

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01218 vom 25. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01218](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01218)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01218 du 25 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01218 del 25 settembre 2018

## Erwägungen

### E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5 , 117 V 198 E. 3b mit Hin weisen ). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbe achtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Ände rung des Invaliditätsgrades bilde t die letzte rechtskräftige Verfügung welche auf einer materi ellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BG E 130 V 71 E. 3.2.3; Bundesgerichts urteil 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ( „ allseitig“) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### E. 1.2

Am 20. April 2010 verfügte die IV-Stelle - nach durchgeführtem Vorbescheid verfahren (Urk. 6/92 ) - die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vo m 9. Januar 2006 beziehungsweise die Aufhebung der halben Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Urk. 6/98). Die dagegen erho bene Beschwerde ( Urk. 6/103/3-14) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kan tons Zürich mit Urteil vom 9. September 2011 insofern gut, als es in Auf hebung der angefochtenen Verfügung feststellte, dass weiterhin ei n Anspruch auf eine halbe Rente bestehe ( Urk. 6/111).

### E. 1.2.1

Bei der Beurteilung der Arbeits ( un ) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.2.2**

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb ). Zweck eines interdisziplinären Gutachtens ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1). Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechts relevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten oder der Gesamtbeurteilung der Beweiswert abgesprochen wird. Daher darf bei einem polydisziplinären Gutachten auf beweiskräftige Teilgutachten abgestellt werden, die mit der - ohne Konsens besprechung erfolgten - interdisziplinären Gesamtwürdigung im Hauptgutachten nicht übereinstimmen (BGE 143 V 124 E. 2.2.4).

### **E. 1.2.3**

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu BGE 143 V 418 ) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2 , E. 3).

### **E. 1.2.4**

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben ergibt sich daher aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 1.3**

Am 27. August 2014 stellte der Versicherte - unter Einreichung eines Berichts des B.\_\_\_\_ vom 3. März 2014 ( Urk. 6/131) - ein Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ( Urk.

6/132). In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten durch das C.\_\_\_\_ poly disziplinär (psychiatrisch, internistisch, neurologisch und orthopädisch) abklären (Gutachten vom 30. Juni 2015, Urk. 6/149). Nach durchgeführtem Vorbescheid - verfahren (Urk. 6/157, 6/165) hob sie mit Verfügung vom 7. Oktober 2016 die halbe Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats

revisionsweise auf (Urk. 2).

## **E. 2**

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 3. November 2016 Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihm rückwirkend ab 1. Januar 2011 eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 28. November 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Eingabe vom 26. Oktober 2017 liess der Versicherte einen Bericht des D.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 einreichen (Urk. 8, 9), von welchem der IV-Stelle Kenntnis gegeben wurde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 19.

Juli 2018 und 20. August 2018, liess der Versicherte weitere Arztberichte einreichen (Urk. 11, 12/1-2, 13/1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 4**

bis 3.6 und 4.1).

### **E. 4.1**

Das C.\_\_\_\_ -Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt und enthält eine einleuchtende Darstellung der medizinischen Situation. Insbesondere lassen sich gestützt auf das Gutachten die rechtsrelevanten Fragen beantworten. Mithin entspricht es grundsätzlich den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1; E. 1.2.1 hervor).

### **E. 4.2**

Gestützt auf das C.\_\_\_\_ -Gutachten ist eine Veränderung des Gesundheits - zu - standes seit der letzten Rentenrevision ausgewiesen. Neu bestehen psychiatrische Diagnosen und in somatischer Sicht liegt nunmehr eine Bandscheibenvorwölbung C6/7 mit leichter Unkovertebralarthrose mit fraglicher Reizung der Nervenwurzel C7 links vor (Urk. 6/149/12+63). Dies ist zwischen den Parteien in soweit unbestritten (Urk. 1, 2).

### **E. 4.3**

Aus somatischer Sicht ergibt sich aufgrund des orthopädischen Teilgutachtens, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Lagerist zu 50 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. In einer leidensangepassten Tätigkeit ist er voll arbeitsfähig. In Anbetracht dessen kann der IV-Stelle nicht gefolgt werden, soweit sie in der nun angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 den Beschwerdeführer auch in der bisherigen Tätigkeit als voll arbeitsfähig erachtet (Urk. 2 S. 4).

### **E. 4.4**

Laut dem C.\_\_\_\_ -Gutachten besteht - gestützt auf die Konsensbesprechung resp. das psychiatrische Teilgutachten - aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen ist, wie bereits erwähnt (E.

1.2.3 hiervor), das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren beachtlich. 5. 5.1

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regel fall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281 ) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Bundesgerichts urteil 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.2

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr gilt es im Einzelfall mit seinen je eigenen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen gesamthaft zu prüfen, ob in bundesrechtskonformer Weise abschliessend auf die vorhandenen Beweisgrundlagen abgestellt werden kann (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten - allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Bundesgerichtsurteil 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 6. 6.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass die depressive Störung als mittelschwer eingestuft wird. Beschrieben wird diese Diagnose vom psychiatrischen Teilgutachter anhand der Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 6/149/33). Dieser erklärte anlässlich der Exploration, er sei lustlos, freudlos, halte sich zumeist in seinem Zimmer auf, liege meist im Bett, könne mit seiner einjährigen Tochter nichts machen, wolle eigentlich nicht mehr leben, habe Suizidgedanken, sei bei starken Schmerzen unruhig und aggressiv, meide soziale Kontakte, könne sich nur schwer konzentrieren, sei sehr vergesslich, habe ausgeprägte Schlafstörungen, leide unter Harn- und Stuhlinkontinenz und vernachlässige sich selber mit mangelnder Hygiene (Urk. 6/149/23+33). Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung begründete der psychiatrische Teilgutachter damit, dass das psychische Zustandsbild durch eine depressive Störung nicht ausreichend zu erklären sei (Urk. 6/149/34+61). Im Zusammenhang mit dieser Diagnose hat das Bundesgericht wiederholt betont, dass eine invalidisierende Wirkung im Rechtssinne eines F68.2-Leidens ein stimmiges Gesamtbild voraussetze, das auf eine nicht angehbare funktionelle Behinderung schliessen lasse (Bundesgerichts urteile 8C\_802/2017 vom 21. Februar 2018 E. 5.1.2, 8C\_212/2016 vom 8. August 2016 E. 3.2 und 9C\_42/2015 vom 17. Februar 2015 E. 4.2). Vorliegend beurteilte der Teilgutachter die Persönlichkeitsstörung als schwer, wobei er zur Begründung der Diagnose (wiederum) die Selbstvernachlässigung, den sozialen Rückzug, die fehlende Motivation, die fehlenden Interessen, die starken Klagen und die Affektstörungen anführte

( Urk. 6/149/34+61). Zum Schweregrad der weiter diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung machte er keine Aussagen. Jedoch hielt er sie - wohl vor dem Hintergrund der im Zeitpunkt der Begutachtung noch geltende Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung - unter dem Aspekt der zumutbaren Willensanstrengung für nicht überwindbar ( Urk. 6/149/34+61). 6.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – rezidiv – stenz“ ist festzuhalten, dass laut Beschwerdeführer die psychischen Beschwerden seit 2004 bestehen ( Urk. 6/149/24). Anamnestisch ist laut psychiatrischem Teilgutachter ab 2010 von einer Verschlechterung auszugehen ( Urk. 6/149/33). Dokumentiert ist eine psychotherapeutische Behandlung ab Juli 2005 im B.\_\_\_\_ ( Urk. 6/51/5 ). Vom 4. Juni bis 2. Juli 2007 hielt sich der Beschwerdeführer in der E.\_\_\_\_ auf, wo er an einem interdisziplinären Schmerzprogramm teilnahm ( Urk. 6/74). Vom 8. Januar bis 14. Februar 2008 war er im F.\_\_\_\_ hospitalisiert (vgl. Urk. 6/79/8, 6/96/18). Seither steht der Beschwerdeführer, soweit ersichtlich, einzig im D.\_\_\_\_ in Behandlung ( Urk. 6/ 149/24+29+32+34 , Urk.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6 ). 2.

Streitig ist die Aufhebung der halben Invalidenrente mit Verfügung vom 7. Oktober 2016. Zu prüfen ist daher, ob eine revisionsrechtlich bedeutsame Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche eine Rentenaufhebung rechtfertigt. Zeitlicher Referenzpunkt bildet die (Wiedererwägungs)Verfügung vom 20. April 2010, da sie nach eingehender Abklärung des Sachverhalts im Rahmen einer Rentenrevision erging. Dabei ist zu beachten, dass seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Januar 2006 unbestrittenermassen keine revisionsrelevante Veränderung eingetreten war, weshalb die IV-Stelle die

Rente unter dem Titel der Wiedererwägung aufheben wollte.

Die Voraussetzungen hierfür waren indes, wie das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 9. September 2011 erkannte, nicht gegeben. 3. 3. 1

Die Rentenzusprache von Anfang Januar 2006 beruhte zur Hauptsache auf dem Bericht der Rheumaklinik des Y.\_\_\_\_ vom 2. März 2005 (Urk. 6/10; vgl. auch Austrittsbericht über den in dieser Klinik erfolgten stationären Aufenthalt vom 4. bis 14. Januar 2005, Urk. 6/13), worin ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit möglichem radikulärem Schmerz- und Ausfallsyndrom L5 links diagnostiziert und dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeiten bescheinigt worden war. Diese Einschätzung wurde in der Folge vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle am 20. Juli und am 28. Oktober 2005 bestätigt (weiterhin 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, Urk. 6/24 S. 3). 3.2

Im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Juni 2008 wurden ein chronisches lumbospondylogenes und zervikobrachiales Schmerzsyndrom links mit Generalisierungstendenz, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Adipositas Grad I und anamnestisch Stuhl- und Harninkontinenz vom Urge-Typ, ohne somatisch objektivierbare Ursache, diagnostiziert. Eine Auswirkung dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wurde

verneint ( Urk. 6/79/32). Attestiert wurde eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagerist sowie für Verweistätigkeiten ( Urk. 6/79/ 37-38).

Das hiesige Gericht verneinte mit Urteil vom 9. September 2011 (Urk. 6 /111 ) das Vorliegen eines Revisions- wie auch Wiedererwägungsgrundes, auch wenn die (Richtigkeit der) ursprüngliche Rentenzusprache als fraglich erscheine (E. 3.2). 3.3 3.3.1

Im Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2015 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen eines Zervikovertebralsyndroms bei Bandscheibenverwölbung C6/7 mit leichter Unkovertebralarthrose und fraglicher Reizung der Nervenwurzel C7 links, eine Lumboischialgie links bei leichter Spondylarthrose und Diskusprotrusion L4/5 ohne neurale Kompression sowie leichter Spondylarthrose L5/S1 mit leichter Kompression der Nervenwurzel L5 links, eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10 F33.1) , eine schwere Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt . Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden der Adipositas und der sensomotorischen Hemisymptomatik links nichtorganischer Genese im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung mit deutlich inkonsistenten Bewegungsmustern bei gemessen ( Urk. 6/149/63). 3.3.2

Der neurologische Teilgutachter führte aus, nachdem dem Beschwerdeführer im Dezember 2003 eine Palette auf die linke Schulter gefallen sei, sei es zu zunehmenden Wirbelsäulenschmerzen gekommen. Die bildgebenden Abklärungen hätten degenerative Wirbelsäulenveränderungen gezeigt. Neurologische Ausfälle seien nicht aufgetreten. Im Krankheitsverlauf habe sich eine Schwäche der linken Körperhälfte entwickelt. Die bisherigen Abklärungen hätten diesbezüglich keine wegweisend pathologischen Befunde ergeben. Auch die geklagte Inkontinenz für Urin und Stuhl hätten bisher nicht geklärt werden können. Urodynamische Untersuchungen seien soweit unauffällig gewesen ( Urk. 6/149/51).

Die Anamneseerhebung im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei nur sehr schleppend erfolgt. Der Beschwerdeführer gebe Gedächtnisstörungen an. Er habe daher eine Reihe von Fragen, insbesondere zur Krankheitsentwicklung, nicht beantworten können. Den direkten Augenkontakt zum Untersucher habe er während der gesamten Untersuchungsdauer vermieden ( Urk. 6/149/47). Anlässlich der Untersuchung seien die Hemisymptomatik links mit durchgehender Hypästhesie der linken Körperhälfte, teilweise diffuser Verteilung, sowie eine subjektive Schwäche im Bereich des linken Armes und linken Beines im Vordergrund gestanden. Jedoch seien die Untersuchungsbefunde sehr inkonstant. Beim Laufen biete der Beschwerdeführer ein deutlich hinkendes Gangbild. Der linke Arm werde mal mehr, mal weniger hin und her geschleudert ( Urk. 6/149/47). Indessen vermöge

der Beschwerdeführer den linken Arm auch normal zu bewegen ( Urk. 6/149/51-52 ). Das Laufen gelinge sowohl mit als auch ohne Gehstock ( Urk. 6/149/52). Klinisch zeigten sich seitengleiche Reflexe und keine Muskelatrophien. Die nach proximal zirkulär begrenzten Sensibilitätsstörungen seien von neurologischer Seite nicht zu erklären und sprächen für eine nichtorganische Genese. Beim Hinsetzen auf die Untersuchungsliege könne sich der Beschwerdeführer problemlos mit beiden Armen aufstützen. Zwischenzeitlich gestikuliere er mit den Armen unauffällig. Zum Ende der Untersuchung habe er den Reißverschluss seiner Jacke problemlos schliessen können. Während der Anamneseerhebung sei er zudem

wieder holt problemlos aufgestanden und herumgelaufen ( Urk. 6/149/52).

Aufgrund der neurologischen Untersuchung und dieser Beobachtungen ergäben sich aus neurologischer Sicht keine Hinweise für eine zentrale, periphere oder spinale Ausfallsymptomatik. Eine Funktionseinschränkung aufgrund von neurologischen Defiziten sei zu verneinen ( Urk. 6/149/52, 6/149/60). Auch die beschriebene Stuhl- und Urininkontinenz sei von neurologischer Seite nicht nachvollziehbar. Bei der Untersuchung habe der Beschwerdeführer Windeln getragen. Auf die Frage, ob die Windel nass oder mit Stuhl verschmutzt ist, habe der Beschwerdeführer geantwortet, dass diese sauber sei, er sei vor der Untersuchung kurz im Café gewesen und habe die Windel gewechselt. Diese Information sei nicht zu überprüfen, aber wenig wahrscheinlich. Von neurologischer Seite liege kaum eine schwere Inkontinenz vor ( Urk. 6/149/52). Im Weiteren erwähnte der Teilgutachter, dass der Beschwerdeführer - nebst einem weiteren Kind - ein acht Monate altes Kind habe. Sehr wahrscheinlich bestehe daher keine Erektions- und Ejakulationsstörungen, weshalb auch eine Cauda

equina -Symptomatik, wie sie von früheren Untersuchern angenommen worden sei, eher nicht vorliege ( Urk. 6/149/52). Zusammenfassend hielt der Teilgutachter fest, dass aufgrund von fehlenden objektivierbaren, fokal neurologischen Defiziten eine funktionelle Einschränkung zu verneinen sei. Mithin sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit auszugehen ( Urk. 6/149/53-54). 3.3.3

Im Rahmen der internistischen Teilbegutachtung gab der Beschwerdeführer an, er habe in den letzten Monaten 16 kg an Gewicht verloren infolge Appetitlosigkeit. Zudem klagte er, wie bereits anlässlich früherer medizinischer Untersuchungen, über unwillkürlichen Urin- und Stuhlabgang. Der internistische Teilgutachter hielt dazu fest, die vom Beschwerdeführer angegebene Urin- und Stuhl inkontinenz könne internistisch nicht erklärt werden. Aus internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer gesund und voll leistungsfähig ( Urk. 6/149/57+59). 3.3.4

Der orthopädische Teilgutachter hielt fest, die Nackenschmerzen und die demonstrierten abnormen Untersuchungsbefunde im Bereich der Halswirbelsäule könnten nur zu einem kleinen Teil auf die im MRI sichtbare Diskusprotrusion C6/7 mit leichter Unkarthrose und fraglicher Reizung der Nervenwurzel C7 links zurück geführt werden. Gleiches gelte für die lumbalen Schmerzen. Mittels MRI dokumentiert sei eine Diskusprotrusion L5/S1 mit leichter Kompression der Nervenwurzel L5 links bei Diskusprotrusion L4/5 und leichter Spondylarthrose ohne neurale Kompression. Dieser Befund könne aber das Ausmass der demonstrierten pathologischen objektiven Befunde und der subjektiven Reduktion der körperlichen Leistungsfähigkeit nur ungenügend erklären ( Urk. 6/149/10).

Die Frage nach der Veränderung des Gesundheitszustands seit der letzten Revision bejahte der Teilgutachter mit der Begründung, dass neu bei der Bandscheibenvorwölbung C6/7 mit leichter Unkovertebralarthrose eine fragliche Reizung der Nervenwurzel C7 links bestehe ( Urk. 6/149/12). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, als Magaziner, einer vorwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit verbunden mit häufig inklinierter und rotierter Körperhaltung und mit Heben und Tragen von bis zu mittelschweren Lasten, sei der Beschwerdeführer aufgrund der genannten Befunde zu 50 % eingeschränkt. Diese Einschätzung gelte zum Zeitpunkt der Begutachtung. Der vorangehende Zeitraum könne retrospektiv nicht eindeutig beurteilt werden, da nicht klar sei, seit wann die festgestellte fragliche Reizung der Nervenwurzel C7 links bestehe ( Urk. 6/149/12). Körperlich leichte,

wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ausübbar in temperierten Räumen, seien dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar ( Urk. 6/149/12). 3.3.5

Der psychiatrische Teilgutachter erklärte, nach einer schwierigen und unvollständigen Anamneseerhebung mit ungenauen Schilderungen der Beschwerden sowie ungenauen zeitlichen Angaben

könne bei zusätzlicher Aussenanamneseerhebung bei der Ehefrau von einer im Jahr 2010 eingetretenen Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes ausgegangen werden. Seither liege eine rezidivierende depressive Störung mit überwiegend mittelgradigen depressiven Episoden vor. Diese sei gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung mit Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Antriebsminderung, psychomotorischer Unruhe sowie negativistisch eingengtem Denken auf die körperlichen Beschwerden und soziale Situation. Der Beschwerdeführer äussere offensichtlich wiederholt Suizidgedanken bei mangelndem Lebenswillen, ohne Hinweise für eine suizidale Einengung. Hinzu kämen soziale Ängste mit völligem sozialem Rückzug. Er meide Kontakte mit Menschen, lebe völlig zurückgezogen und halte sich meist im Dunkeln seines Zimmers auf. Es bestehe angeblich eine Harn- und Stuhlinkontinenz. Deshalb schäme sich der Beschwerdeführer gegenüber den Mitmenschen. Er leide unter ausgeprägten Schlafstörungen, zeige keine Tagesstruktur und vernachlässige sich mit mangelnder Hygiene (Urk. 6/149/33). Der Beschwerdeführer wirke wiederholt in Gedanken versunken und abwesend. Im Zusammenhang mit seinem völlig eingengtem Denken komme es zu Aufmerksamkeitsstörungen, Konzentrations- sowie ausgeprägten Gedächtnisstörungen. Letztere seien als dissoziative Störungen aufzufassen (Urk. 6/149/32-33). Bei dissoziativen Störungen handle es sich um psychogene Störungen, denen unlösbare oder unerträgliche Konflikte oder gestörte Beziehungen zugrunde lägen (Urk. 6/149/34). Daneben zeige der Beschwerdeführer ausgeprägte Verhaltensauffälligkeiten, bewege sich mit Stockgehbehindert, mit auffallender bizarrer Körperhaltung und wiederholten bizarren Handbewegungen und weise demonstrativ auf seine Beschwerden hin (Urk. 6/149/34).

Da das psychische Zustandsbild durch eine depressive Störung nicht ausreichend zu erklären sei, könne beim Beschwerdeführer eine schwere Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom angenommen werden, verbunden mit Abhängigkeit gegenüber anderen, indem er sich

selbst vernachlässige mit der Überzeugung, schwer krank zu sein. Mit dem völligen sozialen Rückzug, der

sozialen Isolation, der Passivität, der fehlenden Motivation, den fehlenden Interessen, den starken KLAGEN und Affektstörungen biete er ein hilfloses Zustandsbild mit teils demonstrativem Verhalten (Urk. 6/149/34).

Aufgrund der schweren, quälenden Schmerzen mit Symptomausweitung liege überdies eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung vor. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode bestehe eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Der Beschwerdeführer verfüge nicht über ausreichende Ressourcen, um mit den Schmerzen umgehen zu können. Daneben lasse sich ein ausgeprägtes

sener sozialer Rückzug in allen Be langen des Lebens erheben. Der Beschwerdeführer pflege glaubhaft keine sozialen Kontakte , was auch von seiner Ehefrau bestätigt werde . Ein hoher primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufes bei miss glückter, psychisch aber entlastender Konfliktbewältigung liege nicht vor . Ein sekundärer Krankheitsgewinn könne hingegen angenommen werden ( Urk. 6/149/34).

Trotz regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung ver schlechtere sich der psychische Gesundheitszustand seit Jahren.

Aufgrund des bisherigen Verlauf s und der Persönlichkeitsänderung dürften auch teilstationäre oder stationäre Behandlungen keine wesentliche Besserung bringen ( Urk. 6/149/34). Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode , und der Persönlichkeitsänderung sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung das Vorliegen einer verwe rtbaren Arbeitsfähigkeit zu verneinen . Auch sei der Beschwerdeführer wegen seiner schweren Verhaltensauffälligkeiten einem Arbeitsumfel d nicht zumutbar ( Urk. 6/149/35). 3.3.6

Im Rahmen der Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der rez i divierenden Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode, der Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe ( Urk. 6/149/63-64). 4.

#### **E. 7.1**

Aufgrund des C.\_\_\_\_ -Gutachtens vom 30. Juni 2015 ist in somatischer Hinsicht eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustands ausgewiesen. Das Beschwerdebild hat sich in diagnostischer Hinsicht verändert, indem nunmehr ein Zervikalvertebralsyndrom bei Bandscheibenvorwölbung C6/7 mit leichter Unko verte bralarthrose und fraglicher Reizung C7 links besteht (Urk. 6/149/63; vgl. auch E. 3.3.1, 3.3.4 und 4.2 hiervor). Liegt in diesem Sinne ein Rückkommenstiel vor, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig fest gestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditäts schät zungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 u. E. 6).

#### **E. 7.2**

Gestützt auf das C.\_\_\_\_ -Gutachten ist, wie bereits unter E. 4.3 ausgeführt, auf grund der körperlichen Beeinträchtigungen von einer Einschränkung der Arbeits fähigkeit von 50 % in der bi sherigen Tätigkeit auszugehen . In einer leidensan gepassten Tätigkeit besteht eine volle Arbeitsfähigkeit. Eine rechtserhebliche Ein schränkung aus psychischen Gründen ist, wie unter E. 6 ausgeführt, nicht nach gewiesen. Von diesen Parametern ist im nachfolgenden Einkommensvergleich (E.

8) auszugehen. Anzuführen ist, dass die mit Eingabe vom 19. Juli 2018 eingereichten Arztberichte an diesem Ergebnis nichts ändern, da sie sich auf einen vom Beschwerdeführer am 28. Mai 2018 erlittenen Herzinfarkt beziehen (Urk. 11, 12/1-2). Vorliegend relevant ist indessen lediglich der Sachverhalt bis zum Zeit punkt der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2016 (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 129 V 167 E. 1). 8. 8.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität

und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 8.2

Die IV-Stelle setzte in der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Januar 2006 das Valideneinkommen gestützt auf die Angaben im Arbeitgeberbericht vom 21.

März 2005 auf Fr. 54'508.-- fest (Urk. 6/18/2, 6/24/4, 6/28/3). So ist auch hier zu verfahren. Diesen Betrag hochgerechnet vom Jahr 2004 auf das Jahr 2016 ergibt ein massgebendes Einkommen von Fr. 61'825.-- (Fr. 54'508.-- : 1974 [Index 2004] x 2239 [Index 2016]; vgl. dazu Bundesamt für Statistik, Tabelle T39, Entwicklung Nominallöhne 1976-2016). 8.3

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sind die Tabellenlöhne heranzuziehen, wie sie der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu entnehmen sind (vgl. BGE 126 V 76 E. 3b). Gemäss Tabelle TA1 der LSE 2014 beläuft sich der monatliche Bruttolohn für Männer beim Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) auf Fr. 5'312.-- (Zentralwert). In Berücksichtigung der im Jahr 2016 betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) und der Nominallohnentwicklung bis 2016 (2200 [Index 2014], 2239 [Index 2016]; vgl. dazu Bundesamt für Statistik, Tabelle T39, Entwicklung Nominallöhne 1976-2016) resultiert ein Einkommen von 67'631.-- (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41,7 : 2200 x 2239).

Praxisgemäss kann von dem anhand von LSE-Tabellenlöhnen ermittelten Invalideneinkommen unter bestimmten Voraussetzungen ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden. Dieser soll persönlichen und beruflichen Umständen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Rechnung tragen, welche negative Auswirkungen auf die Lohnhöhe der gesundheitlich beeinträchtigten Person haben können. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 126 V 75 und seitherige Entscheide). Vorliegend rechtfertigt sich insgesamt, wenn überhaupt, ein Abzug von höchstens 10 %. Damit ist von einem massgebenden Invalideneinkommen von Fr. 60'868.-- auszugehen.

Gemessen am Valideneinkommen von Fr. 61'825.-- resultiert mithin ein renten ausschliessender Invaliditätsgrad von 2 % (gerundet).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 9.

Die Gerichtskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

**E. 9**

S. 3).

Zumindest hinsichtlich der Depression ist vor diesem Hintergrund fraglich, ob die durchgeführte Therapie als konsequente Behandlung zu betrachten ist (Bundesgerichtsurteile 8C\_844/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2, 9C\_454/20

### **E. 13**

vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

Jedoch ist dazu relativierend zu bemerken, dass laut psychiatrischem

C.\_\_\_\_-Teilgutachter selbst bei einer konsequenten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung die Prognose ungünstig ist, da die bisherigen therapeutischen Massnahmen sich als wenig erfolgreich erwiesen hätten und eine schwere Persönlichkeitsänderung zu erheben sei (Urk. 6/149/39). 6.3

Unter dem Indikator „Komorbidität“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung - respektive der hier diagnostizierten Persönlichkeitsänderung und der rezidivierenden depressiven Störung - zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Die körperlichen Beeinträchtigungen wirken sich beim Beschwerdeführer zwar in der angestammten Arbeit aus, schränken seine Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aber nicht ein. 6.4

Im Zusammenhang mit dem Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers nach Ansicht des psychiatrischen C.\_\_\_\_-Teilgutachters primär durch seine

Persönlichkeitsstruktur negativ beeinflusst wird. Was die Befunderhebung anbelangt, vermochte der Teilgutachter indessen keine

Ich-Störungen, Auffassungs-, Denk- oder Wahrnehmungsstörungen festzustellen (Urk. 6/149/30). 6.5

Zum Komplex „sozialer Kontext“ kann in Bezug auf den Tagesablauf auf die Ausführungen unter dem Komplex

„Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ (E. 6.1 hiervor) verwiesen werden. Allerdings besteht das Problem, dass die Angaben des Beschwerdeführers nicht konsistent sind, worauf nachfolgend in E. 6.6

eingegangen wird. Überdies ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer doch regelmässig mit seiner Familie in die Ferien reist (Urk. 9 S. 3). Auch wenn das Tagesaktivitätsniveau des Beschwerdeführers eingeschränkt ist, so erhält er durch seine Einbettung in die Familie mit seiner Ehefrau und den beiden Kindern doch eine Tagesstruktur. Trotz des sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext damit bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Hinzuweisen ist sodann auf die Arbeitslosigkeit und die belastende finanzielle Situation (Urk. 6/149/65). 6.6

Beweisrechtlich entscheidend ist sodann der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der „Konsistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.4). In dieser Hinsicht fallen die Inkonsistenzen, Diskrepanzen sowie das überaus verdeutlichende Verhalten massgebend ins Gewicht. Bei d

en Untersuchungen präsentierte der Beschwerdeführer jeweils ein skurril anmutendes, scheinbar von Schmerzen gezeichnetes Gangbild, angeblich unfähig, gerade zu stehen ( Urk. 6/149/7+29+47 ). Sowohl dieses Zustandsbild als auch die angegebene

Hemisymptomatik links mit durchgehender Hypästhesie der linken Körperhälfte liess sich anhand der objektiv feststellbaren Befunde nicht erklären. Vielmehr vermag sich der Beschwerdeführer durchaus normal zu bewegen. Es zeigen sich seitengleiche Reflexe, Muskelatrophien fehlen, die Gestikulation mit den Armen ist zeitweise unauffällig und auch feinmotorisch bestehen keine Beeinträchtigungen, ist der Beschwerdeführer doch problemlos in der Lage, den Reissverschluss seiner Jacke zu schliessen. In der Untersuchung trägt er Windeln, doch ist die behauptete Stuhl- und Urininkontinenz aus Sicht der Gutachter in keiner Weise nachvollziehbar ( Urk. 6/149/58-60).

Nicht nur die demonstrierten Beschwerden und teilweise massiven Bewegungen sind klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel, sondern auch die weiteren Angaben des Beschwerdeführers, soweit sie überprüfbar sind. So erklärte er im Rahmen der internistischen Begutachtung, er habe in den letzten zwölf Monaten 16 kg an Gewicht verloren ( Urk. 6/149/55). Aus den Akten, insbesondere aus dem Vergleich mit dem Bericht des D. \_\_\_ vom 3. März 2014, ergibt sich jedoch, dass das Körpergewicht stabil blieb ( Urk. 6/131/4, 6/149/56). Im Rahmen der Begutachtung am Z. \_\_\_ im April 2008 respektive am

A. \_\_\_ im Dezember 2008 gab er an, seit Jahren leide er unter einer Erektionsunfähigkeit, es gebe keine Sexualität mehr ( Urk. 6/79/27+29,

6/96/19 ). Inzwischen ist er jedoch Vater einer weiteren Tochter geworden ( Urk. 6/149/45 ).

Der Umstand, dass die Angaben des Beschwerdeführers weitgehend nicht zu treffen, soweit sie überprüfbar sind, stellt auch die

Glaubhaftigkeit derjenigen Aussagen in Frage, die nicht überprüfbar sind. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchungen gab er etwa an, er vermöge sich nicht an sein Alter erinnern, könne keine Auskunft darüber geben, wie lange er verheiratet sei respektive wie lange er die Schule besucht habe ( Urk. 6/149/25+26+27 ). Ob es sich tatsächlich so verhält, lässt sich naturgemäss nicht überprüfen, erscheint aber wenig plausibel. Weiter stellte keiner der involvierten Gutachter eine mangelnde Hygiene beim Beschwerdeführer fest, obschon der Beschwerdeführer geltend macht, er vernachlässige sich ( Urk. 6/149/7+27+47+55 ). Überhaupt erscheint unverständlich, dass der Beschwerdeführer zwar über eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustands klagt, dazu aber wiederholt keine genaueren Angaben machen kann ( Urk. 6/149/24+45). Vor diesem Hintergrund ist die Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers derart zweifelhaft, dass seine Aussagen, auch jene den Tagesablauf betreffend, nicht mehr beweisbildend sind. 6.7

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgeprägter Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, publiziert in: Riemer-Kafka/ Hürzeler, Das indikatoren orientierte

Abklärungsverfahren, Zürich 2017, S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen

wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer steht seit 2005 in psychiatrischer Behandlung. Letztmals war er im Februar 2008 in stationärer Behandlung, seither, insbesondere im vorliegend interessierenden Zeitraum nach dem Revisionsgesuch vom 27. August 2014, aber nicht mehr. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht der Behandlungsintensität ohne stationäre Therapie nicht gesprochen werden. Im Weiteren erweist sich sein Verhalten, wie dargelegt, als inkonsistent. 6.8

Im Rahmen der Begutachtungen am C.\_\_\_\_ fand zunächst die psychiatrische Untersuchung (am 12. März 2015) und erst danach die somatischen (am 20. März 2015, 17. April 2015 und 24. April 2015) statt (Urk. 6/149/3). Die Konsensbeurteilung des

C.\_\_\_\_-Gutachtens enthält im Wesentlichen eine Zusammenfassung der Teilgutachten. Eine eigentliche Diskussion findet nicht statt. Dies wäre umso begrüssenswerter gewesen, als die psychiatrische Begutachtung vor den somatischen stattfand. Das Verhalten des Beschwerdeführers respektive seine Angaben waren primär in deren Rahmen überprüfbar. Um das verdeutlichende Verhalten wusste der psychiatrische Teilgutachter aber. Er wies denn auch darauf hin, dass das Verhalten teilweise inkonsistent sei und dass die Anamneseerhebung unter den ungenauen Angaben gelitten habe (Urk. 6/149/29+35). Trotz dieser Feststellung lässt er eine nähere Auseinandersetzung mit dem über weite Strecken grotesken Verhalten des Beschwerdeführers vermissen. Insbesondere fehlt eine Diskussion, ob dieses nicht einer Aggravation geschuldet ist.

Da die geltend gemachten Beeinträchtigungen zufolge somatischer Leiden von den Fachärzten des C.\_\_\_\_ nicht in diesem Ausmass nachvollzogen werden konnten und die mit der Begutachtung befassten Mediziner wiederholt und unmissverständlich von einer fehlenden Plausibilität sprachen, bleibt das Beschwerdebild in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen der psychischen Störungen, insbesondere auch aufgrund des Umstands, dass die Angaben des Beschwerdeführers, soweit sie überprüfbar sind, weitgehend nicht zutreffen, höchst fraglich und jedenfalls beweismässig als zu wenig gesichert, woran weitere Abklärungen nichts zu ändern vermöchten (antizipierte Beweiswürdigung). Die Annahme einer rechtserheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen scheitert demzufolge an der materiellen Beweislast des Beschwerdeführers (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_120/2017 vom 13. März 2018 E. 6.2). Anzumerken bleibt sodann, dass daran auch der eingereichte Bericht des D.\_\_\_\_ vom 16. Oktober 2017 (Urk. 9) nichts ändert, da sich daraus keine weiteren Erkenntnisse ergeben. 7.

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