

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00763 vom 20. August 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00763](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00763)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00763 du 20 août 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00763 del 20 agosto 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Mit Verfügung vom 6. Februar 2002

erhöht die IV-Stelle die bisherige halbe Rente

mit Wirkung per 1. Januar 2002 bei einer

durch den Bericht eines Psychiaters attestierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit

auf eine ganze

Rente (Urk. 5/120).

Nach Einholung des Revisionsfragebogens (Urk. 5/128) sowie des Berichtes von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumaerkrankungen (Urk. 5/131), bestätigte die IV-Stelle die bisherige ganze Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad mit Mitteilung vom 8. März 2007 (Urk. 5/133). 1.

### **E. 1.5**

und E.

4.1), indem sie die angezeigten medizinischen Abklärungen zu den somatischen und psychischen Aspekten unterlassen hat. Dies hat die Beschwerdegegnerin mittels Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung nachzuholen. Hernach hat sie über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu befinden.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen ist, damit diese die für die Beurteilung des Rentenanspruchs erforderlichen Abklärungen treffen und neu darüber befinden. 6.

### **6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Bei diesem Verfahrensausgang hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) auf Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWS t ) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen Abklärungen treffe und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu ver füge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

## **E. 2**

1. März 1997 (beide Unfälle nicht versichert; vgl. Urk. 5/9/5, Urk. 5/74, Urk. 5/84/3) meldete er sich am 1 2. Januar 1998 unter Hinweis auf ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Status nach Lendenwirbelkörperfrakturen und bei Wirbelsäulenfehlform sowie unter Hinweis auf eine depressive Verstimmung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug einer halben Rente an (Urk. 5/84/3).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihm ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 56 % mit Verfügung vom 1 6. November 1999 mit Wirkung ab 1. März 1998 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 5/108 ). Dies insbesondere gestützt auf das multidisziplinäre Gutachten der MEDAS A. \_\_\_ vom 2. Juli 1999 ( Urk. 5/9 ) , in welchem eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie ein Status nach posttraumatischer LWK1-Fraktur im März 1989 sowie BWK2-Fraktur im Dezember 1995 diagnostiziert wurde n, wobei

sämtlichen Diagnosen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde (Urk. 5/9/9).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 4. Juli 2013 (Urk. 2) die laufende ganze Rente des Beschwerdeführers gestützt auf die Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 aufgehoben. Sie begründete dies damit, dass die ganze Rente aufgrund einer zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerde bildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehörenden Diagnosen zugesprochen worden sei und dass die Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, es lägen auch somatische Beschwerden vor. Des Weiteren sei das Vorliegen der Foerster-Kriterien nicht ausreichend geprüft worden. Dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ sei zu entnehmen, dass er aufgrund einer Kombination aus somatischen und psychischen Beschwerden auch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig sei (Urk. 1 und Urk. 16). 3.

### **E. 3**

Anlässlich eines im Januar 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 5/144 ff.) holte die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug, Urk. 5/145), bei Dr. B.\_\_\_\_ den Bericht vom 30. März 2012 (Urk. 5/147) sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 5/166/4-5) ein und hob die Rente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/167 ff.), in dessen Rahmen sie einen Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ (Urk. 5/186/5-6) zu den Akten nahm, gestützt auf die Schlussbestimmung a. der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 auf (Verfügung vom 4. Juli 2013, Urk. 5/188 = Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 9. September 2013 Beschwerde und beantragte die ersatzlose Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Eventualiter beantragte er, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und das Verfahren sei an die Vorinstanz zur Durchführung weiterer medizinischer und sozialer Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom

30. September 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 3.1**

Bei der ursprünglichen Zusprache der halben Rente stützte sich die Beschwerdegegnerin insbesondere auf das multidisziplinäre Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 2. Juli 1999, in welchem eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie ein Status nach posttraumatischer LWK1-Fraktur im März 1989 sowie BWK2-Fraktur im Dezember 1995 diagnostiziert worden war, wobei sämtliche gesundheitlichen Einschränkungen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hatten (Urk. 5/9/9).

### **E. 3.2**

Die Erhöhung auf eine ganze Rente erfolgte gestützt auf den Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Oktober 2001 (Urk. 5/116/5-12)

sowie die Stellungnahme des IV-Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_

(Urk. 5/117).

Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) sowie eine längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21). Er führte aus, die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) falle ausser Betracht. Es bestehe hingegen eine larvierte depressive Stimmung als Begleiterscheinung der Unfallfolgen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % , da sich das Schmerzsyndrom vollständig psychisch fixiert habe (Urk. 5/116/10 11).

Dr. F.\_\_\_\_ empfahl, auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ abzustellen (Urk. 5/117/3). Bestätigt wurde die ganze Rente schliesslich auch gestützt auf den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. März 2007 (Urk. 5/131). Dr. B.\_\_\_\_ beschrieb unveränderte chronische lumbospondylogene Schmerzen bei einer sekundären Fehlf orm nach Frakturen der LWK 1 und 2. Er gab an, der Beschwerdeführer hinke und zeige nach wie vor eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit der ganzen Lendenwirbelsäule. Im Flachen könne er etwa eine halbe Stunde gehen. An Ort stehen könne er während fünf Minuten und sitzen während 15 Minuten. Er sei auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 5/131/2).

### **E. 3.3**

Die Rentenzusprache erfolgte somit zu einem nicht unerheblichen Teil wegen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Daneben lag offenbar zeit weise eine mittelgradige depressive Episode vor und es bestanden auch gewisse Einschränkungen aus somatischer Sicht, welche dem Beschwerdeführer die Weiterausübung der angestammten, körperlich schweren Tätigkeit verunmöglichten (Urk. 5/9/10). Liegen sowohl pathogenetisch -ätiologisch unklare Beschwerden als auch erklär bare Beschwerden vor und lassen sich diese voneinander trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf die unklaren Beschwerden

nach neuester Rechtsprechung dennoch angewandt werden. Mit lit . a Abs. 1 der Schlussbestimmungen sollen hinsichtlich unklarer Beschwerden die Bezüger laufender Renten gleich behandelt werden wie Versicherte, welche neu eine Rente beantragen ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_74/2014 vom 16. Mai 2014 , E. 6.2 .3 ) . Infolgedessen hat die Beschwerdegegnerin die laufende Rente ,

soweit sie auf nicht erklär baren Beschwerden beruht,

zu Recht unter dem Titel der Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011

einer Neu beurteilung unterzogen. 4.

### **E. 4**

(Urk. 17/1), die Verfügung des Amtes für Wirtschaft und Arbeit vom 20. Januar 2014 (Urk. 17/2) sowie einen Bericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2014 (Urk. 17/3) ein. Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Duplik vom 24. Februar 2014 ebenfalls an ihrem Standpunkt fest (Urk. 19). Die Duplik wurde dem Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 20 ).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

Bei der Überprüfung und Neubeurteilung von laufenden Renten, welche gestützt auf eine in der Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 genannte Diagnose gesprochen wurden, stellen sich die gleichen Fragen, wie wenn ein erstmaliges Leistungsgesuch zu beurteilen ist. Es geht somit darum, aus heutiger Sicht zu beurteilen, ob die Voraussetzungen für einen Rentenbezug im Zeitpunkt der Überprüfung - und nicht im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache - gegeben sind, was insbesondere eine vollständige Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfordert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_519/2013 vom 26. Februar 2014, E. 2).

Dabei

sind auch Veränderungen im Sachverhalt zu berücksichtigen, die seit der ursprünglichen Rentenzusprechung beziehungsweise seit der letzten Rentenrevision eingetreten sind. Denn daraus, dass eine Rente unabhängig vom Vorliegen einer Sachverhaltsänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG revidierbar ist, kann nicht geschlossen werden, dass vorhandene Sachverhaltsänderungen umgekehrt unberücksichtigt zu bleiben hätten.

Zu klären ist daher ferner, ob sich der Gesundheitszustand seit der Renten zusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr nicht klar eine Diagnose gestellt werden kann. Weiter ist zu prüfen, ob die "Foerster-Kriterien" als erfüllt zu betrachten sind und eine Validitätseinbusse auf diese Weise - trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes - nachweisbar ist.

Da es sich bei den erwähnten Punkten, von deren Beantwortung der Bestand laufender Renten abhängt, in erster Linie um solche medizinischer Art handelt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich - auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten - der Beurteilung durch die Verwaltung und deren Regionalen Ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (BGE 139 V 547 E. 10.1.2, 10.1.3 und 10.2). 4.2.4.2.1

Im Rahmen der im Januar 2012 eingeleiteten Rentenrevision berichtete Dr. B.\_\_\_\_ am 30. März 2012, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Status nach LWK-1 Fraktur 1989 und LWK-2 Fraktur 1995 mit sekundärer Fehlform und massiv eingeschränkter Beweglichkeit der ganzen Lendenwirbelsäule. Die Schmerzen würden bei geringster Belastung zunehmen. Die Gehstrecke sei nach wie vor limitiert auf 15 bis 30 Minuten, sitzen könne der Beschwerdeführer höchstens eine Stunde, an Ort stehen 15 Minuten. In seiner angestammten Tätigkeit sei er zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 5/147/1-2). 4.2.2

Am 19. Juli 2012 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, gestützt auf die Akten Stellung. Sie gab an, die Wirbelkörperfrakturen vermöchten das Ausmass der geschilderten Beschwerden nicht

ausreichend zu erklären. Den Akten seien keine objektivier baren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizi nischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Es lägen keine Anhaltspunkte für eine vom Schmerzerleben losgelöste, eigenständige, erhebliche psychische Komorbidität oder für sonstige schwere Funktionsein schränkungen vor (Urk. 5/ 166/5). 4 . 2. 3

Mit Schreiben vom 1 4. Mai 2013 überwies PD Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, den Beschwerdeführer an den Chefarzt Wirbelsäulenchirurgie der Klinik C.\_\_\_\_ , damit dieser beurteile, ob eine operative Intervention im Bereich der F r aktur L1/2 Beschwerdelinderung bringen könne. PD Dr. H.\_\_\_\_ hielt dabei fest, dass ein deutliches Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Fraktur von L1 und L2 bestehe (Urk. 5/ 180/2). 4 . 2. 4

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie in der Klinik C.\_\_\_\_ , diagnostizierte anlässlich seiner Untersuchung vom 7. Juni 2013 eine chronische Lumboischialgie rechtsbetont. Den MRI-Bildern vom 19. Dezember 2012 entnahm er einen Status nach einer Kneifzangenfraktur von LWK2 und eine r Deckplattenimpressionsfr aktur von LWK1 ohne klare Hinweise für Spinalkanalstenosen. Die genaue Genese der Beschwerden sei unklar, es bestehe der Verdacht auf eine Symptomausweitung bei aber doch klaren struk turellen Läsionen (Urk. 5/1 86/5-6) . 4 . 3

Bei dieser Aktenlage verfügte die Beschwerdegegnerin am 4. Juli 2013 die Aufhe bung der Rente (Urk. 2). Damit hat sie die

besonders hohe n Anforderun gen an die medizinischen Abklärungen (vgl. vorstehende E. 3.2) der aktuellen Gesundheitssituation nicht erfüllt. In psychiatrischer Hinsicht wurden keinerlei Abklärungen getätigt. Die Beschwerdegegnerin äusserte sich einzig gestützt auf den Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 2 9. Oktober 2001 , welcher nicht als aktuell bezeichnet werden kann, zu den Foerster-Kriterien (vgl. Urk. 2 S. 2). Nachdem beim Beschwerdeführer nebst der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch depressive Störungen diagnostiziert worden waren (vgl. vorstehende E.

4 .1 ), kann nicht allein gestützt darauf, dass sich der Beschwerdeführer nicht in psychiatrischer Behandlung befindet, darauf geschlossen werden, dass nunmehr keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorl ie ge (vgl. Urk. 2 S. 3). Dies muss umso mehr gelten, als sich der Beschwerdeführer auch früher nie einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung unterzogen hatte.

Hinzu kommen die aktenkundigen somatischen Beeinträchtigungen im Sinne von klaren struk turellen Ver änderungen (vgl. vorstehende E . 4.2.4), die es dem Beschwerde führer nicht mehr erlauben, eine körperlich belastende Tätigkeit auszuüben. Diesbezüglich macht der Beschwerdeführer sogar eine Ver schlechterung geltend (Urk. 1 S. 3; vgl. auch Urk. 17/1 S. 20). Die Aus wirkungen der somatischen Beeinträchtigung auf die Erwerbsfähigkeit prüfte die Beschwerdeführerin nicht, sie verneinte lediglich eine schwer wiegende körper liche Begleiterkrankung im Rahmen der Prüfung der Foerster-Kriterien (vgl. Urk. 2 S. 2).

5.

5 .1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer das psy chiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 1 4. Januar 2014 ein (Urk. 17/1). Dr. D.\_\_\_\_

diagnostizierte insbesondere eine chronisch-rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.8), eine schlicht strukturierte Persönlichkeit mit vermeidenden Verhaltensweisen und sekundär entstandener Selbstwertproblematik (ICD-10: Z73.1), eine chronische Lumboischialgie

rechts betont (ICD-10: M54.4) und schlafbezogene Atmungsstörungen (Schlafapnoe; ICD-10: G47.39) und mass diesen Störungen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 17/1 S. 22). Er gelangte zum Schluss, es liege ein komplexer somatopsychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert vor, welche r sich aus einem eigentlichen orthopädisch-rheumatologischen Gesundheitsschaden sowie auf der Grundlage einer prädisponierenden Persönlichkeitsorganisation ergeben habe. Zusätzlich und erschwerend sei eine chronische depressive Entwicklung hinzugekommen, zu der auch kognitive Einbussen gehörten, die testpsychologisch objektivierbar gewesen seien. Wesentliche Foerster-Kriterien seien erfüllt, so die erhebliche psychische Komorbidität, der ausgewiesene soziale Rückzug und die bislang frustrierenden Behandlungsversuche insbesondere auf somatischem Fachgebiet. Krankheitsbedingt sei der Beschwerdeführer sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit zu mindestens 70 % arbeitsunfähig (Urk. 17/1 S. 30). 5. 2

Das Parteigutachten von Dr. D.\_\_\_\_

(Urk. 17/1) vermag weitere Zweifel an der Einschätzung des RAD und der Beschwerdegegnerin zu erwecken, wonach beim Beschwerdeführer ohne psychiatrische Abklärungen davon ausgegangen werden kann, eine nicht überwindbare psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ insbesondere eine chronisch-rezidivierende depressive Störung gemäss ICD-10: F33.8 (S. 22).

Er erhob die psychiatrischen Befunde an mehreren Terminen und befand, die Auffassung sei schwankend, die fokussierte Aufmerksamkeit geringfügig eingeschränkt, die geteilte Aufmerksamkeit sehr viel deutlicher eingeschränkt. Es seien deutliche Konzentrationsmängel verifizierbar (S. 17). Der Antrieb sei leicht reduziert, in der Stimmungslage sei der Beschwerdeführer etwas gedrückt, der subjektiv geklagte Energieverlust während der drei länger dauernden Sitzungen

sei objektivierbar gewesen

(S. 18). Bei der leistungs- und neuropsychologischen Testung hätten sich Defizite in den Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen ergeben

(S. 21). Dr. D.\_\_\_\_ zog weiter die Systematik der Mini-ICF-APP bei (Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF] der Weltgesundheitsorganisation, Michael Linden, Stefanie Baron, Beate Muschalla, Bern 2009), welche zur Beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen dient. Danach sei der Beschwerdeführer wegen des diagnostisch erfassten Gesundheitsschadens in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Durchhalte-, in der Selbstbehauptungs- und in der Gruppenfähigkeit sowie in der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten mittelgradig bis schwer

eingeschränkt. In der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie der Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen sei er leicht bis mittelgradig eingeschränkt ( S. 29 ).

Bei diesen Einschränkungen ist eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch ausdenkbar, zumal Dr. D.\_\_\_\_ die rezidivierende depressive Störung als mittelgradig einstuft (Urk. 17/1 S. 26). Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung stellte er nicht mehr, stattdessen liegt nach seiner Beurteilung eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung vor (Urk. 17/1 S. 21 ). Bezüglich der depressiven Störung ging der Experte überdies von einem eigenständigen Krankheitsgeschehen aus. Angesichts der insgesamt aber nicht als besonders gravierend beschriebenen Befunde vermag die von Dr. D.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % auch in leidensangepassten Tätigkeiten (Urk. 17/1 S. 30) aber nicht derart zu überzeugen, dass darauf abgestellt werden könnte. 5. 3

Dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht der Klinik C.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, vom 8. Januar 2014 ist zusätzlich zu entnehmen, dass am 20. September 2013 eine Facettengelenksinfiltration Th12/L1, L1/L2 beidseits stattgefunden habe, jedoch keinen Therapieerfolg gezeigt habe. Es lägen degenerative Veränderungen sowie eine kleine Diskushernie vor. Die Schmerzursache sei jedoch nicht vollständig erklärbar und bei eingeschränkter Compliance sei eine konklusive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Belastungsfähigkeit nicht möglich. Die Ärzte empfahlen eine Begutachtung unter Berücksichtigung der psychischen Problematik (Urk. 17/ 3 ).

Auch dieser Bericht lässt keine zuverlässigen Schlüsse auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu. 5. 4

Zusammenfassend erlauben die vorliegenden Akten keine schlüssige Beurteilung des Rentenanspruchs.

Die gesundheitlichen Störungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bleiben weiterhin kontrovers. Die Beschwerdegegnerin ist bei der Neubeurteilung des Rentenanspruchs unter dem Blickwinkel von Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG ihren sich aus dem Untersuchungsgrundsatz nach Art. 43 Abs. 1 ATSG ergebenden Pflichten ungenügend nachgekommen (vgl. vorstehende E).

## **E. 8**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist ( Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### 1. 2

Gemäss Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerden ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die

anspruchsbegründenden Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herab gesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

Das Bundesgericht erachtete es aus Gründen der Rechtsgleichheit als geboten, sämtliche pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen Anforderungen zu unterstellen, und hat in der Folge die im Bereich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen entwickelte „Schmerz-Rechtsprechung“ bei verschiedenen verwandten Diagnosen, so bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgie, Chronic

Fatigue Syndrome oder Neurasthenie, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, der dissoziativen Bewegungsstörung sowie einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsstörung (HWS- oder Schleudertrauma), der nichtorganischen Hypersomnie und der leichten Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom zur Anwendung gebracht (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 unter Hinweis auf die jeweiligen Fundstellen).

### 1.3

Ausgangspunkt für die Bemessung der Invalidität bildet die Frage, ob und in welchem Ausmass es einer versicherten Person zumutbar ist, trotz ihres Gesundheitsschadens ein Erwerbseinkommen zu erzielen. In Art. 7 Abs. 2 ATSG, der mit der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wird festgelegt, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit wurde gesetzlich verankert, dass die Zumutbarkeit nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person, sondern nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Art. 7 Abs. 2 ATSG schreibt somit auf Gesetzesstufe das Erfordernis der Objektivierbarkeit fest, was nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 V 215 E. 7.3) seit jeher gilt (Thomas Gächter /Eva Siki, Sparen um jeden Preis?, in: Jusletter vom 29. November 2010, S. 3).

Bei der Beantwortung der Frage, welche Tätigkeiten einer versicherten Person trotz ihres Gesundheitsschadens zumutbar sind, ist der Rechtsanwender massgeblich auf die Informationen angewiesen, die ihm ärztliche und andere Fachpersonen liefern. Diese haben sich darauf zu beziehen, ob und inwieweit eine versicherte Person trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung noch über Fähigkeiten verfügt, welche für die bisherigen Arbeitsmöglichkeiten wesentlich sind, und in welchen anderen Arbeitsbereichen das verbliebene Leistungsvermögen unter Berücksichtigung ihrer Kenntnisse verwertet werden könnte. Im Rahmen des das Sozialversicherungsverfahren beherrschenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ist es die Pflicht der rechtsanwendenden Behörden, alle diesbezüglich erforderlichen Auskünfte einzuholen und die notwendigen Abklärungen vorzunehmen.

Insbesondere wenn es bei den genannten Diagnosen (vorstehende E. 1.4) darum geht zu beurteilen, welche (Willens-)Anstrengung von der versicherten Person nach objektiven Gesichtspunkten erwartet werden darf, mit ihren Beschwerden umzugehen und eine erwerbliche Tätigkeit zu verrichten, muss sich der Rechtsanwender auf nachvollziehbare medizinische – in der Regel fachärztlich-psychoiatrische – Stellungnahmen stützen können. Die ärztliche Fachperson hat die Beurteilung der zumutbaren Willensanstrengung und der dem Betroffenen zur Verfügung stehenden Ressourcen mit Blick auf die mit BGE 130 V 352 erstmals eingeführten („Foerster“-)Kriterien vorzunehmen, wobei sich die

psychiatrische Expertise nicht in jedem Fall über jedes einzelne dieser Foerster-Kriterien aus sprechen muss, sich aber immer dann zur Gesamtheit der Kriterien äussern sollte, wenn die zu beurteilende Einschränkung vorwiegend auf psychischen Gründen be ruht (vgl. Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invaliden versicherung, Rz . 1693 ). Entscheidmassgeblich ist in jedem Fa ll eine Gesamt würdigung der Si tua tion, die Aufschluss gibt über die noch vorhandenen Res sourcen. 2.

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