

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00306 vom 29. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00306](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00306)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00306 du 29 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00306 del 29 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

Mit Urteil vom 31. Mai 2011 änderte das hiesige Gericht die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. März 2009 ( Urk. 8/61 und Urk. 8/51) betreffend Zusprache einer Dreiviertelsrente ab 1. Juli 2005 an den 1959 geborenen X.\_\_\_\_

in dem Sinne ab, als es den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Juli 2005 feststellte ( Proz . Nr. IV.2009.00780; Urk. 8/83). Am 7. Juni 2013 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision ein (Urk. 8/119). Nach Einholung von Auskünften der behandelnden Ärzte beauftragte sie die über SuisseMED@P zugeteilte MEDAS Z.\_\_\_\_ mit einer polydisziplinären Begutachtung (MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2014

[ korrigierte Version ] ,

Urk. 8/ 157/2-65 ) . Die anschliessend von der A.\_\_\_\_ im Rahmen von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ein geleitete Potentialabklärung (Urk. 8/153) wurde wegen vom Beschwerdeführer angegebenen gesundheitlichen Gründen abgebrochen (Urk. 8/154) . In der Folge führte die IV-Stelle das Vorbescheidverfahren

durch (Urk. 8/163 ff.) und hob mit Verfügung vom 19. Februar 2015 die bisher ausgerichtete Rente auf

(Urk. 2) .

### E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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. 1.2**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Renteneinstellung damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2014 (Urk. 8/157/2-65) seit der Renten zusprache verbessert habe. Neu sei dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen, ohne Überkopfarbeiten, mit Einteilung des Arbeitstempos entsprechend der angeforderten Tätigkeit, zu 100 % zumutbar (Urk. 2).

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf dem Standpunkt, im MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2014 seien die identischen Diagnosen gestellt worden, wie sie auch in den vorangegangenen Gutachten erwähnt und im Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Mai 2011 zugrunde gelegt worden seien. Es handle sich somit nicht um eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, sondern um eine neue Beurteilung des gleichen Sachverhaltes, was nicht zu einer Änderung des Invaliditätsgrades führen könne. Auch der Abschlussbericht der A.\_\_\_\_ habe mehrheitlich objektive Gründe für einen vorzeitigen Abbruch der Abklärung erwähnt und eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt als ausgeschlossen betrachtet (Urk. 1).

### **E. 3**

2

Gestützt darauf sowie auf die als beweiskräftig gewürdigten Ausführungen der Gutachter (E. 5.1) ging das hiesige Gericht davon aus, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter seit dem Unfall vom 26. Juli 2004 nicht mehr ausüben könne. Jedoch wäre ihm eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ab Ablauf des Wartjahres im Juli 2005 mit einem Pensum von 40 % zumutbar gewesen (E. 5.2). Daraus resultierte ein Invaliditätsgrad von 71 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente.

### **E. 3.1**

Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Veränderung bilden

die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Mai 2011 abgeänderten Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 19. März 2009 (Urk. 8/61). Die Zuweisung einer ganzen Invalidenrente ab Juli 2005 beruhte auf dem vom Unfallversicherer eingeholten Gutachten des B.\_\_\_\_

vom 5. Februar 2008 (korrigierte Fassung vom 24. November 2008, Urk. 8/44). Dessen Inhalt fasste das hiesige Gericht im Urteil vom 31. Mai 2011 wie folgt zusammen (E. 4.11 des erwähnten Urteils, Urk. 8/83): „4.11 In dem vom Unfallversicherer eingeholten B.\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Februar 2008 (korrigierte Fassung vom 24. November 2008; Urk. 7/43) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 7): Status nach Arbeitsunfall am 26. Juli 2004 - generalisiertes chronifiziertes rechtsbetontes Schmerzsyndrom - Wirbelsäulenfehlform mit verstärkter BWS-Kyphose und Abflachung lumbal - muskuläre Dysbalance, betont im Schultergürtelbereich, Dekompensation Belastungsabhängige Fusschmerzen rechts, Status nach traumatischer Fraktur 1996 Unspezifische neuropsychologische Funktionsstörungen mit konsekutiv verminderter kognitiver Belastbarkeit bei - gemischter Anpassungsstörung, zumindest mit schwerer Ausprägung mit subsyndromalen posttraumatischen Anteilen - anhaltender somatoformen Schmerz-/Fehlverarbeitungsstörung (bei struktureller vulnerabler Persönlichkeitsdisposition) - soziokulturelle Faktoren - Schädel CT 1/2005 unauffällig Verdacht auf arterielle Hypertonie Hypercholesterinämie Nikotinabusus

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der internistischen Untersuchung dauernde rechtsbetonte Kopfschmerzen, belastungsabhängige Schmerzen im rechten Fuss und in der rechten Körperseite, ein störendes Herzklopfen, persistierende lumbal betonte rechtsseitige Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins rechte Bein sowie Schlafstörungen angegeben (Urk. 7/43 S. 4 f.). Die bildgebend nachgewiesenen leichten Protrusionen der Halswirbelsäule (Urk. 7/43 S. 6) seien einerseits nicht unfallbedingt und andererseits erklärten sie auch nicht das Ausmass der aktuell angegebenen Beschwerden. Aus interdisziplinärer Sicht liessen sich keine objektivierbaren organischen Unfallfolgen mehr nachweisen, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründeten (Urk. 7/43 S. 9 f.). Gestützt darauf so wie auf die Ergebnisse und das Verhalten des Beschwerdeführers während der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 7/43 S. 12 ff.) kamen die B.\_\_\_\_ Gutachter zum Schluss, dass das arbeitsbezogene relevante Problem in einem ausgeprägten Schon- und Schmerzverhalten bei unzuverlässiger Leistungsbereitschaft bestehe. Aus rheumatologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Hilfsmaurer nicht mehr zumutbar. Für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine aus neurologisch-psychiatrischer Sicht reduzierte Arbeitsfähigkeit von 40 % (Urk. 7/43 S. 7 f.).

Im neurologischen/neuropsychologischen Teilgutachten vom 16. August 2007

führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie spez. Verhaltensneurologie und Neuropsychologie, aus, es fänden sich mnestiche Defizite, konzeptuelle Schwierigkeiten, eine eingeschränkte kognitive Flexibilität und eine sehr langsame Vorgehensweise in allen Aufgaben. Unter Berücksichtigung der Schulbildung und der Fremdsprachigkeit des Beschwerdeführers liessen sich diese einer unspezifischen Funktionsstörung zuzuordnenden Befunde hinreichend durch die psychiatrische Symptomatik, durch Schmerzinterferenzen im Rahmen des chronifizierten Schmerzsyndroms und durch soziokulturelle Faktoren erklären. Es bestünden keine Anhaltspunkte für fokale und damit auf strukturelle (posttraumatische) Läsionen zurückzuführende Funktionsstörungen. Auch

neuroradiologisch (Schädel-CT vom Januar 2005) fänden sich keine posttraumatischen Veränderungen. Im Rahmen des Unfalles sei es anamnestisch und entsprechend Dokumentation in den Unterlagen auch nicht zu einer traumatischen Hirnschädigung (Commotio cerebri) gekommen. Insbesondere habe es keine Bewusstlosigkeit, keine Bewusstseinsstörung, keine Amnesie zum Unfallhergang und keine neurologische Ausfallsymptomatik bestanden. Entsprechend den Unterlagen sei der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis auch noch in der Lage gewesen, weiter zu arbeiten. Allenfalls könne vom Unfallhergang her eine Contusio

capitis, aber keine Contusio cerebri, abgeleitet werden. Die beschriebenen neuropsychologischen Defizite sowie die chronifizierte

Schmerzsymptomatik führten zusammen zu einer 60%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf leichte Tätigkeiten. Abschliessend stellte die Gutachterin fest, es sei aufgrund der vorliegenden Berichte anzunehmen, dass das heutige Beschwerdebild in seiner Ausprägung bereits am 31. Mai 2005 (Zeitpunkt der Leistungseinstellung durch den Unfallversicherer) in ähnlicher Form bestanden habe (Urk. 7/22 S. 24-32).

Die psychiatrische Abklärung durch Dr. med. Dr. phil. D.\_\_\_\_ sowie Dr. med. E.\_\_\_\_, beide Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, ergab laut Teilgutachten vom 15. September 2007 eine depressive Symptomatik zumindest mittelgradiger Ausprägung, welche operational am ehesten im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) zu klassifizieren sei. Bei anhaltender, chronifizierter Schmerzproblematik bei auch psychosozial-intrafamiliären, sozio-ökonomisch determinierten, medizinalfremden und vor allem persönlichkeitsgebundenen Kontext- und Belastungsfaktoren und vorbestehender Strukturvulnerabilität im Sinne einer irritierten Persönlichkeitsstruktur mit habitueller Affektlabilität, sei im Längsverlauf von einer innerpsychischen Verfestigung als überdauernder Störung auszugehen. Weiter sei aufgrund der Vorgeschichte eine psychodynamisch geleitete Krankheitshypothese der vorliegenden Schmerzpersistenz mit den geforderten erheblichen lebensbiographisch und psychosozial zu eruiierenden Stressoren im Sinne einer konversionsneurotischen Affektverschiebung einsehbar. Bei Hinweisen für vorbestehende schwerwiegende psychosoziale Problemkonstellationen mit intraemotionalen Konflikten und Prozessen sei eine anhaltende somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4) zu attestieren. Abschliessend verneinten die psychiatrischen Gutachter eine Diskrepanz zwischen dem klinisch-objektiven Eindruck und den Angaben des Beschwerdeführers und schätzten dessen Arbeitsunfähigkeit auf 60 % ein (Urk. 7/22 S. 20-23). “

#### **E. 4**

.4

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2014 (korrigierte Version, Urk. 8/157/2-65) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 19): 1. Somatisch (1) Chronisches zervikospodylogenes Schmerz-Syndrom rechts (ICD10 M54.2) - CT der HWS C3-TH1 vom 19.01.2005: Minimalste Protrusionen C3/4, C4/5 und C5/6 ohne signifikante Eindellung des Subarachnoidalraumes. Halsrippe an C7 bds. Keine Hinweise auf neurale Kompression bei normaler Weite des Spinalkanals und der Neuroforamina. Als Nebenbefund Verknocherung des Ligamentum nuchae zwischen Processus

spinosi C5 und C6. - Myofasziale Beschwerden Schultergürtel rechts mit positiven Triggerpunkten des M. infraspinatus (richtig wohl: infrapinatus), keine tastbaren Myogelosen

Tenderpointlinie

nuchal rechts. (2) Chronifiziertes

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD10 M54.5) mit/bei - Grösserer medianer Diskushernie L4/5 mit Kompression vom Duralsack

(6 mm), kleinere Protrusionen mit subligamentärer Diskushernie L5/S1 ohne Kompression vom Duralsack oder neuronalen Strukturen. 2. Psychiatrisch Keine.

Folgenden Diagnosen massen die Gutachter dagegen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 21): 1. Somatisch (1) Periarthropathie OSG rechts und Vorfusschmerz nach Kontusion 26.07.2004 und Fraktur 1996. (2) Adipositas. (3) Hypercholesterinämie. (4) Pityriasis

versicolor / Depigmentierungen. 2. Psychiatrisch (1) Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). (2) Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

In der medizinischen Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht bestünden beim Exploranden seit dem Arbeitsunfall vom 26. Juli 2004 zervikospondylogene Schmerzen rechts mit Schmerzausweitung in die Brustwirbelsäule, sowie seit 2008 lumbospondylogene Schmerzen, basierend auf Bandscheibendegenerationen mit Überlastung der Intervertebralgelenke und Schmerz ausstrahlung ins Gesäss und Bein rechts.

Beide Wirbelsäulenabschnitte wiesen degenerative Veränderungen auf, welche intermittierende artikulo-muskuläre Beschwerden und Überlastungssymptome erklären könnten. Führend seien aktuell ohne Arbeitsbelastung die Beschwerden der Halswirbelsäule, welche massgebenden Einfluss auf die Belastungsfähigkeit

nähmen. Im Bereich der Muskulatur der Halswirbelsäule und des Nackens habe sich ein myofasciales Beschwerdebild eingestellt. Es handle sich um Dysbalancen des artikulo-muskulären Zusammenspiels, was zu schmerzhaften Verspannungen und Überlastungssymptomen führen könne. Die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule qualifizierten für eine Verminderung der Belastbarkeit.

Aus rheumatologischer und speziell neurologischer Sicht könnten keine Nervenreizsymptome oder Nervenschädigungen objektiviert werden. Die subjektiv geklagten Beschwerden überschritten die möglichen objektivierbaren Beschwerden im Sinne einer Schmerzchronifizierung und Ausweitung (S. 20 f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch die ICD-10-Kriterien mit verminderter Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Appetitverminderung und Schlafstörungen sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren lasse. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielten, mit einem Migrationshintergrund, einer früheren, gescheiterten ersten Ehe mit Kontaktverlust zu den Töchtern und deren Familien, dem Tod seiner zweiten Ehefrau in Folge eines

Herzinfarktes, einer früheren, auch anstrengenden Arbeit auf dem Bau, einer chronischen Beschwerdesymptomatik mit vor allem Schmerzen nach einem Arbeitsunfall, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert haben, und einer finanziell nicht einfachen Situation durch die Abhängigkeit von der IV-Rente. Es besteht eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation.

Mit der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung besteht eine

syndromale Diagnose. Es besteht ein chronischer Verlauf. Eine schwere, chronische, somatische Erkrankung besteht nicht. Es besteht auch kein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflussen werden könnte. So besteht

keine psychotische Störung und auch keine schwere Persönlichkeitsstörung. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung im Sinne eines unbewussten Konfliktes oder eines primären Krankheitsgewinns sei nicht erwiesen. Ein schwerer sozialer Rückzug besteht nicht. Die therapeutischen Möglichkeiten seien theoretisch nicht ausgeschöpft.

Ein Medikamentenspiegel des Antidepressivums Sertralin, das der Patient verordnet erhalten, sei nicht nachweisbar gewesen, was ein Hinweis auf eine schlechte Medikamenten-Compliance sei, wenn man von der Möglichkeit einer raschen Metabolisierung

absehe. Aber auch durch eine optimierte Behandlung lässt sich hier die deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung wohl kaum ändern.

Es bestünden etwas akzentuierte ängstliche Persönlichkeitszüge, diese reichten aber für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus. Gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche zudem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit.

Eine posttraumatische Belastungsstörung könne nicht diagnostiziert werden (S. 21 f.).

Gesamtmedizinisch stünden aus gutachterlicher Sicht die somatischen Beschwerden im Vordergrund und begründeten die eingeschränkte Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne ein syndromales

Beschwerdebild objektiviert werden. Insgesamt könnten insbesondere die psychiatrischen Diagnosen und deren Schwereinteilung im aktuellen Gutachten nicht bestätigt werden. Das gelte für das Gutachten des B.\_\_\_\_ vom

#### **E. 4.1**

Vom 2. bis zum 28. März 2011 befand sich der Beschwerdeführer in der F.\_\_\_\_

in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 29. März 2011 (Urk. 8/142) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Anpassungsstörung nach Arbeitsunfall mit Kopfkontusion 07/04 (ICD-10 F43.23) - Mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 F32.11, F32.2)

Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, der Beschwerdeführer habe während seines Aufenthaltes unverändert über diffuse Schmerzen am ganzen Körper sowie Ein- und Durchschlafstörungen geklagt. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer äusserst auf

seine Schmerzproblematik eingeengt, so dass nur wenig Raum für andere Themen in den psychotherapeutischen Gesprächen geblieben sei. Bei einem Medikamentenspiegel habe der Beschwerdeführer einen kaum nachweisbaren Wert der verordneten Medikamente im Serum aufgewiesen. Von den hausinternen Angestellten sei beobachtet worden, dass der Patient während der Gartenarbeit kaum über Schmerzen geklagt habe. Aufgrund dessen hätten sie ihm nahegelegt, dass eine Tagesstruktur in Form einer Arbeit im geschützten Rahmen für ihn nach dem Austritt von Vorteil sein könnte, da es ihn von der Schmerzsymptomatik ablenken würde. Auf diesen Vorschlag habe der Patient jedoch nicht eingehen wollen mit der Begründung, seine Schmerzen würden dies nicht erlauben.

## **E. 5**

).

### **E. 5.1**

Wie der Beschwerdeführer zu Recht einwendet (Urk. 1 S. 4), werden im MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2014 im Wesentlichen die selben

Diagnosen genannt, wie sie bereits in der korrigierten Fassung des B.\_\_\_\_-Gutachtens vom 24. November 2008 gestellt und somit

der Rentenzusage

zugrunde gelegt worden waren. So beruhen die vom rheumatologischen Konsiliararzt festgestellten degenerativen Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule auf bildgebenden Untersuchungen aus den Jahren 2005 und 2008 (Urk. 8/157/2-65 S. 19 und S. 42). Weiter leidet der Beschwerdeführer laut MEDAS-Gutachten nach wie vor an Beschwerden im Schultergürtelbereich sowie Schmerzen im rechten Fuss. Der psychiatrische Konsiliararzt dagegen beschränkte sich auf die Angabe, weder die im B.\_\_\_\_-Gutachten noch die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen und deren Schwereinteilung bestätigen zu können. Mit keinem Wort setzte er sich mit der bei einer Rentenrevision entscheidungsrelevanten Frage auseinander, ob eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit dem 19. März 2009 (massgeblicher Referenzzeitpunkt; vgl. E. 3.1) eingetreten ist

was aufgrund der von ihm gestellten Diagnosen denkbar wäre.

In der Gesamtbeurteilung gingen die Gutachter von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus somatischer und psychiatrischer Sicht seit dem 26. Juli 2004

(Unfalldatum)

aus (Urk. 8/157/2-65 S. 25). Dies lässt auf einen

seither unverändert gebliebenen Gesundheitszustand schliessen.

### **E. 5.2**

Anhaltspunkte für eine gesundheitliche Verbesserung ergeben sich schliesslich auch nicht aus den aktuellsten Angaben der behandelnden Ärzte. Während der Rheumatologe Dr. G.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer nur noch einmal jährlich sieht und daher nicht in der Lage ist, eine ausführliche Beurteilung abzugeben (E. 4.2), ging der Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ von einem chronifizierten Zustand aus (E. 4.3).

### **E. 5.3**

Eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes stellt indessen keinen

Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Damit besteht unter diesem Titel kein Raum für eine Aufhebung der Rente.

### **E. 6.1**

Anzufügen bleibt Folgendes: Der im November 1959 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 19. Februar 2015 (vgl. dazu BGE 141 V 5) bereits 55 Jahre alt. Gemäss ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts wäre die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente nur zulässig, wenn die Verwaltung zuvor die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen geprüft hat (vgl. das Urteil des Bundesgerichts vom 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3).

### **E. 6.2**

Der früher als Bauhilfsarbeiter und seit dem Berufsunfall vom 26. Juli 2004 nicht mehr erwerbstätig gewesene Beschwerdeführer

dürfte selbst bei Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit

entsprechend dem MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2014 (Urk. 8/157/2-65)

nicht auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden. Somit wäre die Renteneinstellung so lange nicht gerechtfertigt, als die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert und den Beschwerdeführer nicht hinreichend auf die berufliche Eingliederung vorbereitet hätte.

Zwar leitete die Beschwerdegegnerin nach Erhalt des MEDAS-Gutachtens eine Potenzialabklärung bei der A.\_\_\_\_ ein. Die Eingliederungsmassnahme musste jedoch vorzeitig abgebrochen werden. Im Bericht vom 14. Oktober 2014 (Urk. 8/158) gab die A.\_\_\_\_ als Begründung dafür gesundheitliche Gründe an. Stand die Gesundheitsverfassung des Beschwerdeführers der Potenzialabklärung entgegen, hätte die Beschwerdegegnerin vor der Rentenaufhebung geeignetere Eingliederungsmassnahmen prüfen müssen. Scheiterte die Massnahme dagegen in erster Linie aus motivationalen Gründen, Anhaltspunkte dafür finden sich im erwähnten Bericht der A.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2014, hätte die Rente erst nach korrekter Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG aufgehoben werden dürfen.

Auch aus diesem

Grund hätte die Rentenaufhebung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht geschützt werden können.

### **E. 7**

.3

Aus dem der Rentenzusprache zugrundeliegenden B.\_\_\_\_-Gutachten vom 5. Februar 2008 (korrigierte Fassung vom 24. November 2008, Urk. 8/44) ergibt sich klar, dass die Rentenzusprechung aufgrund von somatischen und psychischen Beschwerden erfolgte. Einerseits bestand ein rechtsbetontes Schmerzsyndrom

mit degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie Schmerzen im rechten Fuss, weswegen die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter dem Beschwerdeführer nicht mehr zugemutet werden konnte. Andererseits lagen neuropsychologische Funktionsstörungen mit konsekutiv verminderter kognitiver Belastbarkeit vor. Grund dafür waren eine gemischte

Anpassungsstörung mit zumindest schwerer Ausprägung,

eine anhaltende somatoforme Schmerz-/Fehlverarbeitungsstörung bei struktureller vulnerabler Persönlichkeitsdisposition

sowie soziokulturelle Faktoren

(E. 3.1).

Der Beschwerdeführer wies demzufolge neben den psychischen beziehungsweise neuropsychologischen Beschwerden organisch objektivierbare Befunde und damit erklärbare physische Beschwerden auf, die ihn gemäss der Einschätzung der damals involvierten Ärzte jedenfalls in der angestammten und damit auch in anderen körperlich belastenden Tätigkeiten in der Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkten. Selbst gemäss MEDAS-Gutachten vom 13. Oktober 2014 (korrigierte Version) ist die angestammte Tätigkeit aus somatischer Sicht aufgrund der im Wesentlichen selben Beschwerden nicht mehr zumutbar (E. 4.4). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde dagegen mit neuropsychologischen Funktionsstörungen begründet, die ihren Ursprung zunächst in einer schweren symptomatischen Anpassungsstörung hatten. Die Nennung der anhaltenden somatoformen Schmerz-/Fehlverarbeitungsstörung an lediglich zweiter Stelle weist auf deren untergeordnete Bedeutung als Ursache für die neuropsychologischen Funktionsstörungen hin. Aufgrund der untergeordneten Rolle der nicht einmal als selbständige Diagnose aufgezählten anhaltenden somatoformen Schmerz-/Fehlverarbeitungsstörung erübrigte sich bei der damaligen Renten zuspreehung

eine Überprüfung in Anwendung der Überwindbarkeitsrechtsprechung (BGE 130 V 352).

Die („nichtsyndromale“) Anpassungsstörung trug somit selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs bei. Eine allfällige Verstärkung von deren Auswirkungen durch das syndromale Beschwerdebild erlaubt eine Überprüfung der Rente nach Massgabe von

lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision nicht.

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