

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00245 vom 27. Mai 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00245](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00245)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00245 du 27 mai 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00245 del 27 maggio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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. 1.2**

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 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für

sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Am 24. Februar 2015 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Januar 2015 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprache einer angemessenen Rente, eventuell die Rückweisung zur Prüfung von Wiedereingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. April 2015 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 26. Mai 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

##### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt (S. 2 f.): Es sei gestützt auf das MEDAS-Gutachten von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen, da das cervicoradikuläre Reizsyndrom C7 nicht mehr nachweisbar und die depressive Komponente nicht mehr vorhanden sei. Dem Beschwerdeführer sei eine behinderungsangepasste, körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % zumutbar, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe. Betreffend Eingliederungsmassnahmen habe der Beschwerdeführer mitgeteilt, dass er sich momentan dafür nicht in der Lage fühle. Er sei mit der Beendigung der Massnahmen einverstanden gewesen und über die Konsequenzen orientiert worden.

##### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor (Urk. 1), es könne wie auch 2004 nicht auf die Begutachtung abgestellt werden. Damals sei eine chronifizierte Persönlichkeitsveränderung festgestellt worden. Das Y.\_\_\_\_-Gutachten zeige im Vergleich dazu keine wesentliche Veränderung auf. Dass die Rückkehr aus Z.\_\_\_\_ eine Stabilisierung bewirkt haben sollte, sei unzutreffend, der Umzug sei infolge des drohenden Entzuges der Rente erfolgt und eigentlich unerwünscht gewesen. Ein Revisionsgrund sei nicht ausgewiesen und die Gutachter hätten lediglich eine andere Beurteilung des unveränderten Sachverhaltes vorgenommen. Darüber hinaus habe er die Rente seit mehr als 15

Jahren bezogen. Die Frage der Eingliederung sei zu wenig geprüft worden (S. 3 ff.).

##### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob eine rentenanspruchrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. Zeitliche Vergleichsbasis (vgl. vorstehend E. 1.3) bilden das Urteil des hiesigen Gerichts vom 16. November 2004 beziehungsweise der mit diesem aufgehobene Einspracheentscheid vom 26. November 2003 und die angefochtene Verfügung vom 26. Januar 2015. 3. 3.1

Dem Urteil vom 16. November 2004, in dem die Frage einer Verschlechterung zu beurteilen war, lagen im Wesentlichen die folgenden, vom Gericht als beweiswertig beurteilten medizinischen Akten zugrunde (vgl. Urk. 8/114 E. 3 ff.): Mit Bericht vom 12. Oktober 1998 (Urk. 8/19/3 f.) stellten die Ärzte der A. \_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - Panvertebralsyndrom - Wirbelsäulen-Fehlhaltung/-fehlform - Diskushernie Th7/8 - mediane Diskusprotrusion L5/S1 - Schmerzverarbeitungsstörung bei depressiver Grundstimmung. Trotz medikamentöser Behandlung trete keine Schmerzlinderung ein. Auch physiotherapeutische Behandlungsschritte seien erfolglos geblieben. Die angefertigten radiologischen und neurologischen Untersuchungen seien insgesamt unauffällig gewesen. Gleichzeitig zeige sich eine gewisse Diskrepanz zwischen den objektivierbaren und den vom Beschwerdeführer angegebenen Befunden, so dass eine Schmerzverarbeitungsstörung mit deutlich depressiver Komponente postuliert werden müsse. Die therapeutischen Optionen seien in diesem Fall wohl ausgeschöpft; man empfehle bei dieser deutlichen Schmerzverarbeitungsstörung und Depression eine psychiatrische Behandlung. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine leichte körperliche Arbeit zu 100% arbeitsfähig. Ein Arbeitsversuch solle primär mit einem 50%igen Pensum erfolgen; anschliessend könnte eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit durchgeführt werden (S. 1 f.). 3.2

Die Ärzte der MEDAS am B. \_\_\_ diagnostizierten in ihrem am 27. September 1999 erstatteten Gutachten (Urk. 8/13) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit deutlicher Aggravierung durch eine psychische Überlagerung bei einer eher einfach strukturierten Persönlichkeit sowie ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit multiplen vegetativen Begleitbeschwerden bei dem üblichen Altersausmass nur wenig übersteigenden degenerativen Veränderungen (S. 6). Das ausgedehnte, vorwiegend panvertebrale Schmerzsyndrom sei klinisch, radiologisch und labormäßig weiterhin wenig objektivierbar. Es fänden sich viele Zeichen für nicht organisches Krankheitsverhalten. Zu nennen seien die dauernd vorhandenen, diffus ausgebreiteten Schmerzen, welche auf der Schmerzskala als sehr hoch angegeben würden; die aufgeführten simulierten Tests, das ausgesprochene Verdeutlichungsverhalten sowie die Erfolglosigkeit sämtlicher Behandlungen. Psychiatrischerseits stehe weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund, mit deutlicher Aggravierung durch eine psychische Überlagerung bei einer eher einfach strukturierten Persönlichkeit. Die Arbeitsfähigkeit werde subjektiv durch ein ausgedehntes chronisches Schmerzsyndrom mit multiplen Begleitbeschwerden bestimmt. Psychische Faktoren, welche mit den funktionellen Beschwerden eng verflochten seien, stünden weit im Vordergrund. Unter Beachtung aller Aspekte sei für eine körperliche Schwerarbeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Die Einschränkung für eine körperlich eher leichtere, rückenadaptierte Tätigkeit wurde auf 50% geschätzt (S. 7). Eine psychiatrische Behandlung werde weiterhin nötig sein, damit sich der Zustand des Beschwerdeführers zumindest nicht verschlechtere. Weitere somatische Abklärungen und Behandlungen erschienen hingegen wenig sinnvoll und dürften den Beschwerdeführer eher in seiner Auffassung bestätigen, körperlich schwer

krank zu sein ( S. 8 ). Aufgrund der bisherigen Entwicklung mit Chronifizierung eines ausgebreiteten Schmerzsyndroms und Fixierung auf diese Beschwerden müsse die Prognose mit Skepsis gesehen werden. Es spielten dabei auch wesentliche, IV-rechtlich nicht relevante Faktoren eine Rolle: Kaum vorhandene Deutschkenntnisse, minimale Schul- und fehlende Berufsausbildung, Emigrationsproblematik, familiäre Faktoren. Aus psychiatrischer Sicht werde empfohlen, Wiedereingliederungs- und Umschulungsmassnahmen in Erwägung zu ziehen. Deren Erfolgsaussichten müssten allerdings aufgrund der aufgeführten Faktoren eher skeptisch gesehen werden ( S. 8 ). 3.3

Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 29. März 2002 ( Urk. 8/41 ) fest, dass der Beschwerdeführer in seinen Schilderungen völlig auf das Somatische ausgerichtet und gar nicht in der Lage sei, seine psychische Befindlichkeit auch nur in Ansätzen anschaulich zu schildern. Er präsentiere sich, als ob er sich mit seinem „Invalidendasein“ abgefunden hätte. Zukunftsperspektiven könne er keine erkennen, ausser dass er nach Z. \_\_\_\_ zurückkehren möchte (S. 7). Bei der Begutachtung habe der Beschwerdeführer einen völlig resignierten, dysthym-dysphorisch herabgestimmten Eindruck hinterlassen. Er habe eine verlangsamte Psychomotorik, eine schmerzgezeichnete Mimik, eine erschwerte Auffassung und nicht zuletzt eine völlig fehlende Motivation mit Bezug auf die Tests gezeigt, wobei keinerlei Arbeitsmotivation erkennbar gewesen sei. Auch sonst habe er kaum eine Motivation erkennen lassen, etwas an seiner traurigen Situation verändern zu wollen. Er habe eine rein passiv-delegierende Heilserwartung gezeigt und schien überhaupt nicht nachvollziehen zu können, dass auch von ihm ein Beitrag zur Überwindung der bereits erheblichen körperlichen Dekonditionierung gefordert werden könnte. Die Intelligenz liege auf tiefem Niveau; für eine Umschulung in eine mentale Ansprüche stellende Tätigkeit komme er nicht in Frage (S. 12). Eine eigentliche klinische Depression liege nicht vor. Fatal sei die Tatsache, dass die Hausärztin dem Beschwerdeführer wöchentlich Spritzen verabreiche, was diesen in der Annahme bekräftige, schwer krank und invalid zu sein. Damit werde die Invalidität des Beschwerdeführers zementiert. Diesem sei gemäss eigener Aussagen daran gelegen, mit Rente in seine Heimat zu gehen, um dort sein weiteres Leben zu verbringen. Psychosozial sei er in der Schweiz nicht im Mindesten integriert, was sich sehr eindrücklich an seinen mangelnden Deutschkenntnissen manifestiere (S. 12). So wie er sich anlässlich der Begutachtung präsentiert habe, sei er vernünftigerweise keinem Arbeitgeber auch nur stundenweise zumutbar (S. 13 oben). Diagnostisch sei von einer massiven psychischen Überlagerung körperlicher Beschwerden auszugehen, wobei im weitesten Sinne von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Sinne von ICD-10 F45.4 auszugehen sei. Es sei gerechtfertigt, im vorliegenden Fall auch von einer Schmerzverarbeitungsstörung zu sprechen. Da die Beschwerden sich offensichtlich kontinuierlich ausweiteten, was sicher auch mit der zunehmenden körperlichen Dekonditionierung zusammenhänge, könne auch von einer Symptomausweitung gesprochen werden. Darunter verstehe man ein invalidisierendes, unter dem Einfluss psychosozialer Faktoren erlerntes und aufrecht erhaltenes Überzeugungs- und Verhaltensmuster, bei welchem das meist aggravierte Beklagen und ostentative Zeigen von vorhandenen Symptomen dazu diene, Umfeld, Lebensumstände und psychiatrisches Gleichgewicht unter Kontrolle zu halten (S. 13). Es sei davon auszugehen, dass eine mittelgradige Aggravation vorliege, indem diffuse Rückenbeschwerden, aber auch eine psychische Beeinträchtigung aggraviert und ein globales Nicht-mehr-können zumindest vorgetäuscht werde. Ausgehend vom klinischen Erscheinungsbild sei von einer klinisch relevanten Depression wenig spürbar gewesen,

vielmehr habe er auf appellative Art und Weise leidensgeplagt, dysphorisch -verstimmt sowie resignativ-traurig herabge stimmt gewirkt. Eine Einsicht in psychosomatische Zusammenhänge sei nicht vorhanden, was die Situation zusätzlich erschwere. Es sei fraglich, ob der Versicherte einer eigentlichen psychiatrischen Behandlung überhaupt zugänglich wäre. Dies bedeute aber nicht, dass eine entsprechende therapeutische Führung den Versicherten mit der Zeit nicht dazu bringe, sein dysfunktionales Verhaltensmuster aufzugeben, der Aufwand dürfte aber beträchtlich sein

(S. 15). Es sei davon auszugehen, dass der Versicherte nach Zuspruch der Rente - sei es eine halbe oder ganze - die Schweiz verlassen und sich nach Z. \_\_\_ begeben werde, wo seine ebenfalls berenteten Brüder lebten (S. 16). Es handle sich weniger um ein psychiatrisches als vielmehr ein motivationales Problem. Unter Ausklammerung der verschiedenen IV-fremden Faktoren sei dem Versicherten nach wie vor eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (Urk. 8/43). 3.4

Das MEDAS-Gutachten des D. \_\_\_ wurde am 13. Juni 2003 erstattet (Urk.

8/73) und basierte auf den vorhandenen Akten und auf einer internistischen, einer psychiatrischen und einer rheumatologischen Untersuchung. Es wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S.

18): - chronisches Schmerzsyndrom mit massiver psychischer Überlagerung (ICD-10 F54) - zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.8) mit diffus spondylogener Komponente sowie Generalisierungstendenz und Schmerzausweitung - chronische Schmerzverarbeitungsstörung - mediolaterale Diskushernie L4/5 links sowie mediane Diskushernie L5/S1, Spondylarthrosen L5/S1, mediane Diskushernie C7/8 sowie Th7/8 ohne Neurokompression, Chondrosen C3-6 - Wirbelsäulen-Fehlform, -Fehlhaltung und muskuläre Insuffizienz sowie Dysbalance, betont vom Beckengürteltyp - differentialdiagnostisch: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)". Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit wurde festgehalten, dass dieser jahrelang eine körperlich belastende Tätigkeit im Paketdienst ausgeübt habe, so dass bei ihm aufgrund der vermindernten Belastbarkeit der Wirbelsäule in dieser Tätigkeit eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bestehe. Diese Einschränkung könne ab dem 16. Februar 1998 angenommen werden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten stehe entsprechend den geklagten Beschwerden die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates im Vordergrund. Der 1993 erlittene Unfall sei ohne Relevanz. Aus rheumatologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine adaptierte, leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit ohne Heben, Ziehen und Stossen von Lasten über 10 kg, durchgeführt in Wechselbelastung, ohne die repetitive Einnahme von Zwangshaltungen und ohne Wirbelsäulentorsionsfunktionen uneingeschränkt zumutbar. Aus internistischer Sicht bestehe keine Diagnose, die die Arbeitsfähigkeit tangieren würde. Aus psychiatrischer Sicht könne keine affektive Störung im Sinne einer Depression abgegrenzt werden. Aufgrund der Schmerzfehlverarbeitung seien dem Beschwerdeführer den allfälligen somatischen Einschränkungen angepasste Tätigkeiten ganztags zumutbar. Es könne dabei eine gewisse Verlangsamung und Leistungseinbusse von allerhöchstens 20% attestiert werden. In der Konsensbesprechung präsentiere sich eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, die aufgrund der vorliegenden, objektivierbaren Befunde aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte und

adaptierte Tätigkeit, wie beispielsweise auch die zuletzt bei der E.\_\_\_\_ nach der internen Umteilung durchgeführte, ganztägig mit einer Leistungseinschränkung von maximal 20 % zumutbar ( S. 19 f. ). Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der vorliegenden Befunde und insbesondere aufgrund der mangelnden Einsicht des Versicherten eine psychiatrische Therapie nicht vorgeschlagen werden. Tatsächlich nehme er auch beispielsweise die medikamentöse Therapie überhaupt nicht wahr (S. 21 unten). Ob überhaupt eine 20%ige Einschränkung attestiert werden könne und solle, sei durchaus diskussionswürdig. Es gebe handfeste Hinweise auf eine Simulation, indem der Beschwerdeführer die von ihm angegebenen Medikamente

entgegen seiner Beteuerung - aufgrund des nicht nachweisbaren Serumspiegels objektiv gar nicht einnehme. Noch viel entscheidender sei die Tatsache, dass eine deutliche Hand- und Fingerbeschwellung beidseitig festgestellt werden könne, was mit der von ihm angegebenen Nichttätigkeit für sämtliche Arbeiten nicht vereinbar sei. Vor diesem Hintergrund und den offensichtlichen Simulationen hinweisen sei also die 20%ige Leistungseinbusse bei ganztägiger Zumutbarkeit durchaus als sehr grosszügig zu erachten (S. 20 unten). Für die massive Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer ganztägigen Arbeit mit 20%iger Leistungseinschränkung müssten IV-fremde Gründe wie die sprachlichen, schulischen und beruflichen Voraussetzungen sowie insbesondere der massive sekundäre Krankheitsgewinn herangezogen werden, indem der Beschwerdeführer aus nicht nachvollziehbaren Gründen eine 85%ige Berentung durch die E.\_\_\_\_ und eine halbe Invalidenrente habe erwirken können ( S. 21 ). Aus somatischer Sicht gebe es keine Differenzen zum letzten MEDAS-Gutachten von 1999 und psychiatrisch seien aktuell keine wesentlich von der früheren Beurteilung abweichenden Befunde gegeben. Nie sei eine relevante affektive Störung festgestellt worden; entsprechend könne auch die früher attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Dass bei der aktuellen Beurteilung eine mindestens partielle Simulation festgestellt worden sei, relativiere die früheren Befunde zusätzlich ( S. 21 ). Auch rückwirkend könne die 50%ige Rente nicht nachvollzogen werden. Letztlich müsse die Beschwerdegegnerin entscheiden, ab wann die 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit anzunehmen sei; mit Sicherheit ab dem 15. April 2003, dem Datum der aktuellen Untersuchung. Weder der Unfall von 1993 selbst noch die anschliessende 5jährige volle Arbeitsfähigkeit im körperlich doch schwer belastenden Paketdienst der E.\_\_\_\_ liessen eine Einschränkung durch das Unfallereignis im Geringsten als nachvollziehbar erscheinen ( S. 22 ) 3.5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 29. Januar 2004 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers und gestützt auf vorhandene Akten sowie seine eigenen Befunde ein psychiatrisches Gutachten ( Urk. 8/101/3-12). Der Beschwerdeführer leide seit einem Verbehrtrauma im Februar 1998 an einem chronifizierten

Panvertebralsyndrom mit Erstmanifestation der lumbalen Schmerzen ca. 1990, Verschlechterung der lumbalen sowie Erstmanifestation der cervicalen Schmerzen seit dem Autounfall 1993 und seit 1998 mit zusätzlicher Erstmanifestation der Schmerzen thorakal. Seit 1998 hätten die Beschwerden trotz intensiver ambulanter Therapie tendenziell zugenommen, das Zustandsbild habe sich seit zirka 1999 in einem invalidisierenden chronischen lumbal- und zervikalbetonten Schmerzsyndrom des Rückens mit Ausbreitung in andere Körperregionen, insbesondere in die oberen und unteren Extremitäten sowie in

den Kopf , stabilisiert (S. 8 unten f.). Aufgrund der Divergenz zwischen den offenbar geringen objektiven Befunden und dem angegebenen, mindestens seit sechs Monaten kontinuierlichen, an den meisten Tagen anhaltenden Schmerz in einem Körperteil, der nicht adäquat durch den Nachweis eines physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung erklärt werden könne und der anhaltend der Hauptfokus für die Aufmerksamkeit eines Patienten sei, handle es sich aus psychiatrischer Sicht um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); insbesondere deshalb, weil sonst keine andere psychiatrische Störung gleichzeitig auftrete. Die im MEDAS-Gutachten des D.\_\_\_\_ erwähnte Bedingung, dass für die Diagnose einer somatoformen Störung zusätzlich eine Verbindung zu einem emotionalen Konflikt oder psychosozialen Problem bestehen müsse, werde im klinischen Alltag seit Jahren nicht mehr angewendet (S. 9). Es bestünden Hinweise für eine Aggravation im Sinne einer Verdeutlichung und Verschlimmerung einer bestehenden Symptomatik, die zum Teil auf dem Boden unbewusster, zum Teil bewusster Motivation entstehe und in einem engen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild stehe. Die im MEDAS-Gutachten des D.\_\_\_\_ angeblich festgestellten „handfesten“ Hinweise für eine Simulation hätten nicht konstatiert und absolut nicht nachvollzogen werden können. Das Verhalten des Beschwerdeführers könne durchaus aufgrund seiner Schmerzwahrnehmung verstanden werden. Insbesondere habe keine deutliche beidseitige Hand- und Fingerbeschwellung konstatiert werden können. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass er die antidepressiven Medikamente wegen Magen-Darm-Beschwerden phasenweise abgesetzt habe, was wahrscheinlich auch vor der MEDAS-Begutachtung in D.\_\_\_\_ geschehen sei, weshalb der entsprechende Serumspiegel offenbar nicht im messbaren Bereich gewesen sei. Die Inkonsistenzen bezüglich der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers stünden weniger im Zusammenhang mit einer Aggravation als viel mehr mit seiner mangelhaften Intelligenz sowie den herabgesetzten kognitiven und mnestischen Funktionen (S. 9 f.). Aufgrund der aktuellen Beschwerden und Befunde sei der Explorand für eine schwere und mittelschwere Arbeit, auch für die Arbeit im angestammten Beruf im Paketdienst der E.\_\_\_\_ , infolge seiner Rückenproblematik zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit für leichte, der Behinderung angepasste Tätigkeiten betrage medizinisch-theoretisch aus psychiatrischer Sicht allerhöchstens 40 % . Aus praktischer Sicht sei es jedoch illusorisch anzunehmen, dass eine solche Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, da vor einigen Jahren eine Arbeitsfähigkeit von 20 % für leichte Arbeiten nicht realisierbar gewesen sei und das Schmerzsyndrom sich seither weiter in Richtung einer andauernden Persönlichkeitsveränderung im Sinne von ICD-10 F62 chronifiziert habe. Die Differenz zwischen medizinisch-theoretischer und tatsächlicher Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten sei mit IV-fremden Faktoren, insbesondere mit der einfachen Persönlichkeitsstruktur, der mangelnden Intelligenz sowie der spärlichen Ausbildung des Beschwerdeführers, und nicht mit einem sekundären Krankheitsgewinn zu erklären, da dieser insgesamt mehr verloren als gewonnen habe. Von einer psychiatrischen Behandlung sei keine günstige Veränderung des Zustandsbildes zu erwarten (S. 10). 3.6

Gestützt auf diese Aktenlage kam das hiesige Gericht zum Schluss, es bestehe in psychischer Hinsicht weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und damit ein unveränderter Rentenanspruch: „ Im MEDAS-Gutachten des D.\_\_\_\_ 2003 wird festgehalten, dass sich die erhobenen Befunde im Vergleich zum MEDAS-Gutachten 1999 nicht verändert hätten und dass das Unfallereignis vom 21. Februar 1993 für diese Beurteilung irrelevant sei . Damit ist bereits gesagt, dass lediglich eine andere Einschätzung des im

Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorlag: Der Gesundheitszustand und somit auch die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers haben sich nicht verändert, letztere wird aber von den Ärzten des D.\_\_\_\_ anders eingeschätzt. Dieser Auffassung war auch die Beschwerdegegnerin, indem sie im angefochtenen Entscheid darauf hinwies, dass praktisch dieselben Befunde erhoben würden, jedoch die Arbeitsfähigkeit anders beurteilt werde, da die vorliegenden Befunde keine wesentliche behinderungsbedingte Einschränkung belegen könnten. Aus revisionsrechtlicher Sicht ist eine lediglich andere Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Sachverhalts jedoch unerheblich“ (E. 5.5). „Ergänzend ist festzuhalten, dass das MEDAS-Gutachten des

D.\_\_\_\_ im Vergleich mit den übrigen medizinischen Akten nicht überzeugt. Eine ins Gewicht fallende abweichende Beurteilung liegt nur bezüglich der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vor, während in somatischer Hinsicht über eine volle Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit Übereinstimmung herrscht. Psychiatrisch wurde der Beschwerdeführer durch die MEDAS B.\_\_\_\_ und - vertieft - durch Dr. C.\_\_\_\_ abgeklärt, wobei in beiden Gutachten eine Aggravierung festgestellt und in die Beurteilung der übereinstimmend auf 50 % festgelegten Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht einbezogen wurde. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit deckt sich weitgehend mit den weiteren psychiatrischen Beurteilungen. Während der behandelnde Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht keine Stellung nahm, diese aber im Grundsatz bestätigte, hat Dr. F.\_\_\_\_ - unter besonderer Berücksichtigung der Aggravation - im Privatgutachten vom 29.

Januar 2004 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert. Gegen diese im Kern übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilungen kommt das MEDAS-Gutachten des

D.\_\_\_\_ nicht an. Denn in diesem Gutachten wird nicht überzeugend dargelegt, warum aus psychiatrischer Sicht trotz gleichen Befunden von einer höchstens 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Der Umstand der angenommenen (teilweisen) Simulation vermag zwar die Einschätzung der D.\_\_\_\_ -Gutachter zu erklären, doch kann dies die anderen fachärztlichen Beurteilungen, die unter Berücksichtigung der Aggravation beziehungsweise der Simulation übereinstimmend eine höhere Arbeitsunfähigkeit feststellen, nicht entkräften. Eine Gesamtwürdigung der psychiatrischen Beurteilungen führt daher zum Schluss, dass im massgebenden Zeitpunkt des Einspruchs entscheidet in psychiatrischer Hinsicht bei im Wesentlichen unveränderten Gesundheitsverhältnissen weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers gegeben war. Damit sind revisionsrechtlich die Voraussetzungen weder für eine Aufhebung noch für eine Erhöhung der bisherigen halben Rente gegeben“ (E. 5.6). 4. 4.1

Am 7. Mai 2014 berichteten die Ärzte des H.\_\_\_\_ (Urk. 8/163) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. April bis 7.

Mai 2014 und stellten folgende Diagnosen (S. 1): - koronare Eingefässerkrankung - arterielle Hypertonie - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus - Dyslipidämie - leichte Transaminasen-Erhöhung - gastroösophageale

Refluxkrankheit - lumbovertebrales Schmerzsyndrom Die Ärzte attestierten eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 29. April bis 20. Mai 2014 (S. 2). 4.2

Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ stellten in ihrem nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung am 1. Juni 2014 erstatteten Gutachten (Urk.

8/165) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41): - chronifiziertes panvertebrales, zervikal und lumbal betontes Schmerz syndrom mit und bei - degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule (HWS und LWS) - Diskushernien L4/5 links und L5/S1 median, ohne Kompression neuraler Strukturen - aktuell klinisch ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - koronare Herzkrankheit mit und bei - Status nach nicht-transmuralem Myokardinfarkt inferolateral am 29.

April 2004 - Status nach Koronarangiographie am 30. April 2004 - multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren - arterielle Hypertonie, aktuell ungenügend eingestellt - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 - schwere Dyslipidämie - leichte Transaminasenerhöhung (DD: bei Steatosis

hepatis oder als Folge der Statin -Therapie - anamnestisch gastroösophageale

Refluxkrankheit - anamnestisch Urolithiasis

- Lipomatosis

cutis Bei komplikationslosem postinterventionellem Verlauf und unter dem Vorbehalt, dass sich keine chronisch ischämische Herzkrankheit mit klinischer Herzinsuffizienz entwickeln, habe die koronare Herzkrankung beim Versicherten keinen dauerhaften Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit. Wichtig sei eine optimale Einstellung der verschiedenen kardiovaskulären Risikofaktoren, um dem Auftreten weiterer, potentiell invalidisierender kardiovaskulärer Ereignisse vorzubeugen (S. 47). Bei der rheumatologischen Untersuchung imponiere beim muskulös gebauten Versicherten eine ausgeprägte Selbstlimitation. Ausser einer leichten Bewegungseinschränkung der HWS und LWS, welche unter Ablenkungsmanövern erreicht worden sei, fehlten im Bereich der Wirbelsäule pathologische Befunde. Insbesondere sei das Muskelrelief am Rücken bestens aufgebaut, die Muskulatur sei weich und nicht verspannt und zeige weder Myogelosen noch Tendoperiostosen. Auch im neurologischen Untersuchungsgebiet konnten bei seitengleichen Reflexen, intakter roher Kraft und nicht dermatombezogener Hypästhesie des rechten Armes und des linken Beines funktionell keine pathologischen Befunde erhoben werden. Die rohe Kraft zeige ebenfalls keine Defizite. Zudem fehlten Zeichen einer spondylogenen oder auch radikulären Symptomatik. Dies widerspiegeln sich auch in den aktuellen bildgebenden Untersuchungen der Wirbelsäule, wo im Zervikalbereich keine Diskushernie festgestellt worden sei und wo im Lumbalbereich die zwei beschriebenen Diskushernien keine Nervenwurzelkompressionen bewirkten. Ein weiteres Zeichen der Selbstlimitierung und der Aggravation zeige sich beim Untersuchen des Lasègue -Tests, welcher bereits ab 30° starke Schmerzen im Kreuz, nicht jedoch im Bein, verursache. Andererseits sei es dem Versicherten problemlos möglich, über längere Zeit im Langsitz zu verharren. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Exploration könne beim Versicherten das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, welche bereits in den Vorakten diagnostiziert worden sei, nicht bestätigt werden. Eine solche liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht (mehr) vor; der Versicherte wirke während der Schmerzschilderung nicht schmerzgeplagt und ein Leidensdruck sei nicht spürbar. Auch komme es zu keinen schmerzbedingten Positionsveränderungen oder spontanen Schmerzäusserungen, die Schmerzen stünden auch

nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Versicherten. Ferner seien keine ausgeprägten Einschränkungen im Alltag durch die Schmerzen erkennbar. So gebe der Versicherte an, er könne zwei Stunden am Stück sitzen, könne auch 1 1/2 Stunden spazieren gehen, allerdings mit Pausen. Er sei viel unterwegs, fahre Auto und fliege einmal im Jahr, wenn es finanziell gehe, nach Z.\_\_\_\_ zu den Eltern. Es liege auch keine andere psychiatrische Symptomatik von Krankheitswert vor, insbesondere könne eine Depression oder Angststörung ausgeschlossen werden. Der Versicherte selbst fühle sich psychisch nicht krank, gebe an, nicht deprimiert zu sein, könne Freude empfinden, zeige Interessen, habe ein gutes soziales Umfeld, das er pflege. Er berichte nicht über kognitive oder mnestiche Defizite, auch nicht über eine vermehrte Erschöpfbarkeit oder Müdigkeit. Auch objektiv liessen sich keine depressiven Symptome erkennen, die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, im Affekt sei der Versicherte nicht deprimiert, wirke nicht ängstlich oder verunsichert, es bestünden keine Insuffizienzgefühle. Mimik und Gestik seien ebenfalls nicht eingeschränkt (S. 48). Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Versicherte aus somatischer Sicht lediglich qualitativ in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aufgrund seiner nach wie vor vermindert belastbaren Wirbelsäule und der vor allem radiologisch objektivierbaren degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der E.\_\_\_\_, wo er regelmässig Gewicht über 30 kg habe transportieren müssen, nicht mehr arbeitsfähig. Für eine dem Leiden, dem Alter und Habitus entsprechende Verweistätigkeit ohne Heben schwerer Lasten über 7.5 kg, ohne repetitive Arbeiten in gebückter Haltung, nach Möglichkeit in Wechselposition, sitzend, stehend und gehend abwechselnd, sei aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Eine zusätzliche, internistisch oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 48 unten f.). Zurückschauend müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten rechtskräftigen IV-Verfügung vor allem auf psychischer Ebene verbessert habe, da er aktuell nicht mehr die diagnostischen Kriterien des ICD-10 für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (welche damals rentenauslösend gewesen sei) erfülle. Seit dem Gutachten vom 29. Januar 2004 von Dr. F.\_\_\_\_ sei der Versicherte nach eigenen Angaben nicht mehr bei einem Psychiater gewesen. Die damals gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei nachvollziehbar gewesen, heute aber mittlerweile in den Hintergrund getreten. Weshalb Dr. F.\_\_\_\_ zum Schluss gekommen sei, dass sich das Schmerzsyndrom in Richtung einer andauernden Persönlichkeitsveränderung im Sinne von ICD-10 F62 chronifiziert habe, sei in keiner Weise nachvollziehbar und auch nicht zutreffend. Letztlich habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Gutachten von 2004 aus psychiatrischer Sicht deutlich verbessert. Wahrscheinlich habe die Rückkehr der Familie von Z.\_\_\_\_ in die Schweiz eine deutliche Stabilisierung bewirkt. Zum Zeitpunkt des damaligen Gutachtens habe die Familie des Versicherten in Z.\_\_\_\_ gelebt, er sei alleine in der Schweiz geblieben. Seit wann sich das Zustandsbild des Versicherten verbessert habe, könne aufgrund der Aktenlage nicht genau rekonstruiert werden. Somit gelte die aktuelle Beurteilung ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (S. 49). Es sei aus interdisziplinärer Sicht nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert oder gesteigert werden könne. Wichtig sei eine optimale Einstellung der verschiedenen kardiologischen vaskulären Risikofaktoren. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht indiziert

und auch zumutbar (S. 50). 5.

## 5.1

Gestützt auf das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2014, welches in Beachtung sämtlicher praxisgemässer Beweiskriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) erging, ist im Vergleich zum Zustand im November 2004 von einer Verbesserung der Gesundheit des Beschwerdeführers auszugehen. Standen damals vor allem psychische Beschwerden im Vordergrund (vgl. vorstehend E. 3.6), stellten die Gutachter nunmehr einzig noch somatische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und legten gestützt auf die sorgfältig und genau erhobenen Befunde dar, dass - unter Vorbehalt einer sich entwickelnden chronischen ischämischen Herzkrankheit, wofür jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich waren - die zuletzt bei der E.\_\_\_\_ ausgeübte Tätigkeit mit Heben von Gewichten über 30 kg aufgrund der vermindert belastbaren und degenerativ veränderten Wirbelsäule des Beschwerdeführers nicht mehr zumutbar sei. Hingegen erlaubten die somatischen Einschränkungen gemäss Einschätzung der Gutachter eine vollschichtige Verweistätigkeit ohne Heben schwerer Lasten über 7.5 kg, ohne repetitive Arbeiten in gebückter Haltung und nach Möglichkeit in Wechselpositionen (vgl. vorstehend E. 4.2). Dies erscheint umso schlüssiger, als der Beschwerdeführer gemäss Feststellung des rheumatologischen Gutachters muskulös und sein Muskelrelief am Rücken bestens aufgebaut, weich und nicht verspannt sei und weder Myogelosen noch Tendoperiostosen zeige. Dies lässt vermuten, dass der Beschwerdeführer sich trotz Schmerzen verhältnismässig normal bewegen kann. Dementsprechend waren denn auch anlässlich der Untersuchung keine wesentlichen Bewegungseinschränkungen feststellbar und Zeichen einer radikulären oder spondylogenen Symptomatik fehlten. Vielmehr bestand eine ausgeprägte Selbstlimitation und Aggravation, was sich insbesondere im positiven Lasègue -Test und dem gleichzeitig über längere Zeit problemlosen Langsitz zeigte. Wurde die Selbstlimitation des Beschwerdeführers von Dr. F.\_\_\_\_ noch als Teil der psychischen Erkrankung beurteilt (vgl. vorstehend E. 3.5), legten die Gutachter nun dar, dass keine psychiatrische Symptomatik von Krankheitswert, auch keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, mehr feststellbar sei. Der Beschwerdeführer habe während der Schmerzschilderung nicht schmerzgeplagt gewirkt und es sei kein Leidensdruck spürbar gewesen. Die Schmerzen standen nicht einmal im Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers, welcher angegeben habe, zwei Stunden am Stück sitzen und mit Pausen 1

1/2

Stunden spazieren zu können, viel unterwegs zu sein und Auto zu fahren, weshalb keine ausgeprägte schmerzbedingte Einschränkung im Alltag erkennbar sei. Der Beschwerdeführer gab selbst an, sich nicht psychisch krank zu fühlen. Objektiv seien keine depressiven Symptome feststellbar gewesen (vorstehend E.

4.2). Die Gutachter erachteten deshalb den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor allem in psychischer Hinsicht als verbessert und nahmen zudem zur früheren Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ Stellung. 5.2

Somit ist gestützt auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 11. Juni 2014, dem voller Beweiswert zukommt, von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen: Die angestammte Arbeit im Paketdienst ist ihm nicht mehr

,

eine angepasste Arbeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils ist ihm jedoch zu 100 % zumutbar. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ( Urk. 2 S. 2) ist nicht zu beanstanden und im Übrigen unbestritten. Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass für einen höheren Abzug als 10 % kein Anlass

besteht. Insbesondere ist der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungs- und Selbsteingliederungspflicht soweit ersichtlich bislang nur ungenügend nachgekommen. So sind weder konsequente Therapiebemühungen ersichtlich, noch hat sich der Beschwerdeführer, der mit 17 Jahren in die Schweiz einreiste (vgl.

Y.\_\_\_\_ - Gutachten S. 23) , um genügende Deutschkenntnisse bemüht, spricht er doch offenbar trotz dieser langen Zeit praktisch kein Deutsch ( vgl.

Y.\_\_\_\_ Gutachten S. 27 oben) .

Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Als Ausdruck der allgemeinen Schadenminderungspflicht geht die Pflicht, die notwendigen Schritte zur Selbsteingliederung zu unternehmen, nicht nur dem Renten-, sondern auch dem gesetzlichen Eingliederungsanspruch vor (Urteil des Bundesgerichts 9C\_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I 145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

### **E. 6.2**

In Zusammenhang mit dem vom Beschwerdeführer vorgebrachten Eingliederungsanspruch bei Rentenaufhebung nach langjährigem Bezug ( Urk. 1 S. 6; vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts 9C\_228 /2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 ) ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer trotz Zumutbarkeit beruflicher Massnahmen (vgl. S. 50 des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens) und trotz entsprechendem Angebot der Beschwerdegegnerin keine Bereitschaft zur Mitwirkung bei der Eingliederung gezeigt hat (vgl. Urk. 8/172 ). Den Anforderungen an die Eingliederung von Versicherten mit über 15-jährigem Rentenbezug wurde somit Genüge getan, weitere Massnahmen sind nicht erforderlich.

### **E. 6.3**

Zusammenfassend erweist sich somit der angefochtene Entscheid als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden 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: - Rechtsanwalt Marco Mona - 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 Beweismitel 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  
Lienhard

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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