen Übergang, eingeschränkte schmerzhaft bewegliche Beweglichkeit in allen Richtungen mit Schmerzverstärkung bei Inklination, mehr als in Reklination. Die Seitneigung sei noch relativ gut möglich, Rotation sei schmerzhaft ebenfalls eingeschränkt. Die Hüften seien beidseits gut beweglich

mit endgradigen Rückenschmerzen bei Innenrotation rechts mehr als links, die Knie seien unauffällig, die Muskulatur seitengleich kräftig ausgeprägt ohne Hinweise für Atrophien. Der Röntgenbefund vom 5. Dezember 2006 wurde mit den Voraufnahmen vom 22. Oktober 2004 verglichen (unveränderte Implantatstellung ohne Lockerungszeichen und ohne Korrekturverlust). Des Weiteren hielt Dr.med. I. _____ was folgt fest (IV-act. 61-5ff./9):

4. Diagnosen

Chronische Lumboischialgie bds linksbetont

St. n. Osteosynthesematerialentfernung (Dynesys) L4-S1

Transpedikuläre Reinstrumentierung L4-S1 (Moss Miami) mit Zementierung L4 bds
Transforaminale lumbale intersomatische Fusion (TLIF) L4/5 und L5/S1 mit intercorporeller Spongiosaplastik vom rechten hinteren Beckenkamm sowie Bandscheibenersatzkörpereinlage intervertebral L4/5 und L5/S1 (Depuy Acromed Bananencage) am 01.07.2004

bei

Schraubenlockerung Dynesis

Chronische Lumboischialgie links

St. n. Nukleotomie L5/S1 rechts und semirigide Fixation mittels Dynesis L4-S1 am 16.12.02

Nebendiagnosen

St. n. BWK11 Kompressionsfraktur konservativ behandelt

St. n. Ellenbogenverletzung links und Rippenfraktur nach Autounfall am 22.02.02

Adipositas

5. Beurteilung und Prognose

Aus den heute durchgeführten neuen Röntgenbildern inkl. MRI ergeben sich keine neuen Aspekte bezüglich der Beschwerden des Patienten, es besteht ein chronischer therapierefraktärer Restzustand, keine Hinweise für Instabilität im Bereich der ehemaligen Fusion, keine Hinweise für eine epifusionale Degeneration der darüber liegenden Etagen. Somit ergeben sich aus den vorliegenden Untersuchungen auch keine neuen wirbelsäulenchirurgischen Indikationen.

(...)

B. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

1. Beeinträchtigungen (qualitativ und quantitativ) aufgrund der festgestellten Störungen auf der psychisch geistigen Ebene, auf der körperlichen Ebene, im sozialen Bereich:

Psychisch geistig macht der Patient heute zwar einen deprimierten jedoch klaren Eindruck, gibt adäquat Auskunft und Affektcontinent.

Auf der körperlichen Ebene zeigt der Patient eine eher zunehmende Verschlechterung seiner initial erreichten Verbesserung im Vergleich zur Untersuchung vor 1,5 Jahren, diese Beschwerden haben es ihm bisher nicht erlaubt eine Steigerung seiner körperlichen Leistungsfähigkeit vorzunehmen, diese bleibt auch in Zukunft unwahrscheinlich.

Im sozialen Bereich gibt der Patient soweit oberflächlich eruiert keine Probleme an.

2. Auswirkungen der Störungen auf die bisherige Tätigkeit

2.1 Wie wirken sich die Störungen auf die bisherige Tätigkeit aus?

Die Störungen erlaube es dem Patienten nicht, seine Arbeitsfähigkeit zu steigern, klinisch hat er sich eher verschlechtert, es verbleibt bei einer therapierefraktären 100% Arbeitsunfähigkeit.

(...)

Der Patient ist körperlich in seinem Beruf als Bauarbeiter nicht mehr einzusetzen.

(...)

2.5 Seit wann besteht eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr?

Mindestens seit 2001.

2.6 Wie hat sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit seither entwickelt?

Der Patient hat sich trotz zwei Wirbelsäulenoperationen in seiner Arbeitsfähigkeit nicht verbessern können, ist weiterhin 100% arbeitsunfähig.

C. Auswirkungen auf die Eingliederungsfähigkeit

1. Sind Rehabilitationsmassnahmen möglich, im Gange oder vorgesehen?

(...) Hingegen denke ich, dass durch einen Ausbau, bzw. Fortführen der konservativen Therapie, insbesondere einer konsequenteren Rumpfmuskulaturstabilisierung sowie einer konsequenten medizinisch geführten Gewichtsabnahme möglicherweise eine klinische Besserung, bzw. Stabilisierung des Zustandes erreicht werden kann. Zusätzlich habe ich dem Patienten heute aufgrund der Beinlängendifferenz einen Schuhausgleich von +1 cm links rezeptiert als Versuch zur Entlastung.

Weitere Betreuung durch den Hausarzt, bzw., bei zunehmenden Beschwerden gegebenenfalls stationäre Rehabilitation mit idealer Weise, gleichzeitiger Berufstestung, z. B. in W._____.

(...)

3. Sind der versicherten Person andere Tätigkeiten zumutbar?

3.1 Wenn ja, welchen Anforderungen muss der Arbeitsplatz aus medizinischer Sicht genügen, und was ist bei einer Tätigkeit besonders zu beachten?

Eine medizinisch sinnvoll angepasste Belastung scheint aufgrund im Ausmass der Beschwerden im Augenblick nicht möglich.

3.2 In welchem zeitlichen Rahmen sind den Störungen angepasste Tätigkeiten zumutbar (Stunden pro Tag)?

Dies lässt sich nur im Rahmen einer standardisierten Arbeitsbelastungstestung eruieren, meines Erachtens ist dies aber klinisch unwahrscheinlich.

3.3 Besteht dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit? Wenn ja, in welchem Ausmass?

Momentan ist der Patient bis auf weiteres 100% arbeitsunfähig.

3.4 Wenn keine anderen Tätigkeiten mehr zumutbar sind, wie lässt sich dies begründen?

Siehe obere Ausführungen.

7.4 Die RAD-Ärztin Dr.med. L._____ führte in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2008 aus, dass auf das Gutachten der D._____ vom 6. Dezem-

ber 2006 nicht abgestellt werden könne, weil diese als Behandlungsstelle nicht zur Erstellung eines Gutachtens zugelassen sei (IV-act. 62-2/2). Ausserdem sei eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit medizinisch-theoretisch nicht nachvollziehbar. Eine mindestens 50%-ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sollte möglich sein. Abschliessend schlug Dr.med. L. _____ der IV-Stelle vor, ein Gutachten der X. _____ oder des E. _____ einzuholen.

7.5 Am 6. Januar 2009 wurde der Versicherte vom E. _____ in internistischer/ allgemeinmedizinischer, psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht untersucht. Im entsprechenden Gutachten vom 30. Januar 2009 stellten Dr.med. M. _____ (Internistische/ allgemeinmedizinische Fallführung), Dr.med. N. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr.med. O. _____ (Fachärztin für Rheumatologie) nach dem Studium sämtlicher Vorakten und einer ausführlichen Anamneseerhebung sodann folgende Diagnosen (IV-act. 67-17f./20):

5.1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.5)
 - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
 - Nukleotomie L5/S1 rechts und semirigide Fixation mittels Dynesis L4 bis S1 am 16.12.2002
 - wegen Schraubenlockerung Osteosynthesematerialentfernung L4 bis S1 und transpedikuläre Reinstrumentierung L4 bis S1 mit Zementierung L4 beidseits, transforaminale lumbale intersomatische Fusion (TLIF) L4/5 und L5/S1 mit intercorporeller Spongiosaplastik vom rechten hinteren Beckenkamm sowie Bandscheibenersatzkörpereinlage intervertebral L4/5 und L5/S1 am 01.07.2004
 - radiologisch keine Hinweiszeichen für Lockerung
 - kernspintomographisch 12/2006 regelrechter postoperativer Befund, kein Nachweis einer Diskushernie in den über dem Operationsgebiet liegenden Segmenten

5.2 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Adipositas, BMI 35 kg/m² (ICD-10 E66.0)
2. Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
 - unbehandelt
3. Leichte Erhöhung der Leberwerte
 - DD im Rahmen der Adipositas, Medikamentennebenwirkung
4. St. n. BWK11-Kompressionsfraktur am 23.02.2002 (ICD-10 T08.0)
 - aktuell beschwerdefrei

Zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten führte das E. _____ aus was folgt (IV-act. 67-18f./20):

6.2 Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in anderen Tätigkeiten

Der Explorand gab seine Tätigkeit als Bauarbeiter im Mai 2000 auf und ist seither keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen.

Aus Sicht des Bewegungsapparates wirkt sich das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom mit St. n. zwei grossen Operationen im Bereich von L4 bis S1 aus. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter ist dem Exploranden somit bleibend nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit und ohne Einnahme wirbelsäulenbelastender Zwangshaltungen besteht eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 30%, entsprechend einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%.

Weder aus psychiatrischer noch aus anderweitiger somatischer Sicht liegen Befunde oder Diagnosen vor, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

6.3 Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Aufgrund der anamnestischen Angaben, unserer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gehen wir davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Exploranden seit der bestehenden Rentenzusprache eingeschränkt ist. Nach der zweiten Operation am 01.07.2004 stellte sich eine kontinuierliche Verbesserung der somatischen Situation ein bis hin zur oben im Abschnitt 6.2 dargelegten Situation. Eine genaue Rückdatierung der aktuellen Arbeitsfähigkeit ist mangels nachvollziehbarer Arztzeugnissen in den letzten Jahren nicht möglich, sodass wir die von uns festgestellte Arbeitsfähigkeit seit spätestens Januar 2009 mit Sicherheit bestätigen.

6.4 Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person

Wir stimmen mit dem Exploranden überein, dass die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar ist. Hierdurch kann jedoch keine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Erwerbstätigkeit begründet werden. Die Ursache für diese Diskrepanz ist IV-fremd und liegt in einer Selbstlimitierung, in einer Entwöhnung von der Arbeit, in einer ungenügenden Ausbildung für eine berufliche Reintegration in einer dem Leiden adaptierten Tätigkeit sowie in der Angst, die bisherige IV-Rente zu verlieren, begründet.

Ferner sind bei der Untersuchung des Exploranden teilweise Diskrepanzen zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektivierbaren Befunden aufgefallen. Verschiedene Wirbelsäulenuntersuchungen ergaben inkonsistente Resultate. Beispielsweise war der Finger-Boden-Abstand stark eingeschränkt, beim Lasègue erfolgte eine lumbale Schmerzangabe beidseits bei 50°, dies kontrastiert mit dem unbehindert möglichen Langsitz.

Entgegen seinen Angaben gegenüber zwei verschiedenen Untersuchungen nimmt der Explorand das Analgetikum Novalgin nur sporadisch ein, wie wir auf Grund des tiefen Wirkstoffspiegels im Blut feststellen mussten. Auch der Wirkstoff von Oxycontin lag tiefer als bei der Dosierung von mindestens zwei Tabletten täglich erwartet wird. Da es sich bei Oxycontin um ein retardiertes Präparat handelt, ist eine starke individuelle Variabilität der Wirkstoffkonzentration möglich. Somit kann im Einzelfall von der gemessenen Wirkstoffkonzentration auf die effektiv eingenommene Medikamentendosis und das Einnahmeintervall geschlossen werden.

Zudem ist der Explorand in der Lage, lange Strecken mit seinem Auto zurückzulegen. Während der Weihnachtsfeiertage legte er den Weg nach Y._____ mit dem Auto zurück, wobei er sich beim Fahren mit seiner Ehefrau abwechselte.

6.5 Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen

Aus Sicht des Bewegungsapparates besteht eine gute Befundübereinstimmung zum Bericht von Dr. I._____ vom 05.12.2006. Hingegen kann die von ihm attestierte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit auch für eine adaptierte Tätigkeit nicht

nachvollzogen werden. Siehe hierzu Abschnitt 4.2.6 des psychiatrischen (recte: rheumatologischen) Teilgutachtens.

Aus psychiatrischer Sicht besteht eine Diskrepanz zur Einschätzung von Professor J._____ in seinem Bericht vom 06.04.2004. Siehe hierzu Abschnitt 4.1.7 des psychiatrischen Gutachtens.

(...)

Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten nahm das E._____ in den psychiatrischen und rheumatologischen Teilgutachten wie folgt Stellung (IV-act. 67-12/20 und IV-act. 67-17/20):

4.1.7 Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen

In den Akten finden sich keine eigentlichen psychiatrischen Einschätzung und Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit. Prof. J._____ von der D._____ ging 2004 auch nach erneuter Operation von einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Bauarbeiter aus. Aufgrund des geringen Bildungsniveaus und der unzureichenden Deutschkenntnisse sah er eine Umschulung nicht für möglich. Er beurteilte die Schmerzen als organisch bedingt. Die von ihm genannten Faktoren sind aber psychosoziale Faktoren, die in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht einfließen dürfen. Ausserdem wurde von Dr. J._____ die Selbstlimitierung und Dekonditionierung nicht berücksichtigt. Der Explorand kann durchaus einfache Arbeiten verrichten. Dass die Haushaltsarbeiten hauptsächlich von der Ehefrau besorgt werden und er selber wenig mithilft, ist auch kulturell bedingt. Es besteht kein deutlicher sozialer Rückzug. Deutliche Konzentrationsstörungen liegen nicht vor. Es besteht eine chronische somatische Problematik. Eine psychische Störung mit Krankheitswert liegt aber nicht vor.

(...)

4.2.6 Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen

Die im Rahmen der Begutachtung von Dr. I._____, Leitender Oberarzt Wirbelsäulen Chirurgie der D._____ am 05.12.2006 gestellten Diagnosen decken sich mit den unsrigen. Bezüglich der von ihm attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bauarbeiter besteht ebenfalls Übereinstimmung. Die von ihm festgestellte 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten ist aus unserer Sicht als zu hoch anzusehen. Bei den durch ihn vorgenommenen klinischen, radiologischen und kernspintomographischen Untersuchungen finden sich keine derart gravierenden Befunde, die eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit rechtfertigen. Eine derart hohe Arbeitsunfähigkeit kontrastiert zum heutigen Zeitpunkt auch ganz klar zu den vom Exploranden im Alltag durchgeführten Aktivitäten, langen Autofahrten etc.. Eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit bestand lediglich im Rahmen der postoperativen Rekonvaleszenz vom Juli bis Dezember 2004.

Als Hauptproblem schilderte der Versicherte gegenüber den Gutachtern u.a. das Leiden unter lumbalen Rückenschmerzen, vor allem beim Stehen und beim Gehen sowie beim Drehen auf die Seite während der Nacht. Am stärksten seien die Schmerzen beim Aufstehen aus dem Sitzen sowie beim Spazieren. Als zweites Problem habe der Versicherte eine Schmerzpersistenz im Bereich der

linken Thoraxhälfte und dem linken Arm bei Status nach Frakturen anlässlich des Autounfalles 2002 geschildert (IV-act. 67-7/20).

7.6 Die IV-Stelle hat gestützt auf das E._____ -Gutachten mit Verfügung vom 30. September 2009 die bisherige ganze IV-Rente auf eine Viertelsrente herabgesetzt insbesondere mit der Begründung, dass der Erstentscheid vom 6. August 2004 offensichtlich falsch gewesen sei, nachdem die Arbeitsfähigkeit des Versicherten immer nur in der angestammten Tätigkeit und nie in einer leidensangepassten Tätigkeit beurteilt worden sei. Diese Verfügung wurde vom Verwaltungsgericht mit VGE I 2009 132 vom 15. Januar 2010 bestätigt, vom Bundesgericht mit Urteil 9C_122/2010 vom 4. Mai 2010 indes wieder aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen zum Zweck, ergänzende medizinische und erwerbliche Abklärungen vorzunehmen und die Sache in Nachachtung von Art. 17 ATSG zu prüfen (vgl. vorstehende Erw. 1.1ff.).

7.7 RAD-Arzt Dr.med. P._____ hat mit Stellungnahme vom 2. Juli 2010 was folgt festgehalten (IV-act. 113-4/5):

Bis 07. 2004 lag für alle Arbeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit vor. Der Versicherte wurde im 07.2004 ja zum zweiten Mal operiert.

Das E._____ geht davon aus, dass mit einer 6-monatigen Heilungsphase zu rechnen sei (bis Ende 2004), was durchaus der allgemeinen medizinische Erfahrung entspricht.

Meines Erachtens sollte deshalb ab 01.2005 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, wie im E._____ -Gutachten angegeben, angenommen werden, wobei dann bis 12.2004 eine vollständige AUF bestand.

Die vorhandenen Akten sprechen dem nicht entgegen. Im 12.2006 zeigte ein MRI ein gutes postoperatives Resultat ohne Diskushernien und ähnlichem.

Der RAD nahm im 05.2006 bereits an, dass eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliege.

Zwar gibt die D._____ im Gutachten von 12.2006 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit an. Hier ist aber zu beachten, dass angegeben wurde, dass, ... eine medizinisch sinnvoll angepasste Belastung ... aufgrund des Ausmasses der Beschwerden im Augenblick nicht möglich..." schein. Hier wurde bei der Beurteilung also lediglich das subjektiv geklagte Beschwerdebild berücksichtigt und nicht die klar ausgewiesenen objektiven Einschränkungen, was nicht statthaft ist.

Zudem wird der Röntgenbefund mit demjenigen von 10.2004 verglichen (inkl. MRI von 12.2006). Es ergab sich zum Gutachtenzeitpunkt wie auch in den Voraufnahmen von 2004 eine unveränderte Implantatstellung, ohne Lockerungszeichen, ohne Korrekturverlust, ohne Hinweise auf Mehrbeweglichkeit, normale Beweglichkeit der darüber liegenden Etagen ohne Hinweis für Wirbelgleiten, kein Hinweis auf Stenosen oder foraminale Kompression etc.

Insgesamt lag also schon im 10.2004 eine medizinische Situation vor (bildgebende Diagnostik), die sich im 12.2006 unverändert präsentierte und vom E._____ als zu 70% arbeitsfähig in angepasster Arbeit interpretiert wurde. Das subjektiv ge-

klagte Beschwerdebild kann angesichts dieser Aktenlage aus meiner Sicht nicht massgebend sein bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit.

7.8 Am 8. Juli 2011 reichte der (den Versicherten seit Januar 2010 behandelnde) Hausarzt Dr.med. Q._____ einen Verlaufsbericht (unter Beilage weiterer Berichte der D._____ aus dem Jahr 2009) ein, wonach der Versicherte an einem schweren degenerativen LWS-Syndrom mit Z.n. Verblockungs-OP 2002 L4 bis S1 und Z.n. Metallentfernung 2009 (recte: 2004) sowie an einem chronifizierten LWS-Schmerzsyndrom mit linksseitigem Schonhinken leide (IV-act. 125-2ff./12). Gemäss Dr.med. Q._____ sei der Versicherte im alten Beruf auf nicht absehbare Zeit 100% arbeitsunfähig. Der 100% IV-Rentenanspruch sei weiter begründet aber eine leichte Reintegrationsmassnahme (halbschichtige, sehr leichte Tätigkeit mit Hebebelastung unter 5 kg, in Wechselposition, sitzen und stehen abwechselnd, ohne Lauf- und Tragebelastung möglich) könne versucht werden. Der aktuelle Befund lautete wie folgt (IV-act. 125-4/12): "permanentes Schonhinken und hypotrophierte Muskulatur linkes Bein, keine Sensibilitätsstörungen; 2. opiatpflichtiges, chronisches Schmerzsyndrom LWS mit auslösbarem KS, DS und deutliche eingeschränkter LWS-Flexion".

7.9 Im Verlauf berichtete Prof. Dr.med. J._____ am 26. August 2015 betreffend eine gleichentags erfolgte Konsultation (erstmal wieder seit August 2011) von im Wesentlichen unveränderten lumbalen Beschwerden mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität im Dermatome S1 links, wobei die Schmerzen gemäss Aussagen des Versicherten intensiver seien als im Jahr 2011 und auch der Schlaf beeinträchtigt sei (Schwitzen oder Aufstehen erforderlich; IV-act. 129-3/4). Gemäss eigenen Angaben benötige der Versicherte nach dem Aufstehen am Morgen bis zu einer Stunde "Anlaufzeit", müsse jeweils sitzen bis die Medikation wirke. Danach gehe es einigermaßen, wobei bestimmte Haltungen / Aktivitäten schmerzauslösend seien und andere gut toleriert würden. Sitzen sei unvorteilhaft, wenn der Rücken nicht richtig abgestützt werden könne. Gehen sei relativ problemlos, weshalb der Versicherte viel spazieren gehe. Nach Zunahme der Schmerzen lege sich der Versicherte hin, wobei er eine gewisse Zeit benötige, bis die Schmerzen abnehmen würden. Das Liegen sei ansonsten nicht schmerzhaft. Die Intensität der Schmerzen sei mittelstark (IV-act. 129-4/4).

7.10 Der Hausarzt des Versicherten Dr.med. Q._____ hielt im Januar 2016 gegenüber der IV-Stelle einen stationären Gesundheitszustand seit Juli 2011 fest (IV-act. 130-1/5).

7.11 Im Rahmen der eingliederungsorientierten Rentenrevision äusserte der Versicherte gegenüber der IV-Stelle im Juli 2018 wöchentlich ca. eine Stunde Auto zu fahren, wobei er eine Stunde am Stück fahren könne. Seine Arme seien dabei aufgestützt. Wenn es ihm sehr gut gehe, sei auch manchmal eine längere Fahrt am Stück möglich. Des Weiteren hinke er links permanent, habe Schmerz- ausstrahlungen in die linken Zehen, beugen und bücken gingen nur bedingt und sehr erschwert, Rückenschmerzen habe er in der Lendengegend permanent und im oberen Rücken belastungs- und bewegungsbedingt, gehen könne er ca. 30 Minuten am Stück, sitzen könne er länger als 30 Minuten, wenn er sich abstützen könne, stehen könne er nur ca. 15 Minuten am Stück, am wenigsten Schmerzen habe er, wenn er ständig die Position wechseln könne und beim Liegen, der Schlaf sei sehr unterschiedlich und mit vielen Unterbrüchen verbunden. Er gehe jeden Tag spazieren, mache leichte Hausarbeiten, schaue TV, gehe einkaufen und trage dann immer an beiden Händen (Gewichtsausgleich) max. 5 kg schwere Taschen. Die gesundheitliche Situation habe sich in den letzten Jahren nicht verbessert (IV-act. 138).

7.12 Am 24. Oktober 2019 erfolgte eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr.med. R._____ (Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), in welcher er zum einen auf die Berichte von Prof. Dr.med. J._____ und Dr.med. Q._____ verwies sowie das E._____ - Gutachten vom Januar 2009 zusammenfasste (IV-act. 141). Zum anderen hielt er fest, dass im weiteren Verlauf keine wesentlichen therapeutischen Massnahmen ausgewiesen seien, bis auf die - gemäss Versichertem "notwendige" - Einnahme von Oxycontin und Novalgin (was allenfalls durch einen Bluttest nachgewiesen werden könne). Im Bericht der D._____ vom 26. August 2015 sei keine relevante Verschlechterung ausgewiesen (ein Untersuchungsbefund sei nicht dokumentiert). Aus RAD-Sicht könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin mindestens auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit in der gutachterlichen Stellungnahme des E._____ -Gutachtens vom 30. Januar 2009 abgestimmt werden. In der Zwischenzeit seien keine Behandlungen ausgewiesen. Es könnte allenfalls eine Zunahme der muskulären Dekonditionierung und der Adipositas ausgewiesen sein. Die aktuelle Leistungsfähigkeit sei allenfalls im Rahmen einer MEDAS-Begutachtung zu evaluieren.

7.13 Am 20. März 2020 erstellte das U._____ ein polydisziplinäres orthopädisch-psychiatrisch-internistisches Gutachten, welches der IV-Stelle am 21. April 2020 zugestellt wurde (IV-act. 158). Die Fragestellung der IV-Stelle an die Gutachterstelle lautete, ob im Vergleich zur erstmaligen Rentenzusprache eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 1. Januar 2005 erkennbar und

wie die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu beurteilen sei. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde u.a. was folgt festgehalten (IV-act. 158-35ff./91):

Relevante Diagnosen:

Die Schmerzen in der Lendenwirbelsäule und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben können teilweise auf die im MRI sichtbare mässige Spondylarthrose L3/4 und Spinalkanalstenose zurückgeführt werden. Bei radiologisch fehlender Nervenwurzelkompression kann allerdings die gelegentliche Ausstrahlung der Schmerzen in die Zehen III bis V links nicht objektiviert werden.

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Pseudolumboischialgie links bei Spondylarthrose L3/4 mit mässiger Spinalkanalstenose, ossärer Konsolidation nach transpedikulärer Reinstrumentierung L4 bis S1 mit Zementierung L4 beidseits, TLIF L4/5 und L5/S1 mit autologer Spongiosaplastik und Bandscheibenersatzkörpereinlage intervertebral L4/5 und L5/S1 7/2014 sowie Nukleotomie L5/S1 rechts und semirigidier Fixation mittels Dynesis L4 bis S1 12/2002

Begründung der Gesamtarbeitsunfähigkeit:

Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit:

Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Baugewerbe, körperlich schwer und häufig in kalter und feuchter Umgebung, primär stehend und gehend, mit häufig inklinierten und rotierten Körperhaltungen, beträgt auf Grund der Pseudolumboischialgie links bei Spondylarthrose L3/4 mit mässiger Spinalkanalstenose, der ossären Konsolidation nach transpedikulärer Reinstrumentierung L4 bis S1 mit Zementierung L4 beidseits, der TLIF L4/5 und L5/S1 mit autologer Spongiosaplastik und Bandscheibenersatzkörpereinlage intervertebral L4/5 und L5/S1 7/2014 sowie der Nukleotomie L5/S1 rechts und semirigidier Fixation mittels Dynesis L4 bis S1 12/2002 seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 35 % (Arbeitsunfähigkeit 65 %). Der vorangehende Zeitraum kann retrospektiv orthopädisch nicht beurteilt werden, da nicht klar ist, seit wann die jetzt festgestellte Spondylarthrose L3/4 mit mässiger Spinalkanalstenose effektiv besteht.

Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit:

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, können spätestens seit 12/2006 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden.

Fallspezifische Fragen:

Ist im Vergleich zur erstmaligen Rentenzusprache eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 01.01.2005 erkennbar?

Im Gegensatz zu 1/05 ist jetzt eine mässige Spondylarthrose L3/4 mit Spinalkanalstenose dokumentiert.

Aus internistischer Sicht besteht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit jeher.

Aus psychiatrischer Sicht dürfte sich die erstmalige Rentenzusprache auf das somatische Gutachten der D. _____ vom 06.12.2006 stützen. Eine damals

durchgeführte psychiatrische Untersuchung ist in den Aktenunterlagen nicht ersichtlich. Es wurde lediglich im Rahmen des E. _____-Gutachtens 01/2009 eine psychiatrische Beurteilung durchgeführt, die keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergab. Auch lassen sich weiterhin keine psychischen Störungen mit Krankheitswert erheben.

Wie ist die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu beurteilen?

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, können spätestens seit 12/2006 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden.

Hat sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der oben genannten massgeblichen Verfügung zugrunde lag, eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben?

Welche Veränderungen bei Befunden und Diagnosen stellen Sie fest?

Im Gegensatz zu 1/05 ist jetzt eine mässige Spondylarthrose L3/4 mit Spinalkanalstenose dokumentiert.

Aus internistischer Sicht siehe oben.

Aus psychiatrischer Sicht keine.

Seit wann ist die Veränderung des Gesundheitszustandes anzunehmen?

Die Veränderung wurde anlässlich der jetzigen Begutachtung dokumentiert.

Haben sich durch die genannten Veränderungen die Arbeitsunfähigkeit in angestammter und die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verändert?

Wenn ja, ab wann und in welchem Ausmass?

Die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Baugewerbe, (...) seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 35 % (Arbeitsunfähigkeit 65 %). Der vorangehende Zeitraum kann retrospektiv orthopädisch nicht beurteilt werden, da nicht klar ist, seit wann die jetzt festgestellte Spondylarthrose L3/4 mit mässiger Spinalkanalstenose effektiv besteht.

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, können spätestens seit 12/2006 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden.

7.14 Dr.med. R. _____ äusserte in seiner Stellungnahme vom 28. Mai 2020, dass das MEDAS-Gutachten U. _____ nachvollziehbar, schlüssig und widerspruchsfrei sei. Die im Gutachten erwähnten Inkonsistenzen / Selbstlimitierung seien ausreichend gewürdigt worden. Im Vergleich zu den Vorgutachten sei jetzt zusätzlich eine mässige Spondylarthrose L3/4 mit mässiger Spinalkanalstenose in diesem Segment ausgewiesen ohne grosse funktionelle Relevanz. Ein Revisionsgrund liege vor. Im E. _____-Gutachten von 2009 würden die funktionellen Einschränkungen mit den subjektiven Äusserungen des Versicherten begründet, ohne Angabe von adäquaten, korrelierenden pathologischen Befunden. Eine Befundveränderung im Sinne einer weiteren Verbesserung sei seit dem Zeitpunkt anzunehmen gewesen. Der

letzte Revisionsgrund finde sich nach Abschluss der Rehabilitation nach der zweiten Rückenoperation von 7/04 nach Durchbau der Spondylodese. Letztere sei 12/06 offenbar dann endlich dokumentiert worden. Der Revisionsgrund zum Entscheid von 4/04 sei somit der nachgewiesene Durchbau der Spondylodese, nach der Reoperation von 7/04: mit einer stabilen Spondylodese sei ein gebesserter Gesundheitszustand erreicht worden. Im neuen U._____ Gutachten werde im strukturierten Beweisverfahren aufgezeigt, dass beim Versicherten ein vollschichtiges Leistungsvermögen in einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen sei, und das spätestens ab 12/2006 (IV-act. 160).

7.15 Dr.med. Q._____ berichtete der IV-Stelle am 15. Mai 2021, dass der Versicherte nach erfolgreicher Rekonvaleszenzphase nach Gallen-OP ab 1. Juni 2021 ein leichtes IV-Training bis zu 20% im geschützten Rahmen, in Wechselbelastung, mit sehr leichter Hebe- und Tragetätigkeit beginnen könne. Limitierend sei das chronische, degenerative LWS-Schmerzsyndrom und die jahrelange Dekonditionierung vom Arbeitsprozess, so dass man schauen müsse, was der Versicherte im Verlauf leisten könne (IV-act. 189).

7.16 Der Versicherte hat im April und Juni 2021 Dr.med. S._____ (Facharzt für Neurochirurgie) konsultiert. Letzterer hat im Bericht vom 1. Juni 2021 u.a. festgehalten, dass MRI-Bilder der LWS vom Februar 2021 (welche der Versicherte mitgebracht habe) die Veränderungen (Recessus lateralis-Stenosen L3/4, Beginnende Spondylolisthese L3/4 und chronische Lumbago mit beidseitiger Ischialgie in Rechtsbetonung) zeigen würden. Die Etagen L4/5 und L5/S1 seien knöchern durchgebaut. Es werde eine Verschlechterung des Befundes gegenüber Juli 2020 zitiert, laut Befund habe die Stenose bei L3/4 noch etwas zugenommen. Bei L3/4 sehe man deutliche Facettgelenksarthrosen und auch eine Bandscheibenprotrusion, insgesamt das Bild von funktionellen Recessus lateralis-Stenosen. Es sei auch eine leichte Anterolisthese von L3/4 gegenüber L4 von 2 mm zu sehen. In der Beurteilung wurde zum weiteren Vorgehen festgehalten, dass die konservative Therapie (u.a. mit Reduktion von Gewichtsverlust) weitergeführt würde. Es sei denkbar, dass die progrediente Degeneration des ersten beweglichen Segmentes bei L3/4 weiter in relativ rascher Folge voranschreiten werde. In diesem Falle wäre eine Erweiterung der Therapie mit diagnostisch-therapeutischen Facettgelenksinfiltrationen L3/4 als nächster Schritt zu empfehlen (IV-act. 193).

7.17 Mit Arzzeugnis vom 1. September 2021 bescheinigte Dr.med. Q._____ dem Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 80% für den Zeitraum vom 1. bis 30. September 2021 mit der Begründung, dass der Versicherte - aufgrund eines

fortgeschrittenen degenerativen LWS-Syndroms und Z.n. zweimaliger Operation mit Mehretagendegeneration und Radixreizung - auf Dauer zu 80% arbeitsunfähig sei. Eine weitere Operation im hochgradig degenerierten LWS-Bereich sei nicht erfolgsversprechend. Die vorherige ärztliche Einschätzung eines IV-Gutachters ohne direkte ärztliche Untersuchung, mit geschätzter, angeblicher "Reintegrationsfähigkeit bis 100% für leichte Arbeiten" sei medizinisch nicht zutreffend (IV-act. 195).

7.18 Am 6. November 2021 bescheinigte Dr.med. Q._____ weiterhin einen stationären Gesundheitszustand des Versicherten (IV-act. 198-1/6).

7.19 Am 19. Februar 2022 verfasste Dr.med. T._____ (Psychiatrie und Psychotherapie) einen Bericht an die IV-Stelle, wonach der Versicherte seit 1. Februar 2021 in ihrer Behandlung und zu 100% arbeitsunfähig sei (IV-act. 201). Gleichzeitig hält Dr.med. T._____ fest, dass der Versicherte unter grosser Anstrengung leichte körperliche Arbeiten, für ca. zwei Stunden, ausführen könne, was häufig eine zusätzliche Schmerzmedikation erfordere (IV-act. 201-6/10). Zur aktuellen Symptomatik hielt Dr.med. T._____ anhaltende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine und starker negativer Auswirkung auf die Alltagsgestaltung fest. Zudem bestünden eine ständige gedankliche Beschäftigung mit den Schmerzen, eine depressive, pessimistische Stimmung mit psychomotorischer Hemmung, Antriebs- und Freudmangel sowie Schlafprobleme. Im Behandlungsverlauf wurde u.a. festgehalten, dass unter der aktuellen psychopharmakologischen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Behandlung eine Stabilität auf einem tiefen Funktionsniveau erreicht worden sei. Eine weitere Verbesserung der Belastbarkeit aus psychiatrischer Sicht sei leider nicht zu erwarten. Durch Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen könne die erreichte Stabilität weiterhin unterstützt werden. Die psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauten: "Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10: F45.4) [und] Leichte depressive Störung (ICD 10: F32.1)" (IV-act. 201-4f./10).

7.20 Der RAD-Arzt Dr.med. R._____ hält mit Stellungnahme vom 21. April 2022 fest, dass die im Rahmen der Wiedereingliederung aufgetretenen Schmerzen am ehesten auf eine vermutlich ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung des Versicherten, in Kombination mit Adipositas, zurückzuführen seien. Medizinisch theoretisch sei in dieser Phase eine verstärkte Behandlung mit Antalgika, Physiotherapie, MTT evtl. Facetteninfiltrationen und begleitende diätetische Massnahmen sinnvoll, was nachvollziehbar vom

behandelnden Neurochirurgen Dr.med. S._____ so empfohlen werde. Eine psychotherapeutische Therapie sei berufsbegleitend zumutbar. Eine pauschale Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung von 80% sei nicht zielführend. Eine allenfalls zweimonatige 100%-ige Arbeitsunfähigkeit nach der Gallenblasenoperation vom 17. März 2021 sei nachvollziehbar. Aus versicherungsmedizinischer RAD-Sicht könne weiterhin auf die gutachterliche Stellungnahme vom 16. März 2020 (recte: 20.3.2020) abgestützt werden. Es könne eine Wiedereingliederung beginnend mit 20% empfohlen werden, eher im geschützten Rahmen für die Dauer von drei Monaten, mit dann langsamer stufenweisen Steigerung in 10% Abschnitten (IV-act. 203).

7.21 RAD-Arzt Dr.med. R._____ nimmt in seiner Stellungnahme vom 4. August 2022 u.a. auf den Bericht von Dr.med. S._____ vom 1. Juli 2021 (recte: 1.6.2021) Bezug, indem er festhält, dass die bei Progredienz der Beschwerden empfohlene Facetteninfiltration im weiteren Verlauf bisher nicht durchgeführt worden sei. Insgesamt seien die degenerativen Veränderungen in Höhe L3/4 bereits im MEDAS-Gutachten vom 16. März 2020 (recte: 20.3.2020) beschrieben worden. Eine kernspintomographisch inzwischen nachgewiesene leichte Zunahme des Befundes müsse wie in diesem Fall nicht zwingend mit einer klinisch nachweisbaren Verschlechterung korrelieren. Der klinische Untersuchungsbefund von Dr.med. S._____ entspreche weitgehend dem Untersuchungsbefund im MEDAS-Gutachten. Aus psychiatrischer Sicht würden sodann im MEDAS-Gutachten keine psychiatrischen Diagnosen mit Krankheitswert und mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Es könne somit aus RAD-Sicht weiterhin am U._____ -Gutachten und der versicherungsmedizinischen RAD-Beurteilung festgehalten werden (IV-act. 209).

8. Nachfolgend zu prüfen ist, ob die Revisionsvoraussetzungen gemäss Art. 17 ATSG erfüllt sind. Voraussetzung für eine Rentenrevision bildet die Änderung des Invaliditätsgrads einer rentenbeziehenden Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise (vgl. vorstehende Erw. 4.1).

8.1 Im konkreten Fall ist zu berücksichtigen, dass bei der rentenbegründenden - und im Vergleichszeitraum relevanten - Verfügung vom August 2004 von einem Invaliditätsgrad von 100% bei einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (in allen Tätigkeiten) ausgegangen wurde, woraus ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente resultierte. Das bedeutet, dass eine Gesundheitsverschlechterung vorliegend von vornherein keinen Anlass zur Rentenrevision geben kann. Besteht bereits ein Anspruch auf eine ganze Rente, ist deren Erhöhung rechtlich ausgeschlossen. Eine weitere gesundheitliche Verschlechterung kann daher in einem solchen Fall

nicht geeignet sein, den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_42/2019 vom 16.8.2019 Erw. 5.3.2).

Die IV-Stelle begründet die Rentenrevision somit zu Recht nicht mit der Geltendmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten. Im U. _____-Gutachten wird zwar - auf die Frage, ob sich im Vergleich zur erstmaligen Rentenzusprache eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe - auf die im Vergleich zum Januar 2005 neu dokumentierte mässige Spondylarthrose L3/4 mit Spinalkanalstenose hingewiesen (IV-act. 158-36/91). Allerdings vermag eine einzelne hinzugetretene Diagnose nicht ohne weiteres eine (erhebliche) Gesundheitsverschlechterung auszuweisen (vgl. vorstehende Erw. 4.2). Vielmehr sind - gerade im konkreten Fall, in welchem die IV-Stelle beim Versicherten nicht von einer Gesundheitsverschlechterung, sondern einer verbesserten gesundheitlichen Situation ausgeht - weitere Elemente zu berücksichtigen und zu prüfen, ob die (geltend gemachten) veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. vorstehende Erw. 4.3).

Des Weiteren darf die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird (vgl. vorstehende Erw. 4.3). Dies ist vorliegend insbesondere deshalb zu berücksichtigen, weil die lumbalen Schmerzen des Versicherten nur teilweise plausibilisiert und somit nachvollzogen werden können. Damit aber gilt vorliegend wie auch bei psychiatrischen Beurteilungen, dass ein erhebliches medizinisches Ermessen bzw. ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden. Damit aber ist zum einen der gutachtliche Befund einer Veränderung möglichst solide auf klinische Feststellungen, gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten zu stützen und diese Elemente in Beziehung zu den medizinischen Vorakten und den dort gesetzten Anknüpfungstatsachen zu bringen. Zum andern ist bei einer stark ermessensgeprägten Einschätzung, die weniger auf Messung und anderweitig normierter Feststellung als auf interpretationsbedürftigen Befundtatsachen beruht, etwa eine Auseinandersetzung mit der Genese des Gesundheitsschadens, den das Krankheitsgeschehen unterhaltenden Faktoren, notwendig (vgl. vorstehende Erw. 4.3).

Schliesslich ist es im konkreten Fall schwierig, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich, wie bspw. die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (vgl. vorste-

hende Erw. 4.2), zu vergleichen, nachdem die Rentenzusprache im Jahr 2004 ohne Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer leidensangepassten Tätigkeit erfolgte. Hierzu sind die Akten im streitigen Zeitraum eingehend zu prüfen und zu beurteilen.

8.2 Aus den Akten ergeben sich vorliegend folgende Anhaltspunkte, welche für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten seit der rentenbegründenden Verfügung vom 6. August 2004 sprechen.

8.2.1 Der Versicherte meldete sich im Januar 2001 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an, aufgrund der LWS, DH und Rückenschmerzen (bei Belastung verstärkt), und nachdem er im Oktober 2000 seine Arbeitstätigkeit als Bauarbeiter beendet hatte (IV-act. 4-4f./7). Spätestens ab Dezember 2000 wurde dem Versicherten eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (in der angestammten Tätigkeit) attestiert (IV-act. 8-3/6). Die Hausärztin des Versicherten attestierte im Februar 2001 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bei schwerer körperlicher Tätigkeit mit Lastenheben und ungünstigen Arbeitspositionen, die eine Belastung für die LWS bedeuten würden. Eine andere Tätigkeit, ohne Belastung der LWS sei dem Versicherten jedoch zumutbar (IV-act. 8-2/6). Der Versicherte hat auch noch im Juli 2001 insbesondere Schmerzen im Rücken und damals noch Ausstrahlungen in das linke Bein geschildert. Zudem hatte er Schmerzen bei jeder Bewegung angegeben, er könne nicht lange sitzen, stehen, sich nicht mehr bücken und nur eine halbe Stunde gehen. Dennoch - und entsprechend der Beurteilung seiner Hausärztin - war der Versicherte unbestritten in der Lage, bei seiner bisherigen Arbeitgeberin zu einem Pensum von 50% "leichtere" Arbeiten (nageln, leichte Sachen schalen, aufräumen, putzen, Krahn fahren etc.) zu verrichten (vgl. IV-act. 11-1/2; vgl. auch IV-act. 39-2/2, 66-37/41).

Die IV-Stelle ging daraufhin davon aus, dass der Versicherte eine Arbeit ohne Belastung der Wirbelsäule zu 100% ausführen könne. In der Folge konnte der Versicherte diese leichtere Arbeit jedoch ab dem 19. September 2001 nicht mehr verrichten, zudem wurde eine Operationsindikation gestellt, weshalb die IV-Stelle weitere Sachverhaltsabklärungen vornehmen musste (gemäss VGE 134/01 vom 17.4.2002 Erw. 3). Nach dem Unfall vom Februar 2002 sowie der ersten Operation im Dezember 2002 lässt sich sodann den Akten am 9. Januar 2003 ein Entlastungshinken links sowie ein Schiefstand des Beckens entnehmen (IV-act. 29-2/2). Die postoperative Behandlung war zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen (IV-act. 31-1/2). Aus dem Verlaufsbericht der D. _____ vom 22. April 2003 ergibt sich, dass sich vier Monate nach der Nukleotomie L5/S1 rechts und semirigidier Fixation die lumbale Beschwerdesymptomatik fest etabliert habe und den Versicherten erheblich behindere. Die Therapie habe wegen der zu-

nehmenden Beschwerdesymptomatik nicht ordnungsgemäss durchgeführt werden können. Dies bei unveränderter Implantatlage ohne Lockerungszeichen (IV-act. 35). Am 21. Juli 2003 wurde im Verlaufsbericht der D. _____ festgehalten, dass die Beschwerdesymptomatik unverändert bestehend sei. Bei weiterem Therapieversagen sei die semirigide Fixation durch eine Spondylodese in eine rigide Fixation umzuwandeln (IV-act. 33). In der Folge wurde im Februar 2004 von der D. _____ gar von einer weiteren Verschlechterung mit Zunahme der Rückenschmerzen sowie Ausstrahlung in beide Beine über die Hüfte berichtet. Der Versicherte schilderte eine Schmerzverstärkung bei längerem Gehen, die Gehstrecke sei vermindert auf fünf Minuten, und Sitzen auf harter Unterlage (müsse sich dabei mit den Armen abstützen). Im Liegen komme es zu einer Schmerzlinderung. Insgesamt habe der Versicherte im Vergleich zum voroperativen Zustand mehr Rückenschmerzen, etwas weniger Beinschmerzen (vgl. vorstehende Erw. 6.10). Im Befund wurde ein deutlich antalgisches Gangbild mit nach vornüber gebeugter Haltung, kurzschrittig und unsicher, geschildert. Zudem seien Fersen- und Zehenstand nur knapp demonstriert worden. Neurologisch bestünden nicht radikuläre diffuse Hypästhesien im linken Bein. Radiologisch zeigten sich sodann bereits klare Hinweise für eine Schraubenlockerung (IV-act. 38). Die IV-Stelle hat daraufhin bereits im April 2004 eine Rente bei einem IV-Grad von 100% ab Oktober 2001 vorgesehen und dies im Anschluss am 6. August 2004 verfügt (IV-act. 40-3/3 und 44). In der Zwischenzeit wurde der Versicherte am 1. Juli 2004 erneut operiert (IV-act. 66-21/41), was jedoch bis zur Rentenzusprechung und auch kurz danach nicht zu einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten führte. Zwar ist im Bericht vom 8. Juli 2004 von einer allmählichen Regredienz der Beschwerden die Rede (IV-act. 66-21/41), im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2004 wird jedoch festgehalten, dass der Versicherte im Wesentlichen eine gleich bleibende Symptomatik wie im Rahmen der letzten Kontrolle vom 17. August 2004 (IV-act. 66-19/41), nämlich unveränderte starke belastungsabhängige Rückenschmerzen, insbesondere Verstärkung beim Gehen, Schmerzlinderung beim Liegen, und eine auf 10 Minuten verkürzte Gehstrecke, schildere. Die Beinschmerzen seien nach wie vor gebessert im Vergleich zum präoperativen Zustand, jedoch klage er zusätzlich über Dysästhesien im linken Fussrückenbereich. Das Gangbild war deutlich schmerzgeplagt und kurzschrittig (IV-act. 66-27/41; vgl. auch IV-act. 66-29/41).

8.2.2 Im konkreten Fall ist somit zunächst zu berücksichtigen, dass die ursprüngliche Rentenzusprache auf einem erst vorläufigen medizinischen Befund beruhte, nachdem die zweite Operation am 1. Juli 2004 und somit nur wenige Wochen vor der Rentenzusprache (am 6.8.2004) erfolgte. Die gesundheitliche Situation des Versicherten hat sich somit im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache

noch nicht als konsolidiert dargestellt (vgl. Bundesgerichtsurteile 8C_275/2011 vom 7.6.2011 Erw. 3.4; 8C_503/2013 vom 23.12.2013 Erw. 5.6).

8.2.3 Im U._____ -Gutachten wurde von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit Dezember 2006 ausgegangen, wobei sich dem Gutachten eine Begründung für den Zeitpunkt nicht entnehmen lässt. In der Stellungnahme des RAD vom 28. Mai 2020 wird hierzu festgehalten, dass sich der letzte Revisionsgrund nach Abschluss der Rehabilitation nach der zweiten Rückenoperation vom Juli 2004 nach Durchbau der Spondylodese finde, welche im Dezember 2006 offenbar endlich dokumentiert worden sei (IV-act. 160). Gemäss D._____ -Gutachten lasse sich aus dem Röntgenbefund und dem MRI vom Dezember 2006 ein Durchbau nicht klar entnehmen (IV-act. 61-4f./9). Das U._____ -Gutachten rügt sodann, dass sich der rheumatologische Gutachter des E._____ -Gutachtens auf das zwei Jahre zuvor durchgeführte MRI verlassen habe, wonach die ossäre Konsolidation eben nicht beurteilt werden können (IV-act. 158-28/91). Vernehmlassend hat die IV-Stelle festgehalten, dass eine gute knöcherne Durchbauung von der D._____ (erst) am 7. September 2009 mittels CT bestätigt worden sei (IV-act. 125-9/12).

Vorliegend kann offenbleiben, ob allein aufgrund des Durchbaus ohne weiteres von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden kann. Immerhin konnte kernspintomographisch ab Dezember 2006 ein regelrechtes postoperatives Resultat, ohne Diskushernien, erkannt werden (vgl. vorstehende Erw. 7.3 und 7.7). RAD-Arzt Dr.med. P._____ hat sodann festgehalten, dass eine sechsmonatige Heilungsphase nach der zweiten Operation durchaus der allgemeinen medizinischen Erfahrung entspreche (vorstehende Erw. 7.7). Sodann lässt sich ein zumindest teilweise verbesserter Allgemeinzustand des Versicherten seit Dezember 2006 bereits damit begründen, dass der Versicherte selbst gegenüber den Gutachtern der D._____ noch etwa 70%-80% seiner vor der zweiten Operation bestandenen Beschwerden beschrieb (IV-act. 61-3/9). Schliesslich sprechen weitere Gründe für veränderte Auswirkungen auf den Erwerbsbereich des Versicherten, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

8.2.4 Im Februar 2004 beschrieb Dr.med. I._____ ein deutlich antalgisches Gangbild mit nach vorn über gebeugter Haltung, kurzschrittig und unsicher, Fersen- und Zehenstand wurden nur knapp demonstriert. Damals kam es gemäss Schilderung des Versicherten zu Schmerzverstärkung bei längerem Laufen und Sitzen auf harter Unterlage. Die Gehstrecke war gemäss Versichertem vermindert auf fünf Minuten. Im Befund vom 17. August 2004 wurde eine stark eingeschränkte Beweglichkeit geschildert. Der Versicherte habe bei der gesamten Untersuchung vor Schmerzen heftig geatmet (IV-act. 66-19/41). Der Befund im Ok-

tober 2004 war sodann ein deutlich schmerzgeplagtes Gangbild. Der Versicherte musste sich aufstützen und das Gangbild war nach wie vor kurzschrittig. Neurologisch habe sich ein auffälliger Abbruchschmerz mit Dyspnoe bei Überprüfung der Muskelkraft L4, L5 und S1 gezeigt, welche jedoch normal kräftig erschienen bis auf den Tibialis anterior und Extensor hallucis links. Gesamthaft war die neurologische Untersuchung ebenfalls unverändert zum Vorbefund vom 17. August 2004. Bei grundsätzlich gleichbleibenden Symptomen schilderte der Versicherte gegenüber dem behandelnden Arzt eine nur noch auf zehn Minuten verkürzte Gehstrecke bzw. -zeit (IV-act. 66-27f./41).

8.2.5 Im Dezember 2006 im Rahmen des D. _____-Gutachtens wurde das Gangbild ebenfalls bzw. noch immer als antalgisch beschrieben mit Entlastungsschönhinken des linken Beines und Beinlängenverkürzung. Die Wirbelsäule zeigte sich gesamthaft im Lot mit Beckenschiefstand und -tiefstand links. Zehen- und Fersenstand waren möglich. Des Weiteren zeigte sich eine relativ diffuse Druckdolenz beginnend am thorakolumbalen Übergang über die gesamte Lendenwirbelsäule bis zum lumbosacralen Übergang, eingeschränkte schmerzhafte Beweglichkeit in allen Richtungen mit Schmerzverstärkung bei Inklination, mehr als in Reklination. Seitneigung war noch relativ gut möglich, Rotation schmerzhaft ebenfalls eingeschränkt, die Hüften seitengleich gut beweglich mit endgradigen Rückenschmerzen bei Innenrotation rechts mehr als links, unauffällige Knie sowie seitengleich kräftig ausgeprägte Muskulatur ohne Hinweise für Atrophien. Neurologisch war die Muskelkraft normal für Quadrizeps, Psoas, Tibialis anterior und Extensor hallucis longus sowie Gastrocnemius seitengleich. Es zeigte sich eine diskrete Hypästhesie und Dysästhesie am Fussrücken sowie lateraler Malleolus links, sonst eine normale Sensibilität (IV-act. 61-4/9). Neben den geschilderten 20 bis 30% geringeren Beschwerden im Vergleich zu den Beschwerden vor der zweiten Operation, sei die Gehstrecke an guten Tagen auf eine halbe Stunde und an schlechten Tagen auf fünf Minuten vermindert, wobei er viel (ca. 1 bis 2 Mal pro Tag) spazieren gehe. Die Beschwerden in dieser Ausprägung würden sodann seit ca. einem Jahr bestehen (IV-act. 61-3/9). Gleichzeitig machte er geltend, vom zweiten Eingriff für die Dauer von einem Jahr mit einer Schmerzlinderung um ca. 50% profitiert zu haben. Er habe besser gehen können. Im weiteren Verlauf hätten die Beschwerden sowohl im Rücken als auch im Bein zugenommen (IV-act. 61-2/9).

Im Januar 2009 bei der Untersuchung durch das E. _____ wurden sodann u.a. ein unauffälliges Aufstehen aus dem Stuhl in der Wartzone sowie unbehindertes Gehen und Treppensteigen beobachtet. Sitzen sowie das Aus- und Anziehen des Pullovers sei bei der Anamneseerhebung problemlos möglich gewe-

sen. Das Aus- und Anziehen der Schuhe erfolgte im Stehen. Beim Hinlegen auf die Untersuchungsfläche aus der linken Seitenlage sei es zu starken lumbalen Rückenschmerzen und Beginn mit Hyperventilation gekommen. Die Erhöhung des Kopfteils habe zu einer Beschwerderegradierung geführt (IV-act. 67-9/20). Der Versicherte gab gegenüber dem Gutachter an, dreimal täglich während einer halben Stunde draussen spazieren zu gehen, das Mittagessen für sich und die Kinder zuzubereiten, soziale Kontakte zu pflegen, kleinere Besorgungen zu erledigen und Auto zu fahren (IV-act. 67-8/20). In der rheumatologischen Untersuchung zeigte der Versicherte zu ebener Erde ein sicheres Gangbild ohne Hinkkomponente sowie motorisch und koordinativ vollständig einen Zehenspitzen-/Hackengang, einen Einbeinstand beidseits sowie die Einnahme der tiefen Hocke. Der Wirbelsäulenbefund sowie der neurologische Status zeigten sich wie folgt (IV-act. 67-14f./20):

Wirbelsäule

Beckentiefstand links von 1 cm, diskrete linkskonvexe lumbale Seitenausbiegung mit thorakalem Gegenschwung. Im sagittalen Profil mässige, übergewichtsmitbedingte muskuläre Haltungsinsuffizienz. Im Lumbalbereich ca. 10 cm lange, reizlose Narbe nach zweimaliger Wirbelsäulenoperation. Druckschmerz der interspinösen Bandverbindungen L1 bis S1 sowie iliolumbal beidseits. Finger-Boden-Abstand wird bis maximal halbe Oberschenkelhöhe demonstriert, dies mit Abstützen an beiden Oberschenkeln. Eine weitere Inklination sei beschwerdebedingt nicht möglich. Zielgerichtetes Wiederaufrichten. Die Rück- und Seitneige zu zwei Drittel eingeschränkt, wobei die Reklination und die Seitneigung nach rechts beschwerdeaktivierend sind.

(...)

4.2.2.2 Neurologischer Status

Sensomotorik der oberen und unteren Extremität intakt. BSR, TSR, PSR und ASR beidseits seitengleich auslösbar. Bei der Überprüfung des Lasègue im Liegen können beide Beine bis 50° schmerzfrei angehoben werden, ab dann Beschwerdeangabe im Lumbalbereich. Die Überprüfung des Lasègue im Langsitz beidseits ist völlig unauffällig.

Gegenüber dem rheumatologischen Begutachter schilderte der Versicherte belastungsabhängige Schmerzen im Lumbalbereich mit gelegentlicher Ausstrahlung ins linke Bein. Beim Liegen in Rückenlage sei er beschwerdefrei. Gehen sei ihm maximal ein halber Kilometer am Stück, Sitzen je nach Tagesform maximal eine halbe bis eine Stunde am Stück möglich. Stehen sei höchstens eine viertel Stunde am Stück möglich. Im Bereich der BWS habe er keine Beschwerden. Nachdem vor ca. zwei Jahren die ambulante Physiotherapie wegen Erfolglosigkeit abgesetzt worden war, sei es zu einer Besserung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Unter der aktuellen Schmerzmedikation seien die Beschwerden erträglich (IV-act. 67-14/20). Der Versicherte gab an, die Medikation (Novalgine, Oxycontin, Ranimed) am Abend und Morgen vor der Untersuchung eingenommen zu haben (IV-act. 67-14/20), im (betreffend die beiden anderen Medi-

kamente tiefen) Medikamentenspiegel liess sich das Medikament Ranimed indes nicht nachweisen (IV-act. 67-9/20; 141-1/2).

Gemäss U. _____-Gutachten zeigte sich u.a. der folgende somatische Befund (IV-act. 158-9f./91): "Zaghafter Barfussgang, Zehen- und Fersengang knapp möglich, Schultern und Becken horizontal, Wirbelsäule im Lot, die paravertebrale Muskulatur und Wirbelsäulenform ist bei dem Uebergewicht nicht sicher beurteilbar. Physiologische Kyphose der Brustwirbelsäule, die Funktion derselben kann bei ungenügender Mitarbeit des Probanden nicht beurteilt werden, Druckdolenz der Dornfortsätze und paravertebral beidseits. Reizlose mediane Narbe an der Lendenwirbelsäule, Druckdolenz der Processi spinosi und paravertebral beidseits. Seitwärts sind im Bereich der LWS nur Wackelbewegungen möglich, dolent ebenso wie die Inklination und Reklination, Finger-Bodenabstand 51 cm. Unauffällige Ileosacralgelenke rechts und links. Beinlängen identisch. (...) Reduziert mobile Halswirbelsäule wobei Schmerzen in der LWS beim Testen der HWS angegeben werden. (...) symmetrisch normale Sensibilität der unteren Extremitäten, (...) Laseguetest rechts und links unauffällig". Bei der EFL wurde zum spontanen Bewegungsverhalten festgehalten, dass der Versicherte es vermeide, sich ohne Abstützen nach vorne zu neigen. Zudem zeigte sich eine schnelle Steigerung der Atemfrequenz und leichtes Zittern nach Anstrengung. Beim Gang zeigte sich ein leichtes Duchenne-Hinken links mit Zunahme beim Rückwärtsgehen unter Angabe von lumbalen Schmerzen (IV-act. 158-13/91). Bei der Verhaltensbeobachtung zum Umgang mit Schmerz, Leistungsbereitschaft und Konsistenz zeigte der Versicherte eine mässige Symptomausweitung (IV-act. 158-14/91).

Gegenüber den Gutachten des U. _____ schilderte der Versicherte u.a., dass die drückenden lumbalen Schmerzen nach dem Eingriff am 1. Juli 2004 zugenommen hätten, ab und zu in die Zehen III bis V links ausstrahlen und den Schlaf stören würden. Das Sitzen sei auf 1.5 Stunden und das Laufen auf eine Stunde (vgl. auch IV-act. 158-72/91) limitiert. Das Bücken, Heben und Tragen von Lasten sei dolent. Analgetika würden täglich gebraucht. Gefühlsstörungen und Lähmungen der Beine sowie Miktionsstörungen würden verneint (IV-act. 158-7/91). Des Weiteren führte der Versicherte im Rahmen der EFL aus, dass sich die Schmerzen beim Aufstehen verstärken würden, Bücken nur einmal, Gehen ca. 2 km lang möglich sei. Sitzen gehe mal besser, mal schlechter und er müsse sich anlehnen können. Am besten sitze er, während er Auto fahre (bis 2 Stunden möglich, IV-act. 158-19/91). Treppen gehen sei möglich. Er könne nur ca. 5 kg heben und tragen. Die Einnahme von Schmerzmitteln helfe etwas (IV-act. 158-12/91). Bei der funktionellen Leistungstestung konnte der Versicherte 30 Minuten sitzen. Das Sitzen wurde als ruhig beschrieben, wobei sich der Versicherte mit

dem Ellbogen an der Lehne abstützte, mal links, mal rechts. Das Aufstehen danach sei verlangsamt gewesen und beim Anlaufen hinkte er mehr. Stehen an Ort war 30 Minuten lang möglich mit gelegentlichen Gewichtsverlagerung, häufiger nach rechts und unruhiger Haltung nach ca. 15 Minuten. Stehen und Gehen war 60 Minuten möglich mit hinkendem Gang und zwischendurch einem Abstützen auf einem Tisch oder an der Wand (IV-act. 158-22/91).

8.2.6 Im Zeitraum seit der Anmeldung bei der IV-Stelle - als der Versicherte zwar in der angestammten Tätigkeit bereits nicht mehr, hingegen in einer angepassten Tätigkeit durchaus noch arbeitsfähig war - kam es bis zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten, was zur Durchführung zweier Operationen führte. Zwar lassen sich den ärztlichen Befunden betreffend Gesundheitszustand des Versicherten nur wenige Differenzen seit der ursprünglichen Rentenzusprache (im Zeitraum der zweiten Operation) und dem aktuellen Zustand entnehmen, was mitunter auch damit zusammenhängt, dass die im Jahr 2004 erhobenen Befunde der behandelnden Ärzte - im Vergleich zu den Befunden in den Gutachten 2006, 2009 und 2020 - eher knapp ausgefallen sind. Eine zusätzliche Schwierigkeit stellt auch dar, dass aus den Akten nicht klar ersichtlich hervorgeht, wie sich die Verschlechterung zwischen der Anmeldung bei der IV-Stelle und dem Zeitpunkt der Aufgabe der leichteren Tätigkeit im September 2001 zeigte. Immerhin kam es bereits nach der ersten Operation zu einer erheblichen Besserung der Beinbeschwerden (Kraftlosigkeit; vorstehende Erw. 6.10). Auf der Symptomebene bei den geschilderten Beschwerden des Versicherten lässt sich im Verlauf seit der zweiten Operation (im Juli 2004) durchaus eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts feststellen. So war der Versicherte zum Zeitpunkt der Rentenzusprache bzw. sowohl davor als auch danach kaum in der Lage zu Gehen (max. fünf Minuten) und es wurden generell erhebliche Schmerzen an der LWS auch beim Sitzen geschildert und demonstriert, lediglich das Liegen brachte eine Schmerzlinderung. Zum Vergleich konnte der Versicherte gemäss U. _____ - Gutachten im Jahr 2020 wieder bis zu einer Stunde (bzw. bis zu 2 km) gehen, längere Zeit sitzen (mind. 30 Minuten, im Auto gar bis zu 2 Stunden) und stehen (30 Minuten), Treppen steigen (bis zu 50 Stufen ohne merkbare Einschränkungen, ab dann lumbale Beschwerden und konditionelle Einschränkungen) und Lasten (von unbestritten mind. 5 kg) heben (vgl. auch vorstehende Erw. 7.11). Er machte sodann bereits im Jahr 2009 gegenüber den E. _____ - Gutachtern eine Besserung der Beschwerdesymptomatik geltend und berichtete von beschwerdefreiem Liegen (vgl. vorstehende Erw. 8.2.5). Auch im Jahr 2015 schilderte er gegenüber Prof. Dr.med. J. _____, dass er relativ problemlos gehen könne und Liegen nicht schmerzhaft sei (während er noch im April 2004 schilder-

te, dass er weder richtig sitzen, noch stehen, noch gehen könne, vgl. vorstehende Erw. 6.10). Die Intensität der Schmerzen wurde damals als mittelstark beurteilt (vgl. vorstehende Erw. 7.9), dies im Vergleich zum Februar 2004 als der Versicherte noch Beschwerden zu einer Intensität von 11 bei einer Schmerzskala von 10 geltend machte (IV-act. 38-1/2). Als der Versicherte nach der IV-Anmeldung einer leichteren Tätigkeit nachgehen konnte, schilderte er bereits Schmerzen im Rücken, ausstrahlend ins linke Bein, welches er nachschleppe, Schmerzen bei jeder Bewegung, der Versicherte konnte bereits damals nicht lange sitzen und stehen, und er konnte sich nicht mehr bücken. Zudem war er damals in der Lage, rund eine halbe Stunde zu gehen (vgl. VI-act. 11-1/2). Nachdem der Versicherte im Laufe der Jahre seine Gehfähigkeit von kaum fünf Minuten (bei Rentenzusprache) auf eine Stunde verbessern konnte, auch das Stehen und Sitzen längere Zeit, wenn auch mit Abstützen, möglich ist und im Liegen eine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte, kann vorliegend zumindest von einer revisionsrechtlich erheblichen Angewöhnung oder Anpassung an die Beschwerden ausgegangen werden (gemäss U. _____-Gutachten habe der Versicherte nach eigenen Angaben denn auch gelernt, mit seinen Beschwerden zu leben, IV-act. 158-68/91). Das spricht für Ressourcen, welche sich so nicht aus früheren Berichten (zum Zeitpunkt der Rentenzusprache) ergeben. Diese Ressourcen zeigten sich teilweise bei der Integrationsmassnahme vom Juni bis September 2021, als der Versicherte immerhin in der Lage war, über mehrere Monate zu einem Pensum von 20% zu arbeiten (IV-act. 196-2/4), während im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde.

Des Weiteren ist unerheblich, ob die zweite Operation an sich bereits zu einer Verbesserung führte, was vom Versicherten bestritten wird (Rz. 55). Immerhin ist zu berücksichtigen, dass vor der zweiten Operation eine Schraubenlockerung ausgewiesen war, welche mit der zweiten Operation behoben wurde. Dies allein vermag zwar nicht die Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der Anmeldung bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug und dem September 2001 - als der Versicherte seine leichtere Tätigkeit bei der bisherigen Arbeitgeberin aufgab - bzw. der ersten Operation im Dezember 2002 zu erklären. Anhand der vorliegend ausgewiesenen Verbesserung lässt sich jedoch - entgegen den Ausführungen des Versicherten im Rahmen der vorliegenden Beschwerde (Rz. 55) - nicht ohne weiteres eine Verbesserung des Gesundheitszustandes infolge beider Operationen in Kombination ausschliessen. Immerhin kam es zu einer Verbesserung der Beinschmerzen und auch eine Diskushernie lag in der Folge im Jahr 2006 nicht mehr vor. Die Frage kann jedoch offen bleiben, wenn beim Versicherten insbesondere (auch) von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund

einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung auszugehen ist. Entgegen den Vorbringen des Versicherten (Rz. 35ff.), kann schliesslich nach dem Gesagten (vgl. vorstehende Erw. 8.2.1) nicht bereits im Juli 2004 nach Beendigung des Rehabilitationsaufenthaltes - und somit vor der ursprünglichen Rentenzusprache - von einem verbesserten Gesundheitszustand ausgegangen werden. Damit ist auch die Beurteilung im E._____ -Gutachten und diejenige des RAD-Arztbeschlusses nachvollziehbar, wonach von einer sechsmonatigen Heilungsphase auszugehen ist (vorstehende Erw. 7.7).

8.3 Nach dem Gesagten kann inzwischen von einem Endzustand nach der zweiten Operation ausgegangen werden und ist eine rentenerhebliche Veränderung des Sachverhalts im Vergleich zum Sachverhalt zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache ohne weiteres erkennbar. Die U._____ -Gutachter und in der Folge die IV-Stelle gingen somit zu Recht von einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der ursprünglichen Rentenzusprache aus. Ein Revisionsgrund im Sinne von aArt. 17 Abs. 1 ATSG ist vorliegend somit gegeben.

9. Damit ist der Rentenanspruch vorliegend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht.

9.1.1 Gemäss dem U._____ -Gutachten können dem Versicherten körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechselnd sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, spätestens seit 12/2006 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100% (Arbeitsunfähigkeit 0%) zugemutet werden. In der bisherigen Tätigkeit erachten die Gutachter den Versicherten als zu 65% arbeitsunfähig (IV-act. 158-35/91).

Im konkreten Fall kann dem U._____ -Gutachten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten Beweiswert zugestanden werden. Das polydisziplinäre orthopädisch-psychiatrisch-internistische Gutachten ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Der Gesundheitsverlauf und -zustand des Versicherten sowie die Frage der Anpassung bzw. Angewöhnung des Versicherten an seine Beschwerden lassen sich nicht nur durch die ausführliche Befragung und Untersuchungen der Gutachter, sondern auch mittels Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nachvollziehbar prüfen und beantworten. Damit haben die U._____ -Gutachter auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und das Gutachten wurde für die streitigen Belange umfassend erstellt. Dass gegebenenfalls die Begründung zum Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherten die angepasste Tätigkeit

gemäss Gutachter zugemutet wird, dem Gutachten nicht eindeutig entnommen werden kann, vermag den Beweiswert des Gutachtens betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht zu schmälern, zumal sich der Sachverhalt diesbezüglich den Akten nicht ohne weiteres entnehmen lässt und weitere Abklärungen hierzu nicht zielführend sind. Zudem bestand - wie gesagt (vgl. vorstehende Erw. 8.1) - die Schwierigkeit, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache nicht eindeutig begründet wurde, was nicht den U. _____-Gutachtern anzulasten ist. Immerhin lässt sich den Akten – wie dargelegt – entnehmen, dass die Verbesserung des Gesundheitszustandes nach der ursprünglichen Rentenzusprache erfolgt ist.

9.1.2 Die U. _____-Gutachter haben sich - entgegen den Vorbringen des Versicherten (Rz. 62) - mit den Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens (funktioneller Schweregrad und Konsistenz) auseinandergesetzt, soweit es für das vorliegende Beschwerdebild erforderlich war (vgl. hierzu insbesondere die EFL sowie das psychiatrische Teilgutachten - welches ausdrücklich zu den verschiedenen Indikatoren Stellung nimmt, die in der Gesamtbeurteilung berücksichtigt wurden).

Bei der Begutachtung wurde keine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit festgestellt, was nachvollziehbar begründet wurde. Die psychiatrische Beurteilung beruht - entgegen den Vorbringen in der Beschwerde - nicht nur auf Aussagen des Versicherten, sondern erfolgte neben der Anamnese gestützt auf die Vorakten und eine ausführliche Befunderhebung. Soweit aus den Akten ersichtlich, liess sich der Versicherte sodann bisher auch nicht wesentlich psychiatrisch behandeln (IV-act. 158-79/91). Soweit sich der Versicherte erstmals ab Februar 2021 - und somit nach Bekanntgabe der drohenden Rentenaufhebung (siehe den Vorbescheid vom 31.8.2020) - psychotherapeutisch behandeln liess, handelt es sich um psychosoziale Aspekte, welche ausser Acht zu bleiben haben, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (Urteil BGer 8C_559/2019 vom 20.1.2020 Erw. 3.2 m.w.H.). RAD-Arzt Dr.med. R. _____ hat sodann am 21. April 2022 zutreffend festgehalten, dass eine psychotherapeutische Behandlung berufsbegleitend zumutbar ist (IV-act. 203).

9.1.3 Es ist somit davon auszugehen, dass der Versicherte über die notwendigen Ressourcen verfügt, um mit den (nachvollziehbaren) Schmerzen umzugehen und sich in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde sodann auch die Konsistenz nachvollziehbar und ausführlich begründet. Der Versicherte äussert sich widersprüchlich, wenn er sinngemäss die psychiatrische Beurteilung im U. _____-Gutachten rügt (Rz. 63ff.), gleichzeitig jedoch darauf hinweist, dass sich bisher keine psychischen Störungen mit Krankheitswert erhe-

ben liessen, womit die U. _____-Gutachter keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes hätten beschreiben können (Rz. 31f.). Sodann lässt sich gemäss U. _____-Gutachten den Laboruntersuchungen entnehmen, dass bei der Schmerzmitteleinnahme Spielraum besteht (IV-act. 158-27/91). Auch infolge mässiger Symptomausweitung und Selbstlimitierung ist davon auszugehen, dass der Versicherte noch Mehrleistungen aufzubringen vermag.

Dass der Versicherte im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen nur knapp eine Arbeitsfähigkeit von 25% zu erreichen vermochte, begründet der RAD-Arzt Dr.med. R. _____ nachvollziehbar damit, dass die aufgetretenen Schmerzen am ehesten auf eine vermutlich ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung des Versicherten zurückzuführen seien, in Kombination mit Adipositas. Medizinisch-theoretisch sei in dieser Phase eine verstärkte Behandlung mit Antalgika, Physiotherapie, MTT, Facetteninfiltrationen und begleitenden diätetischen Massnahmen sinnvoll, was vom behandelnden Neurochirurgen Dr.med. S. _____ am 1. Juni 2021 nachvollziehbar so empfohlen werde (IV-act. 203). Die Gewichtsabnahme und Stabilisierung der Rumpfmuskulatur wurde sodann bereits im D. _____-Gutachten empfohlen (vorstehende Erw. 6.10 und 7.3). Dass die Integrationsmassnahme im U. _____-Gutachten (vom März 2020) nicht berücksichtigt wurde, liegt daran, dass das Belastbarkeitstraining im Jahr 2021 nach der Erstellung des Gutachtens erfolgte (vgl. auch IV-act. 138, Gespräch des Versicherten mit der IV-Stelle: als sich der Versicherte nicht fähig fühlte, an Eingliederungsmassnahmen der IV- Stelle teilzunehmen). Daraus vermag der Versicherte jedoch - wie gesagt - nichts zu seinen Gunsten ableiten.

9.1.4 Soweit der Versicherte auf die neu hinzu gekommene mässige Spondylarthrose L3/4 mit Spinalkanalstenose hinweist, so ist dem entgegen zu halten, dass diese Diagnose im U. _____-Gutachten bereits berücksichtigt wurde. Eine leichte Zunahme des Befundes muss sodann - gemäss nachvollziehbarer Beurteilung des RAD-Arztes Dr.med. R. _____ - nicht zwingend mit einer klinisch nachweisbaren Verschlechterung korrelieren, zumal eine Progredienz der Beschwerden nicht aktenkundig ist und der klinische Untersuchungsbefund von Dr.med. S. _____ weitgehend dem Befund im U. _____-Gutachten entspricht. Bei einer Progredienz der Beschwerden würde sodann zunächst eine Facetteninfiltration empfohlen, was bisher soweit ersichtlich nicht erfolgt ist (IV-act. 209).

9.2 Das U. _____-Gutachten hat sich auch mit dem Gutachten der D. _____ und dem E. _____-Gutachten auseinandergesetzt und nachvollziehbar dargelegt, dass das E. _____-Gutachten nicht konsistent ist, weil es sich auf ein zwei Jahre altes MRI verliess, mit welchem die ossäre Konsolidation

nicht beurteilt werden konnte, weil in den Diagnosen eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskulo-ligamentären Überlastungsreaktionen angegeben wird, welche im Gutachten nicht aufgezeigt worden seien, und weil das E._____ -Gutachten den Beweis, dass die beklagten Beschwerden und Funktionseinschränkungen zu einem grossen Teil durch ein entsprechendes morphologisches Korrelat erklärt seien, schuldig blieb (vgl. IV-act. 158-28/91). Das E._____ -Gutachten von 2009 büsst sodann erheblich an Aktualität ein, was insbesondere bei der Frage der Angewöhnung eine erhebliche Rolle spielt. Damals beschrieb der Versicherte gegenüber den Gutachtern u.a., am stärksten seien die Schmerzen beim Spazieren, was aktuell keineswegs mehr zutrifft (vorstehende Erw. 7.5). Das E._____ -Gutachten wurde sodann ohne EFL und nicht nach dem strukturierten Beweisverfahren erstellt. Weshalb dem D._____ -Gutachten nicht gefolgt werden kann, wurde bereits im VGE I 2009 132 vom 15. Januar 2010 Erw. 6.4 eingehend erläutert, woran vorliegend festgehalten werden kann und worauf verwiesen wird.

9.3 Damit hat die IV-Stelle vorliegend zu Recht auf das U._____ -Gutachten abgestellt und den Versicherten in einer angepassten Tätigkeit als zu 100% arbeitsfähig beurteilt. Die IV-Stelle hat zwar keinen Einkommensvergleich vorgenommen. Selbst wenn man jedoch einen solchen vornehmen und aufgrund allfällig notwendiger vermehrter Pausen einen maximalen leidensbedingten Abzug von 25% gewähren würde (was indes nicht gerechtfertigt erschiene), würde kein rentenbegründender IV-Grad über 40% resultieren (ausgehend vom Verdienst des Versicherten in der angestammten Tätigkeit, indexiert auf das Jahr 2022, von Fr. 73'411.--, verglichen mit dem Tabellenlohn, LSE 2020, Tabelle TA1, Männer, Kompetenzniveau 1, indexiert per 2022, von Fr. 66'015.60).

10. Zusammenfassend ergibt sich, dass im konkreten Fall die Revisionsvoraussetzungen gemäss aArt. 17 ATSG erfüllt sind, und dass auf das U._____ -Gutachten abgestellt werden kann. Der Versicherte ist in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig, womit kein rentenbegründender IV-Grad resultiert. Die IV-Stelle hat in der Folge mit Verfügung vom 7. September 2022 zu Recht die seit 1. Oktober 2001 ausgerichtete ganze Rente aufgehoben. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten dem Beschwerdeführer aufgelegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und dem Beschwerdeführer auferlegt. Er hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, Bern (A).

Schwyz, 12. Juni 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 22. Juni 2023