

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01258 vom 4. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01258

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01258 du 4 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01258 del 4 maggio 2015

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)

hat zum Ziel, die Invalidenversicherung (IV) zu sanieren. Dabei steht der Eingliederungsgedanke im Zentrum. Insbesondere durch sogenannte „eingliederungsorientierte Rentenrevisionen“ sollen laufende Renten erheblich reduziert oder gar aufgehoben werden können, indem systematisch überprüft wird, ob bei den Rentenbezüglerinnen und -bezügern Potential zur Wiedereingliederung vorhanden ist (Thomas Gächter /Eva Siki , Sparen um jeden Preis?, in: Jusletter 29. November 2010, S. 2).

E. 1.3

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

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

Mithin finden auf diese IV-Rentnerinnen und -rentner nicht die geplanten Bestimmungen über die eingliederungsorientierte Rentenrevision Anwendung, die mit flankierenden und begleitenden Massnahmen abgerundet werden. Viel mehr sind die Rentenansprüche, die etwa gestützt auf die Diagnose eines organisch nicht erklärbaren Schmerzzustandes gesprochen wurden, zu überprüfen und unter dem Gesichtspunkt der seit BGE 130 V 352 verschärften Praxis neu zu beurteilen (Gächter / Siki , a.a.O., S. 2).

E. 1.4

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 fest gelegt, 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 (Gächter / Siki, a.a.O., S. 3).

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 Funktionsausfälle (HWS- oder Schleudertrauma) zur Anwendung gebracht (Gächter / Siki, a.a.O., S. 4, mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts).

Das gemeinsame Merkmal dieser Beschwerdebilder, welche die einheitliche Anwendung der „Schmerz-Rechtsprechung“ des Bundesgerichts rechtfertigt, besteht darin, dass die Betroffenen unter körperlichen Symptomen - wie Rücken schmerzen, Müdigkeit oder Magen-Darmproblemen - leiden, die sich nicht durch organische Befunde erklären lassen. Weder fallen unter die Anwendung der „Schmerz-Rechtsprechung“ somit sämtliche psychiatrischen Diagnosen noch ist ausschlaggebend, ob ein bestimmtes Leiden organischen oder psychischen Charakter hat. So hat die Rechtsprechung die zu vorwiegend psychisch begründeten Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4) entwickelten Regeln unter anderem bereits auf die als organisches Leiden qualifizierte Fibromyalgie (ICD-10: M79.0) übertragen (Gächter / Siki, a.a.O., S. 4, mit zahlreichen Hinweisen auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts).

E. 1.5

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

E. 1.6

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen

und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte betreffen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

E. 2

8. Oktober 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2 oben). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Januar 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus,

dass die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt hätten, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehören (S. 2 oben). Im psychiatrischen Gutachten von 2010 sei festgestellt worden, dass eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Erkrankung nicht vorliege (S. 2 Mitte). Es sei darauf zu schliessen, dass die zu prüfenden Faktoren, welche zu einer ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der Beschwerdeüberwindung führen könnten, ganz klar nicht in gehäufte und erhebliche Form vorlägen.

Somit bestehe kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (S. 2 unten). 2. 3

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass die

Rentenzusprache aufgrund der psychischen Beschwerden sowie der Diskusprotrusion C5 erfolgt sei. Da die ursprüngliche Berentung nicht – oder nicht nur – aufgrund von pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern

erfolgt sei, sei eine Revision gemäss den Schlussbestimmungen nicht zulässig (S. 4 f.). Weder dem Gutachten A.____ noch dem Gutachten der Medas

B.____ komme voller Beweiswert zu, da beide nicht in Kenntnis der vollständigen Akten erstellt worden seien (S. 5 f.). Aus den vorliegenden Berichten ergebe sich klar, dass er spätestens seit Januar 2013 (richtig wohl 2003) dauernd an einer depressiven Symptomatik leide. Eine reaktive Depression hätte mittlerweile längst abklingen müssen, die Schwere der Depression habe sich jedoch sogar noch verstärkt. Es liege offensichtlich eine rezidivierende depressive Störung vor, welche ein eigenständiges Krankheitsbild darstelle (S. 7). 3. 3.1

Wie bereits im Entscheid des hiesigen Gerichts vom 31. Mai 2012 zitiert (vgl. Urk. 7/128 S. 5 ff.), lagen im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache die folgenden medizinischen Berichte vor: 3.2

Im Bericht der Ärzte des C.____ vom 6. Mai 2002 (Urk. 7 /6/5-6) wurden folgende Hauptdiagnosen genannt (S. 1 oben): - unklare Knieschmerzen beidseits - lumbospondylogenes Syndrom

Die untersuchenden Ärzte gaben an, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2001 an beidseitigen Knieschmerzen leide. Radiologisch fänden sich diskrete Hinweise für beginnende Gonarthrosen beidseits und skelettszintigraphisch eben falls Veränderungen im Bereich des Tibiofibulargelenkes sowie der Fibula, welche für degenerative Veränderungen sprechen würden. Am ehesten handle es sich um eine Überlastung. Die Schmerzen träten nur noch selten auf (S. 2). 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte im Bericht vom 16. August 2002 (Urk. 7 /6/7-8) folgende Diagnose (S. 1 Mitte): - 18 von 18 positive Fibromyalgiepunkte mit - wahrscheinlich Chronisches - Fatigue -Syndrom und - Generalisierungstendenz der weichteilrheumatischen Schmerzen mit Ausbildung einer panvertebralen/paravertebralen Schmerzsymptomatik

Dr. D.____ führte aus, dass beim Beschwerdeführer eine erhebliche Schmerzfixierung auffalle. Die Prädiktoren für eine berufliche Reintegration seien ungünstig, weshalb eine intensivere Betreuung notwendig sei. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt Dr. E.____ sei zuerst eine antidepressive Therapie zu versuchen (ab dem 12. August 2002 Beginn mit Deanxit), die dysphorische Verstimmung scheine offensichtlich, auch die bei nahe Verzweiflungsstimmung (S. 2 oben). 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 18. Januar 2003 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7 /6/1-4) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Fibrositisyndrom mit im Vordergrund stehendem Panvertebralsyndrom und chronischen Knieschmerzen (lit. A). Zum Befund gab er eine eher depressive Stimmungslage an. Beide Knie seien schmerzhaft auf Druck und bei maximaler Bewegung ohne Schwellung und Rötung. Es bestehe eine diffuse Druckdolenz der Wirbelkörper und paravertebral. Die Beweglichkeit sei schmerzbedingt eingeschränkt. Der Beschwerdeführer leide an einer typischen Fibromyalgie. Er sei in seinem Beruf mit Tragen von schweren Lasten und Überkopfarbeit nicht mehr arbeitsfähig. Die Umschulung in eine leichtere körperliche Tätigkeit sei unbedingt zu empfehlen, da der Beschwerdeführer immer wieder versucht habe zu arbeiten und sehr motiviert sei (lit. D.7). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ihm eine Erwerbstätigkeit ganztags zumutbar (S. 4 unten). 3.5

Vom 11. März bis zum 1. April 2003 erfolgte ein stationärer Aufenthalt des Beschwerdeführers in der F.____. Im Austrittsbericht vom 11. April 2003 (Urk. 7 /11) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - Fibromyalgie-Syndrom - Haltungsinsuffizienz mit Hyperlordose lumbal

Die behandelnden Ärzte gaben an, dass aktuell wechselnde Schmerzen vor allem im Nacken-/Schulterbereich, lumbal sowie im Bereich beider Knie bestünden. Es handle sich um Dauerschmerzen mit Verschlimmerung bei Belastung (S. 4 Mitte). Die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms könne bestätigt werden (S. 1 unten). Bei ausgeprägten Schlafstörungen sei die antidepressive Medikation gewechselt worden. Insgesamt habe die Schmerzsituation bis zum Austritt nicht wesentlich beeinflusst werden können. Die Rückkehr in den angestammten Beruf als Maler scheine nicht mehr möglich, insbesondere da dieser Beruf praktisch täglich Überkopfarbeiten beinhalte, was dem Beschwerdeführer

mehr Schmerzen in Schultern und Rücken bereite . Eine leichte bis maximal mittel schwere körperliche Arbeit mit Wechselbelastung für die Wirbelsäule ohne Heben schwerer Gewichte und ohne Überkopfarbeiten sei aus rheumatologischer Sicht möglich (S. 2 Mitte).
3.6

Dr. D.____

(vorstehend E. 3.3) gab am 24. April 2003 zuhanden der Beschwerde gegnerin (Urk. 7 /13/5) an, der Beschwerdeführer sei gemäss seiner Beurteilung grund sätzlich in einer – wie im Bericht der F.____ beschriebenen – be hinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (vgl. auch Formular zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit vom 16. April 2003, Urk. 7 /13/3-4). In der angestammten Tätigkeit als Maler sei eine Arbeitstätigkeit aufgrund des Schmerzsyndroms nicht mehr zumutbar . 3.7

Vom 13. Oktober bis zum 6. November 2003 weilte der Be schwerdeführer in der beruflichen Abklärungsstelle G.____ (BEFAS). Im Schlussbericht der BEFAS vom 18. November 2003 (Urk. 7 /24) wurde fest gehalten, dass sich der Be schwer deführer arbeitswillig gezeigt habe. Bei wech selbelastend

behinde rungs angepassten leichteren bis gelegentlich maximal mit telschwer belastenden Tätig keiten habe er ganztags eingesetzt werden können. Bei verlangsamtem Arbeitstempo und gelegentlich wegen Schmerzen zugespro chenen kurzen Ent lastungspausen habe er durchschnittlich etwa 60 % einer normalen Tagesleis tung erzielt. Belastungsabhängig vorübergehend im Vorder grund seien intersca puläre Schmerzen angegeben worden. Eine zukünftige berufliche Tätigkeit sollte insbesondere bei manuellen Arbeitseinsätzen ohne Überkopfarbeiten und über wiegend auf Tischhöhe ausgeübt werden können. Bei Beachtung der medizini schen Situation und der Abklärungsresultate werde ein gestaffeltes Vorgehen mit dem Ziel einer späteren Verwertung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit unter behinderungsadaptierten Arbeitsbedingungen empfohlen. Um dieses Ziel zu erreichen, erscheine im Sinne einer Übergangslösung ein auf bauendes Arbeits training bei behinderungsangepasster Tätigkeit indiziert; dadurch könne die aktuell realisierbare 60%-Tagesleistung allmählich bis gegen 100 % gesteigert und gleichzeitig bei allmählicher Gewöhnung an arbeitsspezi fisch günstige Belastungen das Selbstvertrauen gestärkt und die psychische Befindlichkeit ver bessert werden (S. 6 Ziff. 2.3). 3.8

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) nannte im Bericht vom 15. Juni 2004 zuhan den der Beschwerde gegnerin (Urk. 7 /34) neu die zusätzliche Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen, bestehend seit 2003 (lit . A). Er führte aus, dass sich die Schmerzsituation seit seinem letzten Bericht vom Januar 2003 nicht wesentlich verändert habe. Der Beschwerdefüh rer habe weiterhi n vor allem Schmerzen im Wirbel säulenbereich mit oft voll stän digen Blockierung der Beweglichkeit. Zeitweise bestehe auch ein Dauer schmerz , der vor allem bei anstrengender Arbeit auftrete und die Arbeits leistung des Beschwerdeführers sehr beeinflusse. Auch die Knie schmerzen seien meistens vorhanden und würden ihn an einer grösseren Geh leistung hindern. Anti depressiva würden regelmässig eingenommen, hätten aber keinen wesentli chen Einfluss auf die Schmerzen und die psychischen Symptome. Seit etwa Mitte 2003 hätten sich die depressiven Symptome zunehmend verschlechtert. Die Zei chen der mittelgradigen Depression hätten während der Zeit der berufli chen Abklärung in G.____ und des Arbeitstrai nings im H.____ immer mehr zugenommen. Dabei sei immer klarer geworden, dass er auch diese leichte Arbeit sehr oft nicht habe bewältigen kön nen. Insgesamt habe

sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers deutlich verschlechtert. Die Schmerzen von Seiten der Fibromyalgie hätten zu genommen (jetzt auch bei nur leichter körperlicher Belastung, früher vor allem bei starker Belastung). Dazu bestünden jetzt die Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode, welche die Beschwerden von Seiten der Fibromyalgie ver stärken und eine deutliche Reduktion der Konzentration und Aufmerksamkeit verursachen würden. Für eine leichte behinderungsangepasste Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (lit . D.7). 3.9

Vom 5. Januar bis zum 30. Juni 2004 absolvierte der Beschwerdeführer ein Arbeitstraining im H. ___ in I. ___ (vgl. Urk. 8/30; Urk. 8/37). Dem entsprechenden Bericht vom 28. Juni 2004 (Urk. 8/37) ist zu entnehmen, dass er am Vormittag jeweils eine quantitative Leistung von 60 % einer durchschnittlichen Leistung in der freien Wirtschaft erreicht hat. Diese Leistungsminderung entstehe vor allem durch seinen konstanten Schmerzpegel, welcher ihn in seiner Bewegungsfreiheit einschränke. Am Nachmittag lasse seine quantitative Leistung nach. Die Schmerzen spüre er dann zwar nicht stärker als am Morgen, aber diese würden zu lange dauern, um mit der gleichen Leistung weiter arbeiten zu können. Er brauche dann öfters kleine Pausen (S. 1 Mitte). Die Schmerzen würden keine volle Belastung im physischen Bereich erlauben . Dies wirke sich auf seine psychische Verfassung aus (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer sei ein zuverlässiger und angenehmer Mitarbeiter. Im Laufe seines Arbeitstrainings habe er immer schwierigere Arbeiten selbständig ausüben können. Seine Auffassungsgabe sei gut, werde aber manchmal durch seine schwachen Deutschkenntnisse beeinträchtigt. Eine grosse Einschränkung für ihn seien die Schmerzen , die ihn immer begleiten würden. Sie würden seine Leistungsfähigkeit und damit seine Chancen auf dem Arbeits markt sehr stark einschränken (S. 3 oben). 3.10

Dr. med. J. ___ , Praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in ihrer Stellungnahme vom 13. Juli 2004 (Urk. 7 /42) aus, dass aufgrund der Abklärung in G. ___ die zervikale Diskus protrusion C5 mit mässiger Duralsackeindellung

doch eine grössere Aus wirkung auch auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit habe (Schmerz zu nahme und Leistungsabnahme am Nachmittag). Verwertet werden könne eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden leichten bis maximal mittel schweren Tätigkeit ohne Überkopparbeiten. Gegebenenfalls sei eine Steigerung der Restarbeitsfähigkeit möglich. Der Beschwerdeführer sei gründlich abgeklärt worden, insbesondere bezüglich der Verwertbarkeit einer Restarbeits fähigkeit . Weitere medizinische Begutachtungen würden ihres Er achtens nur zu einer Verzögerung führen, auch in Bezug auf die praktische Verwertung der jetzt noch vorhandenen Restarbeitsfähigkeit. 3.11

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die vorliegenden Berichte davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar sei. Zudem hielt sie fest, dass die Abklärung in G. ___ sowie das nachfolgende Arbeitstraining im H. ___ ergeben hätten, dass er eine leidensangepasste Erwerbstätigkeit bei einem Vollzeitpensum mit reduzier ter Leistung respektive ein 50%-Pensum mit voller Leistungsfähigkeit ausüben könnte (Verfügung vom 17. September 2004, Verfügungsteil 2, Urk. 7 /45 S. 1). 4. 4.1

Die seither ergangenen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendes Bild: 4.2

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) gab im Bericht vom 16. September 2006 (Urk. 7 /72) einen ver schlechterten Gesundheitszustand an (Ziff. 1). Die Schmer zen im Bereich der Wirbelsäule und der Knie, zeitweise auch im Schultergürtel bereich , hätten eher zugenommen. Vor allem komme es häufig zu Episoden, in denen sich der Beschwerdeführer kaum bewegen könne und auch nachts starke Schmerzen auftreten würden. Aktuell sei er in psychiatrischer Behandlung. Bis jetzt habe sich aber an der Schmerzsituation und an der depressiven Verstimmung nichts geändert (Ziff. 3). 4.3

Dr. med. K.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , nannte im Bericht vom 8. November 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7 /73) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine reaktive depressive Entwicklung (lit . A). Er führte aus, dass hinter den wesentlichen Aspekten der körperlichen und depressiven Einschränkung der Leistungs- und Wahrnehmungsfähigkeit des Beschwerdeführers eine Entwicklungsstörung der Persönlichkeit mit tiefsitzenden infantilen und abhängigen Reaktionstendenzen anzunehmen sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die gleiche wie vor zwei Jahren. Er sei maximal 50 % arbeitsfähig in einer leichten, behinderungsangepassten Arbeit (lit . D.7). 4.4

Dr. med. L.____ , Facharzt für Rheumatologie, führte im Bericht vom 24. Juni 2008 (Urk. 7 /87/5) aus, er gehe grundsätzlich von einer somatoformen Schmerzstörung aus, wobei es versicherungsrechtlich zu klären gelte, ob die so genannten Förster-Kriterien zumindest teilweise erfüllt seien, was dann allen falls eine differenziertere Beurteilung der effektiven Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ermöglichen würde. Diese Beurteilung könne er nicht vornehmen, sondern sollte durch einen erfahrenen Psychiater erfolgen. Der Beschwerdeführer wirke auf ihn chronisch depressiv. Er schlage eine psychotherapeutische Schmerztherapie vor. 4.5

Dr. E.____

(vorstehend E. 3.4) nannte im Bericht vom 9. Februar 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7 /97/6-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie) - depressive Störung

Dr. E.____ gab an, dass die Beschwerden im Bereich des Rückens und der grossen Gelenke eher zunehmen würden. Dazu kämen vor allem Schmerzen im Nacken und Schultergürtelbereich (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei fünf Mal wöchentlich während dreieinhalb Stunden als Lieferwagenchauffeur für die Medikamentenauslieferung tätig. Dies bedeute die maximale Leistungsfähigkeit. Er habe nachher oft starke Schmerzen und müsse sich hinlegen. Auch nehme dann die Konzentration beim Lenken des Lieferwagens ab. Die Arbeitsgeschwindigkeit sei reduziert und werde im Verlauf der Arbeit immer geringer. Im Vergleich zu den Arbeitskollegen könne der Beschwerdeführer nur leichte Touren mit leichten Kisten durchführen und sei auch sehr viel langsamer (Reduktion von 30-40 %; Ziff. 1.7). 4.6

Dem Bericht über das Arbeitsassessment am C.____ vom 17. Juli 2010 (Urk. 7 /10 5) sind folgende Hauptdiagnosen zu entnehmen (Ziff. 1): - Panvertebralsyndrom - Verdacht auf leichte bis mittelschwere depressive Episode

Die untersuchenden Ärzte führten aus, dass der Beschwerdeführer bei den Tests eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt habe. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychischen Problematik werde dieses Verhalten zumindest teilweise erklärbar (Ziff. 3). In

der aktuellen klinischen Untersuchung fänden sich myofasziale Befunde panvertebral ohne funktionelle Einschränkungen des Achsen skeletts . Der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zu den Vorbefunden (2001-2003) nicht verbessert. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (Ziff. 4). Für die bisherige Arbeit als Medikamenten-Chauffeur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (bezogen auf ein 50%-Pensum). Bei Tätigkeit in einem höhergradigen Pensum könne eine leichte Leistungsminderung (von maximal 25 %) durch sich im Tagesverlauf kumulierende Beschwerden nicht ausgeschlossen werden. Zusätzlich bestehe wahrscheinlich auch eine leichtgradige Leistungsminderung aufgrund eines psychischen Leidens von Krankheitswert, dessen Ausmass von psychiatrischer Seite her qualifiziert werden müsste, jedoch kaum eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % begründen dürfte (Ziff. 5.1).

4.7

Dr. med. M.____, Fachärztin für Rheumatologie, stellte im Gutachten vom 23. Oktober 2010 (Urk. 7/108/2-37) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Sie nannte die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 7): - Nikotinabusus - ausgedehnte chronische Schmerzen bei - leichter LWS (Lendenwirbelsäule) - Hyperlordose mit - unauffälliger Ganzkörper-Skelettszintigraphie (Oktober 2010) - normalen Röntgenbefunden beider Knie (Oktober 2010) - keinem wesentlichen Befund in der Computertomographie-LWS-Untersuchung (Oktober 2010) - diskreten degenerativen Befunden der Halswirbelsäule (April 2010) - klinisch ohne radikuläre Zeichen

Dr. M.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer ausgedehnte Schmerzen angebe. In der Dolorimetrie seien sämtliche (18 der 18) Tender Points pathologisch wie auch alle (8 von 8) Kontrollpunkte. Sehr sanfte Berührungen seien bereits als schmerzhaft angegeben worden. Eine Fibromyalgie bestehe definitiv nicht, wenn die Mehrheit der Kontrollpunkte pathologisch sei (S. 31 Ziff. 8). Der Beschwerdeführer könne die angestammte Tätigkeit als Medikamententransporteur zu 100 % ausüben. Auch als Maler oder Druckereiangestellter könne er zu 100 % arbeiten. Aus rheumatologischer Sicht sei er nie langfristig arbeitsunfähig gewesen (S. 32 Ziff. 9).

4.8

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. M.____ erstatteten am 5. November 2010 ein psychiatrisches Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung (Urk. 7/111). Darin wurden weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 8 Ziff. 9.1.1). Aus psychiatrischer Sicht wurde als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine intermittierende Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ängsten und Stimmungseinbrüchen angegeben (S. 7 Ziff. 5.2). Der Beschwerdeführer leide seit 2001 unter zunehmenden muskuloskelettalen Schmerzen, die zu vielen Veränderungen in seinem Leben geführt hätten, was im Rahmen der Anpassungsproblematik in intermittierend zu Stimmungseinbrüchen, Ängsten, Anspannungen und Sorgen geführt habe. Anlässlich der Untersuchung vom 18. Oktober 2010 sei er in psychopathologischer Hinsicht ganz unauffällig gewesen.

Eine ambulante psychiatrische Behandlung habe er seit drei bis vier Jahren nicht mehr in Anspruch genommen und deshalb könne von einer Stabilisierung seines psychischen Zustandes unter niedrig dosierten Psychopharmaka ausgegangen werden (S. 7 Ziff. 6). Insgesamt wurde dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in anderen (adaptierten) Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Der Beschwerdeführer sei weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht langfristig arbeitsunfähig gewesen (S. 8 f. Ziff. 9.2). 4.

E. 6

). Diese Eingabe wurde dem Versicherten am 24. April 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk.

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).

E. 9

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) nannte mit Bericht vom 7. Januar 2013 (Urk. 7/141/3-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) : - depressive Störung - paramediane linksseitige Diskushernie mit Kontakt zum Myelon - paramediane ossäre Apposition von der Deckplatte LWK 4 ausgehend, Bandscheibenvorwölbung L5/S1 - somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie)

Dr. E.____ berichtete über einen stationären Gesundheitszustand (Ziff. 4.1). Es komme immer wieder zu

Schmerzexazerbationen , vor allem im Nacken und im Bereich der grossen Gelenke (Ziff. 3.3 und 3.4). 4.

E. 10

Mit Bericht vom 20. April 2013 (Urk. 7/151/2-3) führte Dr. E.____ aus, es sei im Verlauf des letzten Jahres zu häufigen Schmerzschüben gekommen. Seit dem Beschwerdeführer die Stelle als Chauffeur gekündigt worden sei, hätten die Zeichen der Depression noch deutlich zugenommen. Er könne keine Freude mehr empfinden, habe das Interesse am Leben verloren. Seine Stimmung sei sehr gedrückt, der Schlaf gestört; er fühle sich wertlos (S. 1). Sehr ausgeprägt sei der Verlust der Libido. Es sei eindeutig, dass die chronische Schmerzstörung einen massiven negativen Einfluss auf die Depression habe (S. 2). 4.

E. 11

Dr. med. N.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , gab im Bericht vom 28. April 2013 (Urk. 7/151/1) an, dass der Beschwerdeführer seit 10. April 2013 bei ihr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung stehe . Es handle sich um eine stützende Gesprächstherapie einmal wöchentlich. Sie nannte folgende Diagnosen: - mittelgradige bis schwere depressive Episode - Anpassungsstörung - somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie)

Der Beschwerdeführer habe per Ende Mai 2013 die Kündigung bei seinem Arbeitgeber erhalten, wo er seit Januar 2005 als Chauffeur zu 50 % arbeite. Seit der Kündigung habe sich auch der psychische Zustand zunehmend verschlechtert sowie die Beschwerden von Seiten der Fibromyalgie verstärkt. Eine 50%ige Rente sei sicher indiziert.

4.

E. 12

Das Gutachten der Ärzte der Medas

B. ___ vom 20. Februar 2014 (Urk. 7/170) basiert auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. S. 1) sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 2 ff.). Darin werden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt, hingegen folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 7.1): - generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - reaktive Depression auf eine Belastungs- und Anpassungsstörung

Zusammenfassend wurde aus rheumatologischer Sicht

ausgeführt, die beklagten ausgedehnten, praktisch generalisierten Schmerzen, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden seit über 10 Jahren, seien stets unspezifisch gewesen, zeitweise auch als Fibromyalgie bezeichnet worden, aktuell eher als generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom zu beschreiben. Die Schmerzen seien auch durch ein altersgemäss normales Röntgen von Hals- und Lendenwirbelsäule sowie normale Laborwerte nicht erklärbar. Subjektiv gehe es seit über 10 Jahren gleichbleibend schlecht oder es verschlimmere sich mit den Beschwerden, objektiv liessen sich somatisch keine relevanten Befunde erheben (S. 25 Ziff. 7.2.3).

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten,

es liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor, also andauernde, schwere und quälende Schmerzen, welche durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könnten. Die Schmerzen träten in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf (Verlust der Arbeitsstelle beziehungsweise Kündigung, Existenzängste; S. 20 oben). Die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers sei reaktiver Natur auf die multiplen körperlichen Symptome (Schmerzen im Vordergrund) und auf psychosoziale Belastungsfaktoren, sei im Rahmen einer Reaktion auf eine Belastungs- und Anpassungsstörung zu sehen und stelle somit kein eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität dar beziehungsweise sei nicht invalidisierend (S. 20 Mitte).

Spätestens seit dem Gutachtenszeitpunkt bestehe aus somatischer und psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 8.1.2). 4.13

Dr. N. ___ (vorstehend E. 4.11)

nannte am 2. Juli 2014 (Urk. 7/174)

„im Rahmen eines Rekurses“

die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig schwerer Episode. Sie gab an, die depressive Symptomatik zeige sich in einer sehr labilen emotionalen Verfassung

, Traurigkeit, Interessenverlust, stark verminderter Leistungsfähigkeit, Schlafstörungen trotz medikamentöser Behandlung, geringer Belastbarkeit, Gefühlen der Wertlosigkeit und Insuffizienz verbunden mit Schuldgefühlen der Familie gegenüber, Ängsten, sozialem Rückzug, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, Libidostörung, chronischer Müdigkeit, Gedankenkreisen, Suizidgedanken.

Die rezidivierende depressive Störung sei ein selbständiges Krankheitsbild, unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung. Nach Angaben des Beschwerdeführers habe sich die erste längere depressive Episode im Jahr 2001 entwickelt (S. 1). Seit Anfang Februar 2014 arbeite er als Lieferwagenchauffeur für Eier- und Teigwarenauslieferung mit einem 50%-Pensum. Er sei aber in ständiger Angst, wegen seinem psychischen und somatischen Zustand seine Arbeit zu verlieren (S. 2). 4.

E. 14

Mit Bericht vom 17. November 2014 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 3) nannte Dr. N._____

folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode - Anpassungsstörung

Sie führte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich trotz psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung verschlechtert. Seine Arbeit als Chauffeur könne er nur sehr knapp bewältigen; er stosse täglich an die Grenzen der Belastbarkeit (S. 1). Es bestünden zwei unabhängige Diagnosen: einerseits die schwere psychische Erkrankung, andererseits die somatischen Symptome. Die Existenzängste und Unsicherheiten nähmen zu, was die Depression verstärke (S. 2). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Aufhebung der Invalidenrente auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011. 5.2

Die Ausschlusskriterien gemäss Abs. 4

(Erreichen des 55. Altersjahres im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung oder Bezug einer Rente seit mehr als 15 Jahren im Zeitpunkt der Überprüfung) sind vorliegend nicht gegeben. Da die Überprüfung der Rente innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Änderung am 1. Januar 2012 erfolgte, ist lit. a der

Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 aus formeller Sicht anwendbar.

Zu prüfen bleibt, ob die ursprüngliche

Rentenzusprache auf

einem pathogenetisch-ätiologisch

unklaren

syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage

basierte.

Soweit organische Beeinträchtigungen auch zu einer Leistungseinschränkung beitragen, hindert dies die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nicht. Laufende Renten sind daher vom Anwendungsbereich der Schlussbestimmung lit. a IVG nur auszunehmen, wenn und

soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, kann die Schlussbestimmung auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E.

6.2.3). 5.3

Die Rentenzusprache per 1. Juni 2003

erfolgte im Wesentlichen

aufgrund einer Fibromyalgie . Dr. D.____ , Dr. E.____ und auch die Ärzte der F.____ diagnostizierten in ihren zwischen August 2002 und April 2003 ergangenen Berichten eine Fibromyalgie und hielten fest, dass eine Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar sei. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit stützte sich die

Beschwerdegegnerin auf die Einschätzung des Hausarztes Dr. E.____ sowie die Ergebnisse aus der beruflichen Abklärung und dem 6-monatigen Arbeitstraining.

Dr. E.____ gab im Juni 2004 an, die Schmerzen von Seiten der Fibromyalgie hätten zu genommen und würden durch die Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode verstärkt; er attestierte dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Den Berichten der Abklärungsstelle

G.____ und dem H.____ ist zu entnehmen, dass die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen schmerzbedingt seien. Angesichts der geringen somatischen Befunde war somit im Wesentlichen die Fibromyalgie ursächlich für die reduzierte Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Die psychischen Beschwerden wurden im Zeitpunkt der Rentenzusprache

nicht fachärztlich abgeklärt und sind im Zusammenhang mit der Fibromyalgie zu sehen .

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, es sei weder im Feststellungsblatt noch in der RAD-Stellungnahme im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit

auf die Fibromyalgie Bezug genommen worden (vgl. Urk. 1 S. 4), ist festzuhalten, dass die Diagnose einer Fibromyalgie auf dem Feststellungsblatt

aufgeführt wurde (Urk. 7/43 S. 2) . Die 50%ige Arbeitsfähigkeit wurde mit Verweis auf den Bericht der

F.____ vom 11. April 2003 vermerkt

(Urk. 7/43 S. 3 oben) , in welchem – neben einer Haltungsinsuffizienz – ebenfalls die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms genannt wird .

Weshalb die RAD-Ärztin die Schmerzen auf eine Diskusprotrusion C5 zurück führte , ist angesichts der Aktenlage

nicht nachvollziehbar . 5.4

Nach dem Gesagten stützte sich die Rente des Beschwerdeführers massgeblich auf ein pathogenetisch -ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinne von lit . a der Schlussbestimmung der Änderung des IVG vom 18. März 2011. Zu prüfen bleibt damit das Vorliegen einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 ATSG. 5.5

In Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers liegen im Wesentlichen folgende Beurteilungen vor.

Der Hausarzt

Dr. E.____ stellte im Februar 2010 die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer depressiven Störung und hielt fest, dass die aktuelle Arbeitstätigkeit von fünf Mal wöchentlich dreieinhalb Stunden die maximale Leistungsfähigkeit bedeute. In den späteren Berichten vom Januar und April 2013 ging er von einem stationären Gesundheitszustand aus.

Dr. A.____ und Dr. M.____ konnten im November 2010 - bei ausgedehnten chronischen Schmerzen und einer intermittierenden Anpassungsstörung - keine Arbeitsunfähigkeit feststellen.

Dr. N.____ diagnostizierte im April 2013 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode, eine Anpassungsstörung sowie eine somatoforme Schmerzstörung; im Juli 2014 nannte sie eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode und im November 2014 zusätzlich eine Anpassungsstörung. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. N.____ nicht konkret, hielt aber fest, dass der Beschwerdeführer die aktuelle Arbeit nur sehr knapp bewältigen könne und eine 50%ige IV-Rente sicher indiziert sei.

Die Ärzte der Medas

B.____

bescheinigten dem Beschwerdeführer im Februar 2014 bei den Diagnosen eines generalisierten Schmerzsyndroms, einer somatoformen Schmerzstörung und einer reaktiven Depression eine volle Arbeitsfähigkeit.

Sowohl die Ärzte der Medas

B.____ als auch Dr. A.____ und Dr. M.____ attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Hierzu kann festgehalten werden, dass die Gutachten basierend auf umfassenden Untersuchungen des Beschwerdeführers, unter Einbezug der Akten, Erhebung der vollständigen Anamnese und Befunde sowie unter Darlegung der Schlussfolgerungen erstattet wurden. Die beiden Gutachten vermögen den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich zu genügen, weshalb auf sie abgestellt werden kann.

Soweit Dr. E.____ - bei welchem der Beschwerdeführer seit 1999 in Behandlung steht (vgl. Urk. 7/141/3 Ziff. 3.1) - (weiterhin) von einer zumindest 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, kann diese Einschätzung die eingehend begründeten Untersuchungsergebnisse gemäss den beiden Gutachten nicht entkräften, zumal bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. E. 1.6).

Ähnliches gilt auch für die behandelnde Psychiaterin Dr. N.____, welche ihre Berichte „im Rahmen eines Rekurses“ respektive „im Rahmen der Einsprache“ erstattete und sich zur Angemessenheit einer Rente äusserte.

Der Beschwerdeführer kritisierte, dass die beiden Gutachten nicht in Kenntnis der vollständigen Akten erstellt worden seien (Urk. 1 S. 5 f.).

Im Gutachten von Dr. A.____ und Dr. M.____ seien die Berichte von Dr. E.____ vom 12. Juli 2004 und vom 31. August 2006 sowie der Bericht des C.____ über das Arbeitsassessment vom 17. Juli 2010 nicht berücksichtigt worden. Dazu ist zu bemerken, dass der Bericht von Dr. E.____ vom 12. Juli 2004 (Urk. 7/38) nichts wesentlich Neues gegenüber dem früheren, den Gutachtern vorliegenden Bericht vom 15. Juni 2004 (Urk. 7/34) beizutragen vermag. Ein vom 31. August 2006 datierender Bericht von Dr. E.____ ist nicht aktenkundig. Der Bericht der Ärzte des C.____ (Urk. 7/107) lag den Gutachtern vor (vgl. rheumatologisches Gutachten Dr. M.____, Urk. 7/108 S. 15 f., auf das sich Dr. A.____ stützte, Urk. 7/111 S. 1).

Weiter bemängelte der Beschwerdeführer, dass im Gutachten der Medas

B.____ der Bericht von Dr. E.____ vom 18. Januar 2003, derjenige von Dr. L.____ vom 25. Juni 2008 sowie der Bericht des C.____ nicht berücksichtigt worden seien (Urk. 1 S. 6). Sämtliche genannten Berichte wurden im rheumatologischen Gutachten von Dr. M.____ ausführlich zitiert (vgl. Urk. 7/108 S. 5, S. 13 sowie S. 15 f.). Dementsprechend konnten die Gutachter der Medas

B.____ auf diese Weise davon Kenntnis nehmen.

Soweit die genannten Akten den Gutachtern tatsächlich nicht vorlagen, vermag dies die Expertisen somit nicht in Zweifel zu ziehen. Vor diesem Hintergrund erweisen sich die beiden Gutachten entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers als beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden.

Die beiden Gutachten, welche im zeitlichen Abstand von mehr als drei Jahren erstattet wurden, stimmen bezüglich der genauen Diagnosen nicht überein. So wurde im Gutachten von Dr. A.____ und Dr. M.____ im Wesentlichen eine intermittierende Anpassungsstörung festgestellt. Die Ärzte der Medas

B.____ diagnostizierten

schliesslich eine reaktive Depression und gaben an, dass die depressive Symptomatik im Rahmen einer Reaktion auf eine Belastungs- und Anpassungsstörung zu sehen sei. Darin kann somit kein relevanter Widerspruch gesehen werden.

Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer an Schmerzen leidet, die aus somatischer Sicht nicht erklärbar sind.

Im aktuelleren Gutachten der Medas

B.____ wurde schliesslich eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Diese Diagnose wurde zuvor auch von Dr. E.____ gestellt und von der Psychiaterin Dr. N.____ – zumindest im ersten Bericht – übernommen. 5. 6

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen

notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Die Ärzte der Medas

B. ___ hielten in ihrem Gutachten fest, dass die depressive Symptomatik im Rahmen einer Reaktion auf eine Belastungs- und Anpassungsstörung zu sehen sei und somit kein eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität darstelle (Urk. 7/170 S. 20 Mitte).

Dies erscheint in Würdigung der Aktenlage

nachvollziehbar; es ist davon auszugehen, dass es sich um Begleiterscheinungen der somatoformen Schmerzstörung handelt. So bestand die depressive Symptomatik auch nicht vor Entstehung der Schmerzproblematik, sondern hat sich vielmehr im Zusammenhang mit dieser herausgebildet.

Soweit die behandelnde Psychiaterin Dr. N. ___ geltend machte, bei der depressiven Störung handle es sich um ein selbständiges Krankheitsbild, unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung, vermag dies angesichts der Aktenlage nicht zu überzeugen.

Die Gutachter

der Medas

B. ___ kamen zum Schluss, dass

die sogenannten Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. Chronische körperliche Begleiterscheinungen, die zum psychopathologischen Zustandsbild in erheblicher Weise beitragen würden, lägen nicht vor. Ein primärer Krankheitsgewinn könne nicht eruiert werden. Der Beschwerdeführer pflege soziale Kontakte, treffe Freunde und Familienangehörige, interessiere sich für Fussball, sehe fern. Die Behandlungsergebnisse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung seien zwar unbefriedigend, könnten aber nicht als Ziel haben, Belastungsfaktoren zu beseitigen (Urk. 7/170 S. 20 Mitte; vgl. auch S. 23).

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden massgebenden Kriterien ergibt, dass einzig von einem chronifizierten Krankheitsverlauf

auszugehen ist. Angesichts dessen kann nicht gefolgert werden, eine Schmerzbewältigung sei ausnahmsweise unzumutbar. Somit ist der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben, so dass die aufgrund der somatoformen Schmerzstörung und der damit zusammenhängenden depressiven

Symptomatik

bestehende Minderung der Arbeitsfähigkeit im versicherungsrechtlichen Rahmen ausser Betracht bleiben muss. 5.7

Die Beschwerdegegnerin hat demnach zu Recht festgestellt, dass die beim Beschwerdeführer vorhandenen Beschwerden mit einer zumutbaren Willensanstrengung aus objektiver Sicht überwindbar sind und folglich nicht zu einer Erwerbsunfähigkeit führen. Damit ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 9 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Neuenschwander-Erni

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