

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00909 vom 15. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00909](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00909)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00909 du 15 mars 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00909 del 15 marzo 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen

Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 E. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) 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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Einer Verfügung gleichgestellt sind bloße Mitteilungen im Sinne von Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), sofern ihnen eine materielle Prüfung im vorstehend dargelegten Sinne zugrunde liegt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen, insbesondere auf SVR 2010 IV Nr. 4 S. 8 E. 3.1). Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit stellt für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.1).

1.4 Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 IVG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Eine Wiedererwägung in diesem Sinne ist in den Schranken von Art. 53 Abs. 3 ATSG jederzeit möglich, insbesondere auch wenn die Voraussetzungen der Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die im Revisionsverfahren verfügte Aufhebung der Rente mit dieser substituierten Begründung schätzen (BGE 125 V 368 E. 2, Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 2). Dabei muss der versicherten Person vorgängig das rechtliche Gehör zur Substitution der Motive gewährt worden sein (BGE 125 V 368 E. 4a und b; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb). Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweisen).

1.5. Bei der Wiedererwägung einer formell rechtskräftigen Verfügung oder eines formell rechtskräftigen Einspracheentscheides, sei es im Rahmen der substituierten Begründung bei Gelegenheit eines Revisionsverfahrens nach Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 87 ff. IVV, sei es sonst von Amtes wegen oder auf Gesuch hin, gilt es, wenn spezifisch IV-rechtliche Aspekte zur Diskussion stehen, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Um die Frage nach dem zukünftigen Rentenanspruch präzisieren zu können, muss die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfugung festgestellt sein. Ist dies der Fall und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft, sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu präzisieren. Es kann somit nicht mit der Feststellung der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfugung sein Bewenden haben. Vielmehr ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung oder des Einspracheentscheides zu ermitteln, woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ergeben (Art. 28 Abs. 1 IVG). Bei der substituiert begründeten Wiedererwägung ändert nicht das Ergebnis, sondern eine andere Begründung führt zum nämlichen Resultat wie die zu Unrecht ergangene Rentenrevision (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_101/2011 vom 21. Juli 2011 E. 5.1 und E. 5.2 in fine, mit Hinweisen).

## E. 2

2.1. Die IV-Stelle begründete die Rentenaufhebung im Wesentlichen - unter Hinweis auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (Urk. 8/93) - damit, dass die klinischen Befunde auf eine erhebliche Besserung des Gesundheitszustandes schliessen liessen, aufgrund deren der Beschwerdeführer seit dem 5. August 2009 in einer leidensangepassten Tätigkeit wieder zu 80 % arbeitsfähig und - unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % - in der Lage sei, ein 25 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen. Da die Diagnosen klar seien, bedürfte es keiner weiteren technischen Untersuchungen (Urk. 2 S. 2, Urk. 7).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die physische Symptomatik sei unzureichend abgeklärt worden, datiere die letzte bildgebende Untersuchung doch vom 20. Januar 1999 (Urk. 1 S. 3). In psychischer Hinsicht habe sich sein Gesundheitszustand gar nicht und in somatischer Hinsicht - in Form einer möglicherweise eingetretenen Remission der radikulären Beschwerden - jedenfalls nur unwesentlich gebessert. Soweit die Rentenzusprache aufgrund der somatoformen Schmerzstörung erfolgt sei, rechtfertige auch die zwischenzeitliche Änderung der Rechtsprechung keine Aufhebung der rechtskräftig verfügten Rente (Urk. 1 S. 4 ff.). Der ursprüngliche Rentenentscheid vom 8. November 1999, der einerseits auf der - mit objektivierbaren Befunden und Symptomen fundiert begründeten - Beurteilung von Dr. med. U. \_\_\_ und andererseits der - sich mit den divergierenden Arztberichten auseinandersetzen - Stellungnahme des Arztes der IV basiere, könne nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden (Urk. 12 S. 2 f.).

## E. 3.1

3.1.1. Die Rentenverfugung vom 8. November 1999 (Urk. 8/22) erging im Wesentlichen gestützt auf folgende medizinischen Akten:

Die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) vom 9. Juli 1998 ergab eine mediane (bis möglicherweise sehr diskret links paramediane) Diskushernie C6/7 ohne sichtbare Kompression der neuralen Strukturen in der Neutralstellung (Urk. 8/1 S. 3).

3.1.2 Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, gab am 14. Juli 1998 an, eine Beurteilung der beim - über Schmerzen in der Schulterblattgegend und im Arm bis in die ulnare Hand links klagenden - Beschwerdeführer erhobenen Befunde sei fast nicht möglich; höchstwahrscheinlich bestehe eine massive funktionelle Überlagerung (Urk. 8/1 S. 1 f.). Objektive (von der Kooperation des Patienten unabhängige) pathologische Befunde liessen sich keine feststellen. Differentialdiagnostisch liege wohl ein Wurzelreizsyndrom C8 vor. Der Patient verreise nun für einen Monat in die Türkei und werde nach seiner Rückkehr wieder den (zuweisenden) Hausarzt konsultieren (Urk. 8/1 S. 2).

3.1.3 Die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, hielten am 17. September 1998 fest, die neurologische Untersuchung habe eine beträchtliche Läsion der linken Wurzel C8 ergeben. Es seien eine starke Parese der Musculi interossei mit beginnender Hypothrophie, eine beträchtliche Parese der Extension der Langfinger, eine Instabilität aller Langfinger und eine Gefühlsstörung im Dermatome C8 mit Betonung der Kleinfingers festgestellt worden. Die Nackenschmerzen hätten sich zwischenzeitlich weitgehend zurückgebildet. Arbeitsfähig sei der - als Hilfsmechaniker tätige - Beschwerdeführer nicht. Es seien weitere Untersuchungen (CT der HWS beziehungsweise des Halsmarkes und der Halswurzeln; bei unauffälligem Befund betreffend Wurzelkompression C8 überdies CT der linken Lungenspitze) indiziert (Urk. 8/2 S. 1).

3.1.4 In ihrem Schreiben vom 12. Oktober 1998 (Urk. 8/3 S. 4) gaben die Ärzte der Klinik V.\_\_\_\_, Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, an, nach Kenntnisnahme der gesamten ausgedehnten bildgebenden Diagnostik (vgl. Urk. 8/3 S. 5 f.) habe sich ergeben, dass die Diskushernie C5/6 wirklich klein und nicht raumfordernd sei und die Beschwerden des Patienten demnach keinesfalls erklärbar. Die mediane Diskushernie C6/7 sei ebenso klein und die Lungenspitze unauffällig. Ein raumfordernder Prozess beziehungsweise eine Wurzelkompression als Ursache der schweren Radikulopathie C8 könnten damit ausgeschlossen werden (Urk. 8/3 S. 4).

3.1.5 Dr. med. U.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie, diagnostizierte am 8. Dezember 1998 eine chronifizierte und therapieresistente Zervikobrachialgie mit Wurzelsymptomatik C8 links bei Diskushernien C6/7 und C5/6 links (Urk. 8/3 S. 1). Das klinische Bild sei mit den in den beiden MRI-Untersuchungen festgestellten Diskushernien C5/6 und C6/7 erklärbar. Die Beschwerden im linken Arm und die bei der körperlichen Untersuchung erhobenen Befunde deuteten auf eine Wurzelstörung C8 links hin. Angesichts der im Rahmen der ENMG-Untersuchung festgestellten chronischen neurogenen Störung des Musculus abd. dig. V links könne von einer Wurzelkompression C8 links ausgegangen werden. Dass es dem Beschwerdeführer körperlich und psychisch nicht gut gehe und er unter einer starken Zervikobrachialgie leide, sei nachvollziehbar; die aktuelle 100%ige Arbeitsunfähigkeit lasse sich mit den medizinischen Befunden begründen (Urk. 8/3 S. 2 = Urk. 8/14 S. 8).

3.1.6 Die MRI-Untersuchung der HWS vom 20. Januar 1999 ergab eine - im Vergleich zur Untersuchung vom Oktober 1998 - stationäre flächenhafte Protrusion der Bandscheibe im Segment C5/6 ohne Einengung der Nervenwurzeln und eine leichte Regredienz der medialen bis leichtgradig nach links reichenden Diskushernie im Segment C6/7 ohne Einengung der Verlagerung der Nervenwurzeln im spinalen Verlauf (Urk. 8/4 S. 1).

3.1.7 Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 13. Januar bis 11. Februar 1999 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Klinik B. im Austrittsbericht vom 3. März 1999 (Urk. 8/7) nachstehende Diagnosen (Urk. 8/7 S. 1):

- Zervikoradikulares Reiz- und Ausfallsyndrom C8 links bei/mit
- median- bis links mediolateraler Diskushernie C5/6, paramedianer, caudal luxierter Diskushernie C6/7
- Fehlhaltung/muskulärer Dysbalance
- Tendenz zu Symptomausweitung
- Lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei
- Fehlhaltung/muskulärer Dysbalance
- Nebendiagnose: Status nach Ulcus duodeni, HP-Eradikation

Die hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit relevante Problem bestehe in einer Funktionsstörung der gesamten linken Körperseite. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der durchgeführten Tests eine geringe Leistungsbereitschaft und eine deutliche Selbstlimitierung gezeigt (Urk. 8/7 S. 2). In der angestammten Tätigkeit als Stanzer sei der Beschwerdeführer, dem die Stelle per 31. Januar 1999 gekündigt worden sei (Urk. 8/7 S. 1), uneingeschränkt arbeitsfähig. Im Hinblick auf eine Berufsberatung und eine Hilfe bei der Stellensuche sei eine Anmeldung bei der IV erfolgt (Urk. 8/7 S. 3).

3.1.8 Dr. med. C., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 28. März 1999 folgende Diagnosen (Urk. 8/12 S. 2):

- Zervikoradikulares Reiz- und Ausfallsyndrom C8 links bei median- bis links mediolateraler Diskushernie C5/6, paramedianer, caudal luxierter Diskushernie C6/7, Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance
- Lumbospondylogenes Syndrom (Fehlhaltung/Dysbalance)
- Status nach Ulcus duodeni 1996, Status nach Dunder-Krankheit
- Nikotinkonsum

Die von den Ärzten der Klinik B. bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit sei für den Beschwerdeführer nicht akzeptabel, da er subjektiv weiterhin unter Schmerzen leide; er werde deswegen erneut Dr. U. konsultieren (Urk. 8/12 S. 1). Was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anbelange, könne auf die Beurteilung der Ärzte der Klinik B. verwiesen werden. Der Beschwerdeführer traue sich aber aufgrund der chronifizierten Schmerzen die Wiederaufnahme seiner bisherigen Arbeit nicht mehr zu. Allenfalls würde ein intensives medizinisches Training helfen, ein solches könne sich der Patient aber offenbar finanziell

nicht leisten (Urk. 8/12 S. 3).

3.1.9.1. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt in seinem Schreiben an die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ beziehungsweise - in Kopie - an die IV-Stelle vom 12. April 1999 (Urk. 8/1 S. 4) fest, die bescheinigte 100%ige Arbeitsfähigkeit habe den Beschwerdeführer zu einem Wechsel des Hausarztes veranlasst. Statt - wie seit Jahren - von Dr. C.\_\_\_\_ lasse er sich nun von ihm - Dr. D.\_\_\_\_ - behandeln. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb man seitens der Klinik B.\_\_\_\_ einerseits eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert, andererseits aber berufliche Massnahmen der IV zur Hilfe bei der Stellensuche beantragt habe. Der Beschwerdeführer sei rheumatisch doch ziemlich stark angeschlagen und - als Vater vierjähriger Zwillinge - sicher hoch motiviert, wieder gesund zu werden. Dem Gesuch um raschstmögliche Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung sei beizupflichten.

### **E. 3.1.10**

In ihrem Schreiben an Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. April 1999 (Urk. 8/13 S. 1) hielten die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ fest, die im Rahmen des Klinikaufenthalts erfolgen rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen sowie die durchgeführten arbeitsrelevanten Tests hätten erhebliche Inkonsistenzen bezüglich der strukturellen pathologischen Veränderungen an der HWS und der geklagten Symptomatik sowie eine Symptomausweitung beziehungsweise verstärkte Symptomedemonstration ergeben. Der Beschwerdeführer, der im Rahmen der Testes eine Leistung gezeigt habe, die den Anforderungen seiner Arbeit als Stanzer in einer metallverarbeitenden Firma entsprochen habe, sei in der angestammten Tätigkeit stets zu 100 % arbeitsfähig gewesen.

### **E. 3.1.11**

Dr. U.\_\_\_\_ stellte am 30. April 1999 nachstehende Diagnosen (Urk. 8/14 S. 3):

- Chronifiziertes und therapieresistentes Zervikovertebralsyndrom
- mit Wurzelsymptomatik C8 (ausgeprägt) und C7, möglicherweise auch C6 links
- bei Diskushernien C5/6 (mediolateral links) und C6/7 (paramedian, caudal luxiert links)
- Dringender Verdacht auf leichtes Sulcus ulnaris-Syndrom links
- Reaktive depressive Entwicklung

Wegen der - trotz ambulanter und stationärer Behandlung - anhaltenden Symptomatik (bis in die Finger ausstrahlende Schmerzen im Nacken-Schulter- und proximalen Armbereich links, Gefühlsminderung in den Fingern IV-V links und an der medialen Unterarm-Oberarmseite links, deutliche Kraftminderung im linken Armbereich) könne der Beschwerdeführer seit dem 8. Juli 1998 nicht mehr arbeiten. Seit rund sechs Monaten leide er auch unter zunehmenden psychischen Beschwerden (Urk. 8/14 S. 3 f.). Es sei ganz klar, dass der Beschwerdeführer seinen linken Arm aufgrund der erhobenen Befunde für körperliche Tätigkeiten praktisch nicht mehr benutzen könne. Aus medizinischer Sicht sei es nachvollziehbar, dass er seit dem 8. Juli 1998 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sofern sich mittels stützender Gespräche in türkischer Sprache und eventuell durch eine medikamentöse antidepressive Therapie in den nächsten Monaten eine Besserung der Symptome der Depression erzielen lasse, bestünde allenfalls wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichtere körperliche Tätigkeiten. Dass die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit attestiert hätten, sei angesichts der objektiven Befunde nicht nachvollziehbar (Urk. 8/14 S. 5).

### E. 3.1.12

In seiner am 12. Mai 1999 gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme (Urk. 8/15) hielt der Arzt der IV fest, trotz der Diskrepanz zwischen der Beurteilung von Dr. U. \_\_\_ und derjenigen der Ärzte der Klinik V. \_\_\_ sei - auch wenn der Austrittsbericht der Klinik B. \_\_\_ darauf schliessen lasse, dass der Beschwerdeführer nicht arbeiten wolle - auf die Einschätzung von Dr. U. \_\_\_ abzustellen, da dieser Arzt türkisch spreche. Demnach sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

### E. 3.1.13

In seinem Schreiben vom 25. Mai 1999 an den Krankentaggeldversicherer (Urk. 8/16) attestierte Dr. U. \_\_\_ dem Beschwerdeführer abermals - seit dem 8. Juli 1998 und noch für unbestimmte Zeit - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Weder die Beurteilung der Ärzte der Klinik B. \_\_\_ noch diejenige des Hausarztes Dr. C. \_\_\_ seien nachvollziehbar. Ein kranker Mensch, der sich zu 100 % arbeitsunfähig fühle, dürfe vom betreuenden Arzt keinesfalls an die Arbeitslosenversicherung verwiesen werden (Urk. 8/16 S. 1). Beim Patienten handle es sich nicht um einen Simulanten, er übertreibe seine Beschwerden nicht und fühle sich zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/16 S. 2).

3.14 Am 15. Juli 1999 berichtete Dr. U. \_\_\_ über einen stationären Zustand. Der Beschwerdeführer werde derzeit von seinem Hausarzt Dr. C. \_\_\_ und vom Psychiater Dr. med. E. \_\_\_ betreut und sei - seit dem 8. Juli 1998 und auf unbestimmte Zeit - zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/18).

3.2 Im Rahmen des Ende 2001 von Amtes wegen initiierten Revisionsverfahrens (Urk. 8/24) gab der Beschwerdeführer an, aktuell bei Dr. U. \_\_\_ in ärztlicher Behandlung zu stehen (Urk. 8/24 S. 1). Dieser hielt in seinem Verlaufsbericht vom 16. Januar 2002 (Urk. 8/26) fest, der Gesundheitszustand sei - bei unveränderten Diagnosen - stationär. Der Beschwerdeführer leide weiterhin stark unter seinen Beschwerden im Zusammenhang mit dem chronifizierten und therapieresistenten Zervikalsyndrom. Auch psychisch gehe es ihm weiterhin nicht gut. Seine Grundstimmung sei gedrückt, er sei sehr antriebsarm, ängstlich und vergesslich und zeige keine Lebhaftigkeit. Es erfolgten regelmässig stützende Gespräche in türkischer Sprache und eine medikamentöse Behandlung (Fluoxetine als Antidepressivum, häufig Stilnox zum Schlafen und immer wieder Schmerzmittel). Die Prognose sei ungünstig; das klinische Bild sei eindeutig chronifiziert und auch therapieresistent.

3.3 Die Mitteilungen der IV-Stelle vom 29. März 2005 (Urk. 8/35) beziehungsweise vom 4. April 2005 (Urk. 8/36) betreffend den unveränderten Rentenanspruch beruhten auf dem Verlaufsbericht von Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, vom 20. März 2005 (Urk. 8/34). Dieser stellte folgende - unveränderten - Diagnosen (Urk. 8/34 S. 1):

- Chronifiziertes und therapieresistentes Zervikovertebralsyndrom mit Wurzelsymptomatik C8 und C7 und Diskushernien C5-C7
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom
- Depression

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Betreffend das Zervikobrachialsyndrom vor allem C7/C6 links trÃ¶ten viele und starke Exazerbationen auf. BezÃ¼glich der Depression stehe der BeschwerdefÃ¼hrer bei Dr. U.\_\_\_\_ (Urk. 8/34 S. 1) und gelegentlich bei Dr. E.\_\_\_\_ in Behandlung (Urk. 8/34 S. 2). Es erfolge eine - analgetische und antidepressive - medikamentÃ¶se Therapie. Eine ergÃnzende medizinische AbklÃrung sei nicht indiziert (Urk. 8/34 S. 2). Wegen der Depression und der starken SchmerzzustÃnde im Ruhezustand sei der BeschwerdefÃ¼hrer in jeglicher TÃtigkeit zu 100 % arbeitsunfÃhig (Urk. 8/34 S. 3 f.).

### **E. 3.4**

3.4.1Â Â Aus den im Rahmen des 2006 veranlassten Revisionsverfahrens (Urk. 8/42) eingeholten medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. F.\_\_\_\_ stellte am 1. Januar 2007 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÃhigkeit (Urk. 8/57 S. 1):

- Chronisches Zervikovertebralsyndrom, bestehend seit 1998, mit
- radikulÃrer Symptomatik C7 und Diskushernien C5-C7
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom, bestehend seit 1999
- Depression, bestehend seit 2000

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Keine EinschrÃnkung der ArbeitsfÃhigkeit resultiere aus den beidseitigen Gonalgien und der beidseitigen Ureterolithiasis (Urk. 8/57 S. 1). Der Gesundheitszustand habe sich insofern verschlechtert, als es seit 2004 zu rezidivierenden Exazerbationen der RÃcken-, Nacken- und Kopfschmerzen komme; zur Behandlung wÃrden hohe Dosen an Analgetika eingesetzt (Urk. 8/57 S. 3). Angesichts der chronifizierten Problematik und der progredienten Krankheit sei nicht davon auszugehen, dass der - seit 1998 zu 100 % arbeitsunfÃhige - BeschwerdefÃ¼hrer wieder eine ArbeitsfÃhigkeit erlangen werde (Urk. 8/57 S. 2 und S. 3).

3.4.2Â Â Am 15. Februar 2008 stellte Dr. F.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÃhigkeit (Urk. 8/89 S. 1):

- Chronisches Zervikovertebralsyndrom mit zervikalen Diskushernien C5-C7, vor allem links
- Chronisches Lumbovertebralsyndrom
- Depression

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Der Gesundheitszustand des BeschwerdefÃ¼hrers, von dem er im Jahr 2007 siebenmal - wegen zervikalen Schmerzen, wegen Blutdruckproblemen, wegen einer Koprostase, wegen einer Impfung im Hinblick auf eine Pilgerfahrt (Hadsch) und wegen Refluxbeschwerden - konsultiert worden sei, habe sich seit 2004 insofern verschlechtert, als es betreffend das Zervikalsyndrom zu einer radikulÃren Ausstrahlung mit C6-C7-Syndrom links gekommen sei. Was den Verlauf der Depression anbelange, kÃnne er sich nur auf die Angaben des BeschwerdefÃ¼hrers stÃtzen (Urk. 8/89 S. 3).

3.4.3Â Â Die - den BeschwerdefÃ¼hrer ambulant behandelnden - Ãrzte des Spitals G.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik, Abteilung Urologie, stellten in ihrem Bericht vom 2. Juli 2009 (Urk. 8/93 S. 23) folgende Diagnosen:

- Chronische Prostatitis
- Status nach Epididymitis links
- Status nach antimikrobieller Therapie
- Nikotinabusus

Die durchgeführte konservative Therapie habe eine deutliche Besserung der irritativen Miktionsbeschwerden und der Hodenschmerzen gebracht.

3.4.4 Gestützt auf die Ergebnisse ihrer am 15. Juli, am 3. und am 5. August 2009 durchgeführten internistischen beziehungsweise allgemeinmedizinischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen stellten die Gutachter des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ am 20. Oktober 2009 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/93 S. 20):

- Leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen (Urk. 8/93 S. 20):

- Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle, ICD-10 M54.80
- mediane Diskushernie HWK6/7 ohne Neurokompression, im Verlauf leichte Regredienz (MRI vom 9. Juli 1998 und vom 20. Januar 1999)
- leichtgradige Osteochondrose HWK6/7 (Röntgenuntersuchung vom 9. Juli 1998)
- Arterielle Hypertonie, ICD-10 I10
- Anamnestisch chronische Prostatitis
- Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (zirka 25 py), ICD-10 F17.1

Eine schwere depressive Symptomatik und neurologische Ausfälle hätten anlässlich der Begutachtung nicht mehr festgestellt werden können (Urk. 8/93 S. 21). Unter Berücksichtigung sämtlicher aktueller Befunde sei der Beschwerdeführer seit August 2009 bei zumutbarer Willensanstrengung in der Lage, ganztags einer körperlich leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit nachzugehen und dabei eine - aus psychischen Gründen - um 20 % verminderte Leistung zu erbringen (Urk. 8/93 S. 21). Der Explorand bedürfe bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess an sich einer intensiven Unterstützung und eines Arbeitstrainings, angesichts der subjektiven Krankheitsüberzeugung erscheine allerdings fraglich, ob er genügend Motivation zur aktiven Mitarbeit aufbringen werde (Urk. 8/93 S. 22).

3.4.5 In seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 19. November 2009 (Urk. 8/98 S. 3) hielt Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Arzt des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, fest, aufgrund des Gutachtens des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (Urk. 8/93) sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers infolge Wegfalls der radikulären Symptomatik erheblich gebessert habe. Unter Berücksichtigung der aus der leichten depressiven Episode und der somatoformen Schmerzstörung resultierenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei es dem

Beschwerdeführer seit dem 5. August 2009 wieder zumutbar, einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit im Pensum von 100 % nachzugehen und dabei eine 80%ige Leistung zu erbringen. Der Beschwerdeführer sei anzuhalten, regelmässig eine antidepressive Medikation einzunehmen, und es seien berufliche Massnahmen zu prüfen (Urk. 8/98 S. 3).

3.4.6. Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 16. April 2010 fest, anlässlich der Erstkonsultation zirka im Mai 1999 habe der Beschwerdeführer primär unter einer Schmerzsymptomatik gelitten. Aus psychiatrischer Sicht hätten wohl überdies eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine depressive Episode bestanden. In der Folge habe sich der Beschwerdeführer, der dann aus somatischen Gründen eine ganze Invalidenrente bezogen habe, erst im Juli 2009 wieder bei ihm in Behandlung begeben. Im Hinblick auf die Begutachtung in Basel habe er deprimiert, verunsichert und ratlos gewirkt und über Existenzängste, Schmerzen (Hals, Kiefergelenk, rechtes Knie), eine Antriebsstörung, Kraftlosigkeit, Vergesslichkeit, Alpträume, Schlafstörungen sowie Gefühle fehlender Zukunftsperspektiven geklagt. Die aktuelle Symptomatik entspreche wohl am ehesten einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere Episode, und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor dem Hintergrund einer psychosozialen Problematik. Diese Beeinträchtigung sei gegenüber der Schmerzproblematik von sekundärer Bedeutung und werde heute nur noch durch die psychosozialen Faktoren (fehlende Ausbildung und Qualifizierung, Sprachproblem, Entfremdung, Migrationsproblematik, Trennung von der Familie, welche in der Türkei lebe, usw.) verstärkt und sogar aufrecht erhalten (Urk. 8/115 S. 1 f. = Urk. 3/5 S. 1 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht lasse sich derzeit - unter Berücksichtigung der aktuellen Standards - keine gänzliche Arbeitsunfähigkeit attestieren. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne allenfalls während der depressiven Episoden vorliegen, dies indes nur während Tagen, höchstens während Wochen oder - selten - während Monaten. Die Rentenzusprache sei nach den damals geltenden Standards erfolgt (Urk. 8/115 S. 2).

3.4.7. Nachdem er - am 14. Dezember 2009 sowie am 17. März und am 9. April 2010 - dreimal vom Beschwerdeführer konsultiert worden war, gab Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, am 22. April 2010 an, der Beschwerdeführer leide seit Jahren unter einem chronischen Zervikovertebralsyndrom mit Wurzelsymptomatik C8, C7 und möglicherweise C6 links bei Diskushernien C5-C6 und C7-C8. Diese Diagnosen stützten sich auf die Ergebnisse von drei MRI-Untersuchungen, von denen die letzte im Januar 1999 durchgeführt worden sei. Aufgrund der Ergebnisse der EMG-ENG-Untersuchung vom 26. April 1999 habe der Neurologe Dr. U. \_\_\_\_, eine Wurzelstörung C6, C7 und C8 links bei abnormen Messwerten bestätigt; überdies habe er ein leichtes Sulcus-ulnaris-Syndrom links festgestellt. Die Gutachter des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_\_, hätten es - trotz geklagter Beschwerdezunahme - unterlassen, Zusatzuntersuchungen (MRI der HWS und der LWS und erneute EMG-ENG-Untersuchung) durchzuführen, und ihre Einschätzung auf eine elf Jahre alte Bilddokumentation gestützt (Urk. 8/115 S. 3 = Urk. 3/6 S. 1). Um beurteilen zu können, ob der Beschwerdeführer eine Wurzelsymptomatik C8 links aufweise oder unter einer Schmerzverarbeitungsstörung leide, bedürfe es einer nochmaligen MRI-Untersuchung der HWS und der LWS sowie einer erneuten EMG-ENG-Untersuchung

(Urk. 8/115 S. 3 f.). Die anlässlich der drei Konsultationen erhobenen Befunde bieten noch keine genügende Grundlage für eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der depressiven Symptomatik (Urk. 8/115 S. 4).

3.4.8.1 Der RAD-Arzt Dr. H. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 13. August 2010 (Urk. 8/118 S. 2) fest, technische Untersuchungen dienten grundsätzlich der Diagnosestellung; eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vermochten sie weder zu be- noch zu widerlegen. Beim Beschwerdeführer sei die Diagnose hinreichend klar, und die klinischen Befunde hätten sich gebessert. Insofern könne an der Einschränkung vom 9. November 2009 [richtig: 19. November 2009, Urk. 8/98 S. 3] festgehalten werden.

#### **E. 4**

4.1.1 Aus den aktenkundigen medizinischen Berichten geht im Wesentlichen übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer sowohl bei Erlass der Rentenverfugung vom 8. November 1999 (Urk. 8/22) als auch im Zeitpunkt der revisionsweisen Rentenaufhebung am 19. August 2010 (Urk. 2) unter chronischen zervikalen respektive zervikobrachialen und lumbalen beziehungsweise unter panvertebralen Beschwerden bei Diskushernien C5/6 und C6/7 (Urk. 8/1 S. 3, Urk. 8/57 S. 1, Urk. 8/89 S. 1, Urk. 8/3, Urk. 8/4 S. 1, Urk. 8/7 S. 1, Urk. 8/12 S. 2, Urk. 8/14 S. 3, Urk. 8/24 S. 1, Urk. 8/34 S. 1, Urk. 8/57 S. 1, Urk. 8/89 S. 1, Urk. 8/93 S. 20, Urk. 8/115 S. 4) sowie unter einer psychischen Symptomatik (Urk. 8/14 S. 3, Urk. 8/26, Urk. 8/34 S. 1, Urk. 8/57 S. 1, Urk. 8/89 S. 1, Urk. 8/93 S. 20, Urk. 8/98 S. 3, Urk. 8/115 S. 1 f.) litt.

4.2.1 Da nach Lage der Akten fest steht und unbestritten ist (Urk. 2, Urk. 7), dass den geklagten physischen Beschwerden ein - diese zumindest teilweise erklärendes - organisches Korrelat zugrunde liegt, und erneute bildgebende Untersuchungen hinsichtlich der für die Beurteilung des Leistungsanspruchs relevanten Frage der Auswirkungen der Wirbelsäulenschäden auf die funktionelle Leistungsfähigkeit keine wesentlichen Erkenntnisse erwarten lassen, erübrigen sich vorliegend weitere derartige Abklärungen (Urk. 1 S. 2 und S. 5, Urk. 8/115 S. 3 f.).

4.3.1 Ob es zwischen der - mangels einer fundierten materiellen Prüfung des weiteren Rentenanspruchs anlässlich der beiden Ende 2001 (Urk. 8/24) beziehungsweise Anfangs 2005 (Urk. 8/32) veranlassten Revisionsverfahren - Referenzpunkt für eine anspruchserhebliche Veränderung bildenden Rentenverfugung vom 8. November 1999 (Urk. 8/22) und der am 19. August 2010 verfügten Rentenaufhebung (Urk. 2) tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes kam, wie es die IV-Stelle - gestützt insbesondere auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (Urk. 8/93) - annahm (Urk. 2), braucht nicht weiter geprüft zu werden. Die Verfugung vom 19. August 2010 (Urk. 2) erweist sich nämlich im Ergebnis jedenfalls als rechtens, da - wie nachfolgend aufzuzeigen ist - die am 8. November 1999 (Urk. 8/22) verfügte Rentenzusprache zweifellos unrichtig war und es in der Folge zu keiner Veränderung des Gesundheitszustands kam, aufgrund deren im Zeitpunkt des Erlasses der Verfugung vom 19. August 2010 (Urk. 2) ein Rentenanspruch bestanden hätte.

#### **E. 4.4**

4.4.1.1 Bei der ursprünglichen Rentenzusprache ging die IV-Stelle gestützt auf die Beurteilung von Dr. U. \_\_\_, der weder in Neurologie noch in Psychiatrie über den FMH-Fähigkeitsausweis verfügt (vgl. FMH-Ärzte-Index, [www.doctorfmh.ch](http://www.doctorfmh.ch)), davon aus, dass der Beschwerdeführer wegen eines chronischen

Zervikovertebralsyndroms, einer reaktiven depressiven Entwicklung und eines möglicherweise bestehenden leichten Sulcus-ulnaris Syndroms links seit dem 8. Juli 1998 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 8/19, Urk. 8/22 S. 3). Dr. U.\_\_\_\_ begründete die bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit nicht mit funktionellen Defiziten, sondern (in erster Linie) mit den entsprechenden Angaben des Beschwerdeführers. Dieser hatte indes bereits wenige Tage nach Auftreten der Beschwerden eine massive funktionelle Überlagerung erkennen lassen (vgl. Bericht Dr. A.\_\_\_\_ vom 14. Juli 1998, Urk. 8/1 S. 1 f.) und schon im Rahmen der stationären Behandlung in der Klinik B.\_\_\_\_ anfangs 1999 klar zum Ausdruck gebracht, dass er sich wegen seiner Schmerzen ausserstande sehe, zu arbeiten (Urk. 8/7 S. 4). Obwohl seine Arbeitgeberin ideale Bedingungen für einen Arbeitsversuch bot (vgl. Arbeitgeberbericht, Urk. 8/10 S. 3), zeigte er keinerlei Interesse, an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren, weshalb im die Stelle denn auch per 31. Januar 1999 gekündigt wurde (Urk. 8/7 S. 1, Urk. 8/10 S. 1). Tatsächlich hatte die im Rahmen des vierwöchigen Aufenthalts in der Klinik B.\_\_\_\_ (während dessen der Beschwerdeführer ein spezielles Trainingsprogramm absolviert hatte) durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Stanzer ergeben (vgl. Urk. 8/7 und Urk. 8/13 S. 1). Dies bestärkte in der Folge auch der damalige Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 8/12 S. 1), bei dem der Beschwerdeführer - aufgrund dieser Arbeitsfähigkeitseinschätzung - daraufhin die Behandlung abbrach (vgl. Schreiben Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. April 1999, Urk. 8/1 S. 4). Dr. U.\_\_\_\_ konsultierte der Beschwerdeführer nach dem Klinikaustritt gerade im Hinblick darauf, dass dieser ihm - anders als die Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_, Dr. C.\_\_\_\_ und auch Dr. D.\_\_\_\_, der angesichts der beantragten Hilfe bei der beruflichen Wiedereingliederung offensichtlich ebenfalls von der grundsätzlichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinige. Der Grund dafür, dass die IV-Stelle - trotz der offensichtlichen Unvereinbarkeit mit der Einschätzung der weiteren Ärzte - gerade auf die Beurteilung von Dr. U.\_\_\_\_ abstellte, war nicht etwa, dass diese materiell überzeugender erschien, sondern lag einzig darin, dass Dr. U.\_\_\_\_ gleicher Muttersprache wie der Beschwerdeführer ist (Urk. 8/15). Wenn die Gutachter des Begutachtungsinstituts W.\_\_\_\_ bei ihren Untersuchungen auch einen Dolmetscher beizogen (Urk. 8/93 S. 10), so gibt es in den Berichten der behandelnden Ärzte keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sprachliche Schwierigkeiten die Anamneseerhebung beziehungsweise die Untersuchung des - immerhin seit 1986 in der Schweiz lebenden (Urk. 8/3 S. 1, Urk. 8/93 S. 6) - Beschwerdeführers erschwert hätten. Da Schmerzen an sich noch kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit sind und der rechtsdominante Beschwerdeführer (Urk. 8/93 S. 12), der unter linksseitigen Schmerzen leidet, im Rahmen der fundierten Abklärungen in der Klinik B.\_\_\_\_ eine physische Belastbarkeit gezeigt hat, die die Anforderungen seiner Tätigkeit als Stanzer (welche entgegen seinen Angaben kein Heben von 20 kg wiegenden Lasten, sondern - wenn überhaupt [vgl. Arbeitgeberbericht, Urk. 8/10 S. 3] - höchstens von 3 kg schweren erfordert [Urk. 8/93 S. 17]) ohne Weiteres erforderte, ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. U.\_\_\_\_ - sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit - eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit bescheinigte. Soweit die Rentenzusprache aus physischen Gründen erfolgte, war sie demnach zweifellos unrichtig.

Da die IV-Stelle den Leistungsanspruch - sofern und soweit überhaupt aufgrund psychischer Beschwerden (vgl. hierzu Bericht Dr. E.\_\_\_\_ vom 16.

April 2010, Urk. 8/115 S. 1) - wegen einer reaktiven depressiven Entwicklung und nicht wegen einer somatoformen Schmerzstörung bejahte (Urk. 8/19 S. 1), ist auch die zwischenzeitliche Änderung der Rechtsprechung betreffend letztgenannte Diagnose vorliegend nicht weiter bedeutsam (Urk. 1 S. 6). Eine - gemäss Dr. U. \_\_\_ ab zirka Oktober 1998 bestehende (Urk. 8/14 S. 4) - erhebliche depressive Störung lag indes nach Lage der Akten im Zeitpunkt der Rentenverfägung vom 8. November 1999 (Urk. 8/22) offensichtlich nicht vor. So wurden entsprechende Beschwerden in den Berichten der weiteren ambulant behandelnden Ärzte gar nicht erwähnt (Urk. 8/3 S. 4, Urk. 8/12, Urk. 8/1 S. 4), und die Ärzte der Klinik B. \_\_\_ zogen im Rahmen der vierwöchigen stationären Behandlung des Beschwerdeführers, der (ausschliesslich) über Einschränkungen beim Laufen, Fussball und Schwimmen beziehungsweise generell bei sportlichen Aktivitäten klagte, einen psychischen Gesundheitsschaden nicht einmal differentialdiagnostisch in Betracht (Urk. 8/13). Mit der von Dr. U. \_\_\_ festgestellten psychischen Symptomatik (stark gedrückte Grundstimmung, Antriebsarmut, Unsicherheit, schmerzbedingte Schlafstörung, Müdigkeit, rasche Ermüdung, Vergesslichkeit, verminderte Freude- beziehungsweise Lustempfindung, Zukunftsangst, rezidivierendes Angstgefühl; vgl. Urk. 8/14 S. 4) war eine invalidenversicherungsrechtlich bedeutsame Leistungseinbusse jedenfalls noch nicht dargetan. Mangels einer (aus nachvollziehbaren Gründen) fachärztlich bescheinigten psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit war die Rentenzusprache auch aus psychischer Sicht zweifellos unrichtig. Dies ergibt sich denn auch aus dem am 16. April 2010 verfassten Bericht des Psychiaters Dr. E. \_\_\_, den der Beschwerdeführer im Mai 1999 (und dann - im Zusammenhang mit dem damals laufenden und erstmals eine Begutachtung umfassenden Revisionsverfahren - erst wieder im Juli 2009 [Urk. 8/115 S. 1]) konsultiert hatte. So handelt(e) es sich gemäss dem genannten Arzt bei der depressiven Symptomatik lediglich um eine leichte depressive Episode, mithin definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, dem es am Krankheitscharakter fehlt und das demnach keine die Leistungsfähigkeit beeinträchtigende psychische Erkrankung im Sinne von Art. 6 ATSG darstellt (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3 mit Hinweisen). Indem der genannte - damals einmalig konsultierte - Psychiater festhielt, dass die Rentenzusprache (ausschliesslich) wegen physischer Beschwerden erfolgt sei (Urk. 8/115 S. 1 f.), brachte er klar zum Ausdruck, dass aus der psychischen Symptomatik keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultierte.

4.4.2.2 Nach Lage der Akten ist die Anspruchsberechtigung auch pro futuro zu verneinen. Was die bei der am 19. August 2010 verfertigten Renteneinstellung (Urk. 2) bestandenenden Auswirkungen der Gesundheitsstörung auf die Leistungsfähigkeit anbelangt, ist nämlich gestützt insbesondere auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ vom 20. Oktober 2009 (Urk. 8/93 S. 20 ff.) und die Beurteilung des Psychiaters Dr. E. \_\_\_ vom 16. April 2010 (Urk. 8/115 S. 1 f.) davon auszugehen, dass im Zeitpunkt des Revisionsverfahrens jedenfalls keine weitergehenden funktionellen Einschränkungen vorlagen als bei Erlass der Rentenverfägung vom 8. November 1999 (Urk. 8/22). Dies anerkannte denn auch der Beschwerdeführer, indem er einen grundsätzlich unveränderten, allenfalls - infolge Remission der radikalen Symptomatik - leicht gebesserten Gesundheitszustand geltend machte (Urk. 1 S. 5 f.). Körperliche Beeinträchtigungen, welche sich bei einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit, wie es auch die Arbeit als Stanzer war (vgl. Urk. 8/10 S. 3), einschränkend auswirkten, stellten auch die Gutachter des Begutachtungsinstituts

W. \_\_\_ keine fest (Urk. 8/93 S. 20). Vielmehr wiesen diese darauf hin, dass der Beschwerdeführer anlässlich der - insbesondere orthopädischen (Urk. 8/93 S. 14-17) - Untersuchung ein ausgesprochen inkonsistentes Verhalten gezeigt habe, wobei fünf von fünf Waddelzeichen positiv ausgefallen seien (Urk. 8/93 S. 17). Auch der - offenbar über die Jahre hinweg im Wesentlichen unveränderten - psychischen Symptomatik kommt offensichtlich nach wie vor keine anspruchsbegründende Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit zu. Anzumerken ist hierzu einerseits, dass kein Arzt annahm, dass die in den medizinischen Akten verschiedentlich erwähnte Symptomausweitung (vgl. etwa Urk. 8/7 S. 1, Urk. 8/13 S. 1, Urk. 8/93 S. 17 und S. 19) Einfluss auf die Leistungsfähigkeit habe. Gegen eine erhebliche psychische Störung sprechen andererseits auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer sich nie einer eigentlichen Psychotherapie unterzogen hat (Urk. 8/93 S. 19) und die verordneten Psychopharmaka überhaupt nicht oder nur in ungenügender Dosierung einnimmt (Urk. 8/93 S. 21) sowie der von ihm geschilderte Tagesablauf und die Reisen zur Familie in die Türkei alle paar Monate (Urk. 8/85 S. 2, Urk. 8/93 S. 8 f., S. 11 und S. 13) beziehungsweise die im Jahr 2007 unternommene Pilgerfahrt nach Mekka (Urk. 8/89 S. 2). Da selbst bei Annahme einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit (Urk. 8/93 S. 20 f.) und unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges vom Invalideneinkommen von 10 % - unbestrittenermassen (Urk. 1) - ein deutlich unter 40 % liegender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. Urk. 2 S. 2), erbringen sich weitere Ausführungen zur Frage, ob und gegebenenfalls inwieweit die von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ attestierte 20%ige Leistungseinbuße tatsächlich von invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz sei (Urk. 2). Festzuhalten ist in diesem Zusammenhang immerhin, dass sich nicht ohne Weiteres nachvollziehen lässt, dass die Ärzte des Begutachtungsinstituts W. \_\_\_ - trotz ihres Hinweises auf deutlich ausgeprägte psychosoziale Belastungsfaktoren als Ursache für die psychische Symptomatik (Urk. 8/93 S. 10 und S. 11; vgl. hierzu auch Bericht Dr. E. \_\_\_ vom 16. April 2010, Urk. 8/115 S. 2), auf das Fehlen sowohl eines (jedenfalls ausgeprägten) sozialen Rückzugs als auch einer schweren somatischen oder psychischen Erkrankung und darauf, dass die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft seien (Urk. 8/93 S. 11) - von einer einschränkenden Wirkung der somatoformen Schmerzstörung (und der übereinstimmend mit Dr. E. \_\_\_ als leicht qualifizierten depressiven Episode) auf die Arbeitsfähigkeit ausgehen (Urk. 8/93 S. 20 f.; vgl. hierzu BGE 130 V 352).

4.5 Da demnach feststeht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der zweifellos unrichtigen Rentenzusprache vom 8. November 1999 (Urk. 8/22) nicht in anspruchsrelevanter Weise verschlechtert hat, ist die per Ende September 2010 verhängte Renteneinstellung (Urk. 2) im Ergebnis nicht zu beanstanden.

4.6 Anzumerken bleibt, dass es dem Beschwerdeführer, der seit über zehn Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen ist, unbenommen bleibt, die IV-Stelle um Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung zu ersuchen. Angesichts des Umstands, dass er dem Besprechungstermin bei der Berufsberatung am 21. Oktober 2009 unentschuldig ferngeblieben ist (Urk. 8/98 S. 3) und aktenkundig immer wieder zum Ausdruck gebracht hat, dass er die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit ausschliesse, ist indes darauf hinzuweisen, dass berufliche Massnahmen nur bei entsprechender Motivation Aussicht auf Erfolg haben (vgl. etwa Urk. 8/93 S. 22).

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 800.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 12

- Swiss Life AG

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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