

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00025 vom 29. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00025)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00025 du 29 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00025 del 29 giugno 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 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 Aufgabebereich 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 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen; vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_429/2017 vom 20. Dezember 2017 E. 2.2). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher 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**

4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

#### **E. 1.2.1**

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 Geburtsgebrechen, 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen ( vgl. BGE 139 V 547 E. 5 , 131 V 49 E. 1.2 , 130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus ( vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E.

### **E. 1.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C\_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall 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 Aktivitätenniveaus 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. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.3**

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).

### **E. 1.4**

).

Der psychiatrische Konsiliarius legte schlüssig dar, dass im Vergleich zum Jahr 2009 – unter Verweis auf einen Bericht de r

C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2009 – aus psychiatrischer Sicht eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Wohl wäre mit dem Zustand im Jahr 2007 zu vergleichen. Da jedoch die Ärzte de r

C.\_\_\_\_ – soweit es sich dabei um objektiv-eigene (klinische) Feststellungen und nicht bereits um eine Interpretation handelt – einen identischen Befund/Psychostatus erhoben und beide Male von einer Schmerzproblematik sowie einer depressiven Symptomatik ausgingen, muss im Jahr 2009 auf einen unveränderten Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht seit 2007 geschlossen werden. Dass die Diagnosen nicht gleich lautend ist nicht massgebend. Hierzu gilt es festzuhalten, dass massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung ist, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2).

Laut den Feststellungen von Dr. F.\_\_\_\_ lag bei der Begutachtung nunmehr ein nur minimales eingeschränkter Gesundheitszustand vor. Wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellte der Experte nicht fest. Er schloss sodann Störungen der Ich-Funktionen aus. Sodann stellte Dr. F.\_\_\_\_ keine Persönlichkeitsstörung oder Störungen fest, welche den Beschwerdeführer in der Selbstwahrnehmung, in seiner Affekt- oder in seiner Impulssteuerung oder im Antrieb beeinträchtigen würden (Urk. 11/79/20-21).

## **E. 2**

/

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich soweit verbessert, dass ihm die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiter ab Januar 2016 wieder zu 100 % zumutbar sei,

was einem IV-Grad von 0 % entspreche. Zwar habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verschlechtert, was eine akutspsychiatrisch stationäre Behandlung nach sich gezogen habe, dies sei jedoch als Reaktion auf den negativen Vorbescheid der Beschwerdegegnerin zu werten und begründe keine Verschlechterung, die länger wie drei Monate andauere (Urk. 2).

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer liess in seiner Beschwerde dagegen im Wesentlichen vorbringen, der Beschwerdeführer beziehe seit 1. Januar 2006 eine ganze Rente der Invalidenversicherung, welche zweimal bestätigt worden sei. Die Gutachter F.\_\_\_\_ / H.\_\_\_\_ kämen jedoch im Rahmen einer weiteren Revision zum Schluss, es habe nie eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Die Berichte der behandelnden Ärzte würden allerdings belegen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verändert habe. Die in die Vergangenheit zurückgreifende Beurteilung der Gutachter lasse Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen. Die neuesten stationären Einweisungen seien sodann unberücksichtigt geblieben (Urk. 1). 3. 3.1

Die Verfügungen vom 14. März 2007 (Urk. 11/29) und 16. Juli 2007 (Urk. 11/33) basierten in medizinischer Hinsicht auf den nachfolgenden Berichten: 3.1.1

Die Ärzte des B.\_\_\_\_ hielten im Bericht von 6. Dezember 2005 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 11/7/5): - lumbospondylogenes bis radikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 links bei - ausstrahlenden lumbalen Schmerzen in bd.

Inguinae und Segment L5 links mit leichter Beinhebeschwäche links - Dekompression und dorsale Spondylodese L5/S1 und Spondylodese L5/S1 am 28. Februar 2005 - Status nach lumboradikulärem Schmerz- und sensiblem Ausfallsyndrom L5/S1 links wegen Diskushernie L5/S1, links mit Neurokompression L5, Spondylarthrose L5/S1 (Februar 2005) - MRI Lendenwirbelsäule (LWS) 19. September 2005: regelrechte Lage des Spondylodeseinmaterials, keine Neurokompression

Der Beschwerdeführer habe - bis lumboradikuläre Schmerzen aufgetreten seien - bis im Januar 2005 als Lagerist gearbeitet. Laut neurochirurgischer Beurteilung sei er bis am 26. Oktober 2005 zu 50 % und vom 26. Oktober 2005 bis am 7. Dezember 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 11/7/5). 3.1.2

Im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2006 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/13) wird berichtet, zusätzlich zu den bereits genannten Diagnosen (vgl. E. 3.1.1) bestehe ein dringender Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, unter anderem im Rahmen einer depressiven Episode; dies seit Januar 2005. Der Beschwerdeführer sei vom 1. bis 8. Mai 2005 zu 100 %, vom 8. bis 9. Mai zu 50 % und vom 26. Oktober 2005 bis 17. Januar 2006 zu 100 % arbeitsunfähig zu erachten (Urk. 11/13/3). Aufgrund der Chronifizierung der Rückenschmerzenproblematik und der zusätzlich zu befürchtenden Schmerzverarbeitungsstörung sei die Prognose derzeit als eher ungünstig zu beurteilen. Trotz Fortsetzung der physiotherapeutischen Übungen werde von den Kollegen der Neurochirurgie auf absehbare Zeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Wegen der zu befürchtenden Schmerzverarbeitungsstörung werde derzeit eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung durchgeführt (Urk. 11/13/5). 3.1.3

Dem Bericht des B.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2006 zu Händen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 11/14) kann entnommen werden, beim Beschwerdeführer bestünden links seitige Lumboischialgien, die in der Folge eines Stosses mit einer Palette am Rücken aufgetreten seien. Am 26. Januar 2006 hätten sich die Beschwerden erheblich verschlechtert nach einem Sprung aus etwa einem Meter Höhe. Mittels einer stationären konservativen Therapie hätten die Beschwerden nicht gebessert

werden können. Es seien Zeichen einer erheblichen Schmerzverarbeitungsstörung deutlich geworden, so dass eine psychiatrische Mitbetreuung erfolgt sei. Seine Arbeit als Lagerist werde der Beschwerdeführer nicht mehr aufnehmen können, es seien Umschulungsmassnahmen in Erwägung zu ziehen ( Urk. 11/14/2). 3.1.4

Die Ärzte der C.\_\_\_\_ hielten im Bericht vom 28. Juni 2006 zu Händen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 11/16) folgende psychiatrischen Diagnosen fest: Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und Angst (ICD-

#### **E. 4**

). Zuletzt war er vom 15. Januar 2001 bis am 30. September 2005 als Aushilfs-Lagermitarbeiter für die Y.\_\_\_\_ angestellt ( Urk. 11/1, Urk. 11/64). Am 28. November 2005 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte – unter Hinweis auf einen am 28. Januar 2005 erlittenen Unfall und einer daraus resultierenden Diskushernie – bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von IV-Leistungen an ( Urk. 11/2). Nach der Vornahme erwerblicher ( Urk. 11/6, Urk. 11/12) und medizinischer ( Urk. 11/7, Urk. 11/13-14, Urk. 11/16-17) Abklärungen auferlegte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ eine Schadenminderungspflicht (Inanspruchnahme einer intensiven, antidepressiven Psychopharmakotherapie sowie einer Psychotherapie ; Urk. 11/19) und sprach ihm mit Verfügung vom 14.

März 2007 sowie 16. Juli 2007 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2006 eine unbefristete ganze Rente der Invalidenversicherung zu ( Urk. 11/29, Urk. 11/33).

#### **E. 4.1**

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob eine Änderung im anspruchserheblichen Sachverhalt eingetreten ist. Zeitliche Vergleichsbasis bilden dabei die Verfügungen vom 14. März 2007 und vom 16. Juli 2007, mit welchen dem Beschwerdeführer rückwirkend mit Wirkung ab 1. Januar 2006 eine ganze Rente zugesprochen wurde (Urk. 11/29, Urk. 11/33). Zur Diskussion steht insbesondere, ob bezüglich des laut Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2016 (E. 3.2.2) damals bestehenden psychischen Zustandsbilds eine massgebliche Besserung eingetreten ist.

#### **E. 4.2.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Auffassung, wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Rentenverfügungen vom 14. März 2007 und vom 16. Juli 2007 verbessert habe und ihm die bisherige sowie auch eine angepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar sei, auf das Gutachten der Dres. H.\_\_\_\_ / F.\_\_\_\_ vom 16. März 2016.

#### **E. 4.2.2**

Das bidisziplinäre

Gutachten der Dres . F.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ vom 1 6. März 2016 , ergänzt durch die Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters v om 2. April 2016 (Urk. 11/84), ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfas send, beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (rheumatologisch, psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers aus einander. Sie legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvoll ziehbar. Das bidisziplinäre Gutachten erfüllt daher grundsätzlich die rechtspre chungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Stellungnahme (vgl. E.

#### **E. 4.2.3**

Das

Vorbringen des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten sich in nicht nach vollziehbarer Weise auch rückwirkend zum Verlauf und dem Beginn der Arbeits unfähigkeit geäussert , vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. Ob die Rentenzusprache aus dem Jahre 2007 richtig war, kann offen bleiben, da Streitgegenstand vorliegend die Rentenaufhebung pro futuro ist. In diesem Zusammenhang legte Dr. F.\_\_\_\_ den Unterschied der damaligen und aktuellen Befundlage nachvollziehbar dar (E. 3.2.4).

#### **E. 4.2.4**

Aus dem beschwerdeweise aufgelegten Bericht de r

C.\_\_\_\_ vom 1 3. Dezember 2016 (E. 3.2.9) respektive demjenigen von Dr. L.\_\_\_\_ vom 2 9. November 2016 (E. 3.2.8)

kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, da die Hospitali sierung nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2 4. November 2016 erfolgte und die angefochtene Verfügung die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis bildet (BGE 134 V 392 E. 6) .

Nicht nur die Beurteilungen der Gutachter lassen entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auf eine deutliche Verbesserung des psychischen Zustands bil des schliessen: Selbst laut den Feststellungen der Ärzte de r

C.\_\_\_\_ und der M.\_\_\_\_ liegt zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine depres - sive Symptomatik und auch keine Anpassungsstörung mehr vor ( Urk. 3/3-4, Urk. 3/7-8). Die Gutachter sowie auch die behandelnden Ärzte gehen allesamt vom Vor liegen einer chronischen Schmerzstörung aus. Die von Dr. L.\_\_\_\_ aufgeführten Diagnosen einer chronischen halluzinatorischen Psychose, einer generalisierten Angststörung und einer rezidivierenden depressiven Störung sind nur schon des halb nicht nachvollziehbar, da diese laut den Angaben von Dr. L.\_\_\_\_ bereits seit dem Jahr 2005 vorgelegen haben sollen, was weder den Berichten aus der Zeit der Rentenzuspache , noch dem bidisziplinären Gutachten zu entnehmen ist. Kommt hinzu, dass das Unfallgeschehen (der Beschwerdeführer wurde von einem Gebinde am Rücken und der linken Seite getroffen und sprang anschliessend von einem Meter auf den Boden; vgl. Urk. 11/13/4) wenig eindrücklich war. Da Dr. L.\_\_\_\_ auch keinen nachvollziehbaren Psychostatus erhob und die Diagnose stellungen ebenso wenig schlüssig begründete, vermag der Beschwerdeführer aus dem Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 7. November 2016 nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Ausserdem schloss der Gutachter das Vorliegen einer Angststörung sowie die Pathologie der anamnestisch

geklagten Halluzinationen ausdrücklich aus und stellte die Remission der Depressivität eindeutig fest ( Urk. 11/79/20).

Gegenüber dem Gutachter hat der Beschwerdeführer zwar von Intrusionen und Flashbacks in Zusammenhang mit seinem Spitalaufenthalt im Jahr 2005 berichtet. Der psychiatrische Konsiliarius stellte beim Beschwerdeführer jedoch keine affektive Beteiligung, kein erhöhtes Arousal und kein andauerndes Gefühl des Betäubtseins fest. Dr. K.\_\_\_\_ stellte klinisch-neurologisch keine pathologischen Befunde fest (E. 3.2.6).

Im Bericht der M.\_\_\_\_

(E. 3.2.5) werden neben der somatoformen Schmerzstörung zusätzlich akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) genannt. Diese vermögen als Z-Diagnosen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1) , genauso wenig wie eine Verdachtsdiagnose (generalisierte Angststörung), welche ohnehin durch den psychiatrischen Gutachter ausdrücklich ausgeschlossen wurde.

Was die Sprech- und Sprachstörung anbelangt, so wurde eine solche von

Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_

zwar festgestellt und es wurde festgehalten, diese trete seit August 2016 auf (E. 3.2.6-3.2.7) . Dass die Sprach- und Sprechstörung aber neben gewissen Kommunikationsschwierigkeiten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat, wird nicht ausgeführt und wäre auch nicht nachvollziehbar. So machte denn auch die M.\_\_\_\_ mit Bericht vom 22. August 2016 noch keine derartigen Feststellungen (E. 3.2.5). Anzuführen bleibt lediglich , dass auch die Gutachter Verständigungsschwierigkeiten feststellten und diese zu Recht – neben weiteren Faktoren – als psychosozial, also IV-fremd, einstuften .

#### **E. 4.2.5**

Da – wie bereits erwähnt (E. 4.2.4) – der Erlass des angefochtenen Entscheids rechtsprechungsgemäss die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet, sind nur diejenigen tatsächlichen Umstände zu berücksichtigen, die sich bis zu jenem Zeitpunkt ereignet haben. Der Bericht der A.\_\_\_\_ vom 6. März 2017 ( Urk. 8), der Bericht des B.\_\_\_\_ vom 16.

Mai 2017 ( Urk. 14), die Stellungnahme von Dr. L.\_\_\_\_ vom 14. März 2018 (Urk. 16/1) und ärztliches Attest von Dr. I.\_\_\_\_ vom 16. März 2018 ( Urk. 16/2) sind deshalb grundsätzlich unbeachtlich. 4. 3

Die Rentenzusprache im Jahr 2006 erfolgte laut den Berichten des N.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2006 sowie 15. Februar 2006 (E. 3.1.2-3.1.3) nicht aus somatischen Gründen. In den genannten Berichten wird zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, es ergibt sich jedoch daraus, dass sich diese Angabe nicht auch auf eine angepasste Tätigkeit bezieht, zumal festgehalten wird, dass beim Beschwerdeführer – sollte er seine Arbeit als Lagerist nicht mehr aufnehmen können – Umschulungsmassnahmen zu prüfen seien ( Urk. 11/14/2) und dass zur Evaluierung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Arbeitsbelastbarkeit die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zu empfehlen sei ( Urk. 11/13/5), was dafür spricht, dass aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit lediglich

in der bisherigen Tätigkeit als aufgehoben erachtet wurde und die Rentenzusprache gestützt auf psychiatrische Gründen erfolgte (vgl. die Berichte der C.\_\_\_\_ und der D.\_\_\_\_ [E. 3.1.4-3.1.5] ).

Wie bereits ausgeführt, erscheint eine Verbesserung des psychiatrischen Gesundheitszustands aufgrund des insoweit überzeugenden psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. F.\_\_\_\_ ausgewiesen. Damit ist in der festgestellten (Befund-) verbesserung eine rechtserhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen zu erblicken. Diese ist geeignet, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Mithin ist ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG zu bejahen und der Invaliditätsgrad neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 140 V 9) .

#### **E. 4.4**

##### **4.4.1**

Hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stellte die Gutachter in in rheumatologischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest, sondern ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer HWS- und LWS-schonenden Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis zu 10 kg und ohne Rückenbelastungen aus (E. 3.2.1) . Diese Beurteilung erscheint aufgrund der erhobenen somatischen Befunde nachvollziehbar und überzeugend und wurde im Übrigen auch nicht bestritten. 4.4.2

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte aufgrund der aktuellen Befundlage eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41), welche ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seien .

##### **E. 4.4.3**

Die aus den gutachterlich festgestellten psychischen Beeinträchtigungen resultierende Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (vgl. E. 1.2):

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass die depressive Störung remittiert ist und die somatoforme Schmerzstörung nicht als ausgeprägt erscheint. Der psychiatrische Gutachter bezeichnete den Gesundheitsschaden als minim und kategorisierte die Diagnose als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die funktionellen Einschränkungen im Alltag wurden nicht als derart einschneidend beschrieben, dass von einer besonderen Ausprägung ausgegangen werden könnte. So hat der Beschwerdeführer einen strukturierten Alltag, er führt

in einer Begegnungsstätte Schnitzerei- oder Specksteinarbeiten aus, kümmert sich um seine Kinder und unternimmt Spaziergänge ( Urk. 11/79/12-13) .

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder –resistenz“ ist vorwegzuschicken, dass in Bezug auf die Therapie der Schmerzstörung respektive der depressiven Symptomatik es gesamthaft betrachtet an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten fehlt, ist der Beschwerdeführer doch erst seit Anfang September 2016 in fachärztlicher Behandlung ( Urk. 11/110/1). Noch im Jahr 2008 nahm der

Beschwerdeführer laut den Angaben der

C.\_\_\_\_ alle zwei bis drei Wochen eine psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung in Anspruch ( Urk. 11/43/5 , Urk. 11/ 52/2-3 ). Zum Zeitpunkt der interdisziplinären Begutachtung im Jahr 2016

stand der Beschwerdeführer zweimal monatlich in psychotherapeutischer Behandlung beim Psychologen lic . p hil. G.\_\_\_\_ . Dies ist zwar nicht als konsequente

Behandlung der Schmerzen respektive der depressiven Symptomatik zu erachten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1) . Dennoch erzielte der Beschwerdeführer durch diese Behandlung Erfolge, was zur Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands, respektive zur Remission der depressiven Symptomatik führte. Laut den Feststellungen des psychiatrischen Gutachters gab es keine stationären Notfalleinweisungen ( Urk. 11/79/20).

Der Beschwerdeführer hat demnach die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu keiner Zeit voll ausgeschöpft.

Als „Komorbiditäten“ bestehen keine massgeblichen Gesundheitsschäden. Die somatischen Beeinträchtigungen aufgrund der LWS- und HWS-Beschwerden wirken sich lediglich auf das zumutbare Belastbarkeitsprofil aus .

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer ist verheiratet und Vater von zwei Kindern. Er wohnt zu Hause zusammen mit seiner Familie und kümmert sich zusammen mit seiner Frau um seine Kinder. Sodann stellt er Holzschnitzerei -Waren in einer therapeutischen Mal-Werkstatt her und ist mit dem Chef dieser Stätte befreundet. Er geht täglich dorthin und hat dort einen Ort der sozialen Kommunikation gefunden (Urk. 11/79/8-9, Urk. 11/79/8, Urk. 11/79/21).

Damit ist kein sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren (vgl. Urk. 11/79/22) .

In der Kategorie „Konsistenz“ fällt auf, dass das Aktivitätsniveau laut den Feststellungen des Gutachters im Alltagsleben nicht so erheblich eingeschränkt ist , wie die subjektiv beklagten Beschwerden des Beschwerdeführers es erwarten liessen. Er hat soziale Kontakte und einen strukturierten Alltag , wo er gut eingebunden ist. Dies spricht gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag.

Sodann stellte der Gutachter eine deutliche Selbstlimitierung und multiple psychosoziale und soziokulturelle Faktoren fest ( Urk. 11/79/21). Auch die rheumatologische Expertin stellte in der klinischen Untersuchung mehrfach Diskrepanzen zu den geklagten Beschwerden fest (E. 3.2.3) . Mit Blick auf die bisherigen Behandlungs- und Eingliederungsbemühungen ist sodann nicht auf einen erheblichen psychischen Leidensdruck zu schliessen (vgl. auch Urk. 11/79/20) . Bisherig erfolgte

entsprechend der gutachterlichen Feststellung weder eine störungsspezifische multimodale schmerztherapeutische Behandlungsmassnahme noch eine fachärztliche psychiatrische Therapie (Urk. 11/79/22) . 4. 5

Insgesamt erscheinen die funktionellen Auswirkungen der laut dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung bei den Dres . F.\_\_\_\_ / H.\_\_\_\_ bestehenden Schmerzen anhand der Standardindikatoren nicht schlüssig und wider spruchsfrei mit zumindest

überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Vielmehr überwiegen die Gründe, die dafür sprechen, dass die von ihm geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit anders begründet ist als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung.

Abgesehen davon wies der psychiatrische Gutachter mehrfach darauf hin, dass psychosoziale Faktoren sowohl bei der

Rentenzusprache

als auch bei der Begutachtung vorzulegen hätten (E. 3.2. 2), was ebenfalls gegen eine invalidisierende Wirkung der Schmerzstörung spricht. 4. 6

Für den Zeitpunkt der bidisziplinären Begutachtung ist daher das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Leidens zu verneinen. 4. 7

Gestützt auf die überzeugenden gutachterlichen Feststellungen ist demnach davon auszugehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Drs. H. \_\_\_ und F. \_\_\_ in einer (den somatischen Beschwerden Rechnung tragenden) angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestand. Hinweise dafür, dass sich seither bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergeben hätte, liegen nicht vor.

5.

Bei 100%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit – wobei die bisherigen Tätigkeiten als Lagermitarbeiter oder Chauffeur laut den Experten als Verweistätigkeit erachtet werden kann – kann ohne weiteres angenommen werden, dass der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte. 6.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle - 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 dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

#### **E. 6**

). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In je dem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 8**

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

#### **E. 10**

F43.22) sowie chronifizierte Schmerzstörung ( Urk. 11/16/1). Aufgrund der raschen Ermüdbarkeit, der Antriebsstörung, der verminderten Stresstoleranz und der kognitiven Einschränkung auf die Schmerzproblematik bestehe zurzeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, wobei jedoch eine Beurteilung der tatsächlichen Leistungsfähigkeit in einem Arbeitsversuch mit mindestens 4-5 Stunden zumutbarer Präsenz festgestellt werden müsste. Die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sollte aus somatischer Sicht beurteilt werden, da das depressive Zustandsbild eine Folge der missglückten Anpassung an die veränderten Lebensumstände und die rheumatologische Erkrankung darstelle ( Urk. 11/16/2) . 3.1.5

Die Ärzte der D.\_\_\_\_ gingen im Bericht vom 11. August 2006 zu Händen der psychiatrischen Poliklinik (Urk. 11/17) von denselben Diagnosen wie die

C.\_\_\_\_ aus und attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von weiterhin 100 % (Urk. 11/17/2).  
3.1.6

Die für den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD)

tätige Dr. med. E.\_\_\_\_, hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Dezember 2006 fest (Urk. 11/18/4-5), die vorliegenden Berichte und die dargelegten objektiven Befunde liessen aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter als möglich erscheinen. Das vorliegende psychiatrische Krankheitsbild sei derzeit in einem labilen Zustand, so dass aus psychiatrischer Sicht aktuell keine beruflichen Massnahmen sinnvoll erschienen (Urk. 11/18/4-5). Am 5. Januar 2007 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, die Restarbeitsfähigkeit betrage 0 % (Urk. 11/18/5). 3.2

Im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. November 2016 (Urk. 2) präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt: 3.2.1

Der bidisziplinären Zusammenfassung der Gutachter Dr. med. Christine H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, und Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und FMH Neurologie, vom 16. März 2016 (Urk. 11/82) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: - keine psychiatrische Diagnose - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Halswirbelsäule (HWS) bei - degenerativen Veränderungen mit osteodiskalen

Forameneinengungen C5/C6 links und C6/C7 links mit deutlichem Kontakt zu den Nebenwurzeln C6 links und C7 links mit Verdacht auf Kompression (MRI Mai 2012) - ohne radikuläre Zeichen - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - kongenitaler Spondylolyse LWK 5; 28. Februar 2005: lumbale Operation mit mikrochirurgischer Fenestration L5/S1 mit Diskektomie L5/S1 bei mediallateraler Diskushernie L5/S1 und interkorporelle Fusion L5/S1 mit normaler Beweglichkeit des Segments L4/L5 ohne pathologisches Gleiten (funktionelles Röntgen im Oktober 2005) und guter Lage des intakten Spondylodese-Materials mit gering zunehmenden interkorporalen Durchbauungszeichen mit geringen degenerativen Veränderungen ohne spinale oder foraminale Stenose (CT Februar 2016), - ohne radikuläre Zeichen

Zur Arbeitsfähigkeit aus bidisziplinärer Sicht hielten die Gutachter fest, in einer HWS- und LWS-schonenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer bezogen auf ein Pensum von 100 % zu 100 % arbeitsfähig. Dabei könne er mit Lasten bis zu 10 kg hantieren. In einer angepassten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden, eine besonders rückenbelastende Tätigkeit habe er nie andauernd ausüben können, denn die Spondylolyse LWK 5 sei angeboren (Urk. 11/82). 3.2.2

Prof. Dr. F.\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 23. Januar 2016 (Urk. 11/79) fest, bei der Begutachtung hätten erneut Klagen des Beschwerdeführers über chronische Schmerzen ganz im Vordergrund gestanden. Zudem beklagte der Beschwerdeführer ausgeprägte Eheprobleme mit einem chronischen Ehekonflikt, weshalb er sich sehr ungern in der Häuslichkeit aufhalte. Er habe von Intrusionen und Flashbacks im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt im Jahr 2005 berichtet, wobei eine affektive Beteiligung nicht erkennbar gewesen sei. Ebenso habe kein erhöhtes Arousal und kein andauerndes Gefühl des Betäubtseins bestanden. Diagnostisch könnten diese Angaben

nicht eingeordnet werden. Affektiv habe sich ein dysphorischer Affekt im Zusammenhang mit der Eheproblematik gefunden, ansonsten hätten keine Psychopathologika bestanden, welche die Diagnose einer Depression auf der Grundlage eines international anerkannten psychiatrischen Klassifikationsschemas rechtfertigen würde. Der Beschwerdeführer sei in der Grundstimmung indifferent gewesen. Er sei bezüglich seiner Arbeit in der Mal-Werkstatt begeisterungsfähig und habe Freude darüber ausgestrahlt. Der Antrieb habe sich ungestört gefunden. Es könne von einer Remission einer depressiven Störung ausgegangen werden (ICD-10 F33.4). Der Beschwerdeführer beklage ein Ganzkörperschmerzsyndrom mit hoher Intensität, welches unter psychosozialer Belastung aufgetreten sei. Ebenso habe der Beschwerdeführer angegeben, dass die subjektive Schmerzintensität in Abhängigkeit von psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren stehe. Analgetika würden nur zu einer mässigen Reduktion des Schmerzlevels führen. Es bestehe ein somatisches Krankheitskonzept. Der Schmerzaffekt sei dysthym. Ein Leidensdruck sei nicht spürbar. Hingegen hätten sich Hinweise auf ein Vermeidungsverhalten und eine Selbstlimitation gefunden. Die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung sei damit zu bestätigen. Es sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diagnostizieren (ICD-10 F45.41). Hinweise für Bewusstseinsverluste seien aktuell objektiv nicht gegeben. Es gebe keine stationären Notfalleinweisungen und keine Fremdbeobachtungen, so dass davon auszugehen sei, dass aktuell diesbezüglich keine Störung von Krankheitswert vorliege. Auch bestünden aktuell keine psychopathologischen Hinweise auf eine generalisierte Angststörung. Aus psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass im Abgleich mit dem von der C.\_\_\_\_

im Jahr 2009 berichteten Psychostatus ein deutlich gebesserter psychischer Gesundheitszustand vorliege. Dies sei sicherlich der guten psychotherapeutischen Arbeit von Herrn G.\_\_\_\_ zu verdanken. Diagnostisch könne aktuell nur eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden (ICD-10 F45.41), an welche eine gewisse Adaption bestehe. Aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht liege nur ein minimaler Gesundheitszustand (richtig wohl: Gesundheitsschaden) vor, ohne wesentliche Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 11/79/19-20). In der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf Gesundheitsstörungen beruhen und ebensolchen, die nicht versicherte Faktoren betreffen, seien dabei eine deutliche Selbstlimitierung des Beschwerdeführers sowie psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren (unzureichende Sprachkenntnisse, unzureichende Ausbildung, wirtschaftliche Probleme [Schulden], protrahierter Ehekonflikt) zu benennen, welche im Vordergrund des psychopathologischen Bildes stünden. Diese IV-fremden Faktoren seien bei der Rentenzusprache nicht von krankheitsbestimmenden Fähigkeitsstörungen korrekt getrennt worden und hätten bei Berücksichtigung bereits damals zu einer anderen Beurteilung aus gutachterlicher Sicht führen müssen. Dies erkläre auch neben der objektiv feststellbaren Verbesserung des psychopathologischen Bildes die Differenzen in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Beim Beschwerdeführer seien keine vorbestehenden Störungen der Ich-Funktionen zu beschreiben, die eine persönlichkeitsbedingte Einschränkung der Krankheitsverarbeitung rechtfertigen würden. Es sei bei unauffälliger neurosenbiografischer Anamnese des Beschwerdeführers in der Entwicklungsbiografie, bei regelrechtem schulischem Verlauf und Ausbildung im Heimatland nicht von einer

Persönlichkeitsstörung auszugehen. Psychiatrische Störungen lägen nicht vor, welche den Beschwerdeführer in der Selbstwahrnehmung, in seiner Affekt- und Impulssteuerung oder im Antrieb nachhaltig limitieren würden. Er habe mit seinen handwerklichen Fähigkeiten durchaus noch persönliche Ressourcen, die er auf dem Arbeitsmarkt einbringen könnte. Aktuell könne ein sekundärer Krankheitsgewinn nicht ausgeschlossen werden (Transferleistungen statt Arbeit) (Urk. 11/79/21-22) . 3.2.3

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 10. März 2016 von Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 11/81) wurde festgehalten, in der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. Es bestehe ein Schmerzstöhnen, welches bei Ablenkung verschwinde. Der Beschwerdeführer zeige ein Zucken bei sanfter Berührung, was bei Ablenkung nicht da sei. Die Untersuchung des Bewegungsapparates werde durch Gegenspannung erschwert. Der normale Gang sei unauffällig, wie auch der Zehen- und Fersengang. Die Beweglichkeit der LWS und Beckenwirbelsäule könne wegen Gegenspannung nicht geprüft werden. Bei der direkten Prüfung der Beweglichkeit der HWS zeige der Beschwerdeführer deutliche Einschränkungen. Bei Ablenkung bewege er die HWS normal. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich, Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. In der Dolorimetrie seien alle 18 Tender-Points sowie alle acht Kontrollpunkte

pathologisch. Dies entspreche einem pathologischen Dolorimetrie-Befund im Sinne einer Schmerzausweitung. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz des Übergewichts eine erfreulich grosse Muskelmasse von 55 %, welche den Normalwert von 40 % weit übertreffe. Eine langandauernde körperliche Schonung, wie sie der Beschwerdeführer berichte, könne daraus nicht abgeleitet werden. Drei der vier an beiden Beinen gemessenen Umfänge seien beidseits gleich. Der vierte Beinumfang am Oberschenkel sei links einen halben Zentimeter grösser als rechts. Ein lang andauernder Mindergebrauch des linken Beines gegenüber dem rechten Bein wegen Kraftlosigkeit vor allem links, wie es der Beschwerdeführer berichte, könne daraus nicht abgeleitet werden. Die MRI-Untersuchung der HWS vom Mai 2012 zeige osteodiskale Einengungen C5/C6 links und C6/C7 links mit deutlichen Kontakten zur Nervenwurzel C6 links und C7 links mit möglicher Kompression. Diese Befunde seien nicht besonders gravierend, hätten aber Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die funktionelle Röntgenuntersuchung der LWS vom Oktober 2005 zeige stabile Befunde mit normaler Beweglichkeit des Segments L4/L5 ohne pathologisches Gleiten. Die CT-Untersuchung der LWS vom Februar 2016 habe, wie alle vorangegangenen postoperativen bildgebenden Untersuchungen, gute postoperative Befunde mit guter Lage des intakten Osteosynthesematerials und nur geringe degenerative Veränderungen ohne Hinweise auf neu aufgetretene spinale oder foraminale Stenosen ergeben

(Urk. 11/81/53). Der Beschwerdeführer habe sodann bei der weiteren Untersuchung angegeben, seit längerem statt des Beruhigungsmittels Temesta das muskelentspannende Lyrica zu verwenden. Den noch sei kein Lyrica in der Haaranalyse vorhanden gewesen. Offensichtlich sei diese Angabe falsch gewesen. Aufgrund der Urinuntersuchung könne seine Angabe, dass er das Beruhigungsmittel Temesta oder auch andere Psychopharmaka nicht mehr verwende, stimmen. Der Beschwerdeführer berichte sodann, dass er nur 300 bis 400 Meter weit gehen könne, wegen der zunehmenden lumbalen Beschwerden. Er habe ebenso berichtet, vor der gutachterlichen Untersuchung von seinem Wohnort zum Bahnhof innert sieben Minuten 700 Meter zu Fuss gegangen zu sein. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer beim Ausziehen der Socken auf der Untersuchungsliège spontan den

Langsitz eingenommen, was einem beidseits normalen Lasègue entspreche. Diskrepanz dazu sei, dass er unmittelbar nach der Prüfung des Lasègue beidseits ab 30° über starke Schmerzen geklagt habe. Hier bestehe eine Verdeutlichungstendenz ( Urk. 11/81/54).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. H. \_\_\_ fest, beim Beschwerdeführer bestünden strukturelle Veränderungen im Bereich der HWS und der LWS, welche seine Leistungsfähigkeit einschränkten. Er könne jedoch eine angepasste Tätigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %

zu 100 % ausüben ( Urk. 11/81/54). Die angestammte Tätigkeit als Chauffeur sei angepasst, sofern er dabei keine Lasten über 10 kg tragen müsse. Dasselbe gelte für seine Tätigkeit als Lagerhilfsarbeiter ( Urk. 11/81/56). 3.2.4

Zu den Rückfragen der Beschwerdegegnerin zum bidisziplinären Gutachten, nahm Dr. F. \_\_\_ am 2. April 2016 Stellung ( Urk. 11/84). Er führte auf die Frage zum Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustands aus, es sei vom Datum der psychiatrischen Untersuchung auszugehen. Gemäss IV-Dossier sei beim Beschwerdeführer am 28. Mai 2009 eine IV-Abklärung erfolgt. Dort hätten sich psychopathologisch eine Antriebsstörung, eine verminderte Stresstoleranz und kognitive Einschränkungen gefunden. Der Beschwerdeführer sei rasch ermüdbar gewesen und es hätten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden. Ein beruflicher Wiedereinstieg sei kaum vorstellbar gewesen. Es seien aus psychiatrischer Sicht die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) gestellt worden. Die Diagnosen, welche der Psychotherapeut des Beschwerdeführers im Bericht vom 7. Juli 2014 gestellt habe, seien mangels Psychostatus nicht nachvollziehbar. Gleiches gelte für den Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers med.

Dr. I. \_\_\_ vom 3. September 2014. Weitere psychiatrische Dokumentationen seien im IV-Dossier nicht enthalten und seien dem Gutachter im Rahmen der Begutachtung nicht zur Kenntnis gelangt. Zusammenfassend könne nur ein Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2009 erfolgen, da alle anderen medizinischen Dokumentationen keinen Psychostatus enthielten (Urk. 11/84/2). 3.2.5

Im beschwerdeweise eingereichten Bericht des J. \_\_\_ vom 22. August 2016 zu Händen der C. \_\_\_ ( Urk. 3/4) hielten die Klinikärzte des J. \_\_\_

folgende Diagnosen fest ( Urk. 3/4 S. 1) :

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1 ) , chronische s  
lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom bei - Status nach Spondylodese L5/S1 bei Spondylose mit Diskushernie L5/S1, chronische Cervikobrachialgie linksseitig bei Foramenstenose C6 und C7 links mit möglicher Wurzelkompression - vermeidende und anankastische  
Persönlichkeitsakzentuierung - Verdacht auf generalisierte Angststörung - benigne  
Prostatahyperplasie

Dem Bericht ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei am 26. Juli 2016 ein- und am 18. August 2016 wieder ausgetreten ( Urk. 3/4 S. 2). Beim Beschwerdeführer bestehe eine chronische Schmerzstörung seit dem Erleiden des Arbeitsunfalles 2011, entsprechend einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einhergehend mit Ängsten sowie optischen

und akustischen Halluzinationen. Zudem habe ein ausgeprägtes Hyperarousal mit Reizbarkeit, Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen, Konzentrationsschwierigkeiten, übermässige Wachsamkeit und übertriebene Schreckreaktionen auf. Zunächst habe man an eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gedacht, wobei formal die Kriterien nicht gänzlich erfüllt seien (Urk. 3/4 S. 3). Eine berufliche Reintegration im freien Arbeitsmarkt erscheine anhand der Beobachtungen im Alltag mit Limitationen durch Schreckhaftigkeit/Ängste, Schmerzexazerbationen und den Halluzinationen insgesamt wenig realistisch. Hingegen erscheine eine Tätigkeit in einer geschützten Werkstatt schon aus therapeutischen Gründen sehr empfehlenswert (Urk. 3/4 S. 4). 3.2.6

Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Neurologie, hielt im beschwerdeweise eingereichten und zu Händen von Dr. I.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, erstellten Bericht vom 19. September 2016 (Urk. 3/5) fest, von neurologischer Seite bestehe der dringende Verdacht auf eine psychogene/somatoforme Sprech- und Sprachstörung. In der klinisch-neurologischen Untersuchung und der zusätzlich durchgeführten EEG-Untersuchung zeigten sich keine richtungsweisenden pathologischen Befunde (Urk. 3/5 S. 2). 3.2.7

Dem Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. November 2016 zu Händen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (Urk. 11/110 = Urk. 3/9) kann entnommen werden, der Beschwerdeführer befinde sich seit Anfang September 2016 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Behandlung befinde sich erst am Anfang. Als psychiatrische Diagnosen nannte Dr. L.\_\_\_\_ die folgenden (Urk. 11/110/1-2): - chronisch halluzinatorische Psychose (ICD-10 F28) - psychogene Sprechstörung (ICD-10 F44.4) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Differentialdiagnose: psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) - Verdacht auf generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Differentialdiagnose: DESNOS

Dr. L.\_\_\_\_ hielt zudem fest, der Beschwerdeführer gebe an, am meisten unter Halluzinationen zu leiden. Diese träten täglich mehrfach auf, dies seit dem Arbeitsunfall im Jahr 2005. Sie würden ihn stark ängstigen und er sei dann teilweise blockiert. Seit August 2016 sei es neu zu einer Sprach- und Sprechstörung mit Wortfindungsstörungen, Gedankenabbrüchen, stockendem Sprechen und Dysarthrie gekommen, die zu einer deutlichen Einschränkung der Kommunikation führe. Eine neurologische Untersuchung einschliesslich MRI-Schädel habe keinen Befund ergeben, so dass von einer psychogenen Störung auszugehen sei. Seit

2005 leide er unter chronischen Schmerzzuständen wechselnder Intensität und unterschiedlicher Lokalisation. Sodann sei der Beschwerdeführer seit 2005 extrem schreckhaft. Seit dem Unfall im Jahr 2005 sei er auch immer wieder traurig und verzweifelt. Seit einem Suizidversuch im Jahr

2005 seien suizidale Gedanken immer wieder hochgekommen. Das Trauma stamme von der Sekundarschulzeit, als in seinem Land für ein halbes bis zu einem Jahr Bürgerkrieg geherrscht habe (Urk. 11/110/2).

Zum Befund hielt Dr. L.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer wirke zurückhaltend und ängstlich. Die Kommunikation sei durch mangelnde Sprachkenntnisse und eine Sprach- und

Sprechstörung erschwert. Der Beschwerdeführer habe eher wenig gesprochen und nur deutlich stockend und abgehackt. Die Sprachmelodie sei dadurch monoton und unmodelliert wirkend mit tic - artigen Bewegungsstörungen. Hinter diesen Auffälligkeiten bestünden deutlich spürbare Ängste und eine Verzweiflung. Es gebe akustische und optische Halluzinationen, sowie suizidale Gedanken bei fehlender akuter Suizidalität. Aktuell sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ( Urk. 11/110/1-3). 3.2.8

Dr. L.\_\_\_\_ richtete am 29. November 2016 ein Schreiben an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, in welchem er angibt, den Beschwerdeführer notfallmässig stationär eingewiesen zu haben, nachdem Dr. L.\_\_\_\_ eine akute Verschlechterung des Befindens und eine versuchte Selbstverletzung und Selbstgefährdung festgestellt habe ( Urk. 3/6). 3.2.9

Dem beschwerdeweise eingereichten Austrittsbericht des C.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2016 zu Händen von med. pract .

I.\_\_\_\_ ( Urk. 3/8) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer vom 29. November 2016 bis 12. Dezember 2016 stationär behandeln liess ( Urk. 3/8 S. 1). Der Beschwerdeführer sei in das intensive stationäre Setting integriert worden und habe seine Ressourcen vor allem in Kunst und Ergotherapie aktivieren können. Daneben habe er die Bewegungs- und Physiotherapie besucht und habe begleitend dazu ärztliche Einzelgespräche erhalten. In diesen hätten mit dem Beschwerdeführer die Umstände für das Zustandsbild und das weitere Prozedere thematisiert werden können. Hierbei habe der Beschwerdeführer über psychosoziale Belastungsfaktoren berichtet, insbesondere bezüglich der schwierigen privaten und sozialen Situation aufgrund seiner Schmerzsymptomatik seit einem Arbeitsunfall im Jahr 2011. Die optischen und akustischen Halluzinationen könnten diagnostisch nicht kategorisch zu Flashbacks eingeordnet werden, würden jedoch auch unter neuroleptischer Behandlung persistieren ( Urk. 3/8 S. 2). 4.

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