

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00444 vom 22. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00444](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00444)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00444 du 22 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00444 del 22 gennaio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ). Sie kann Folge von 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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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

sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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 seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem 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 objektivierte(n) Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene(n) Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene(n) Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz

(Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Resourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

### **E. 1.5**

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

### **E. 1.6**

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

### **E. 1.7**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X. \_\_\_ am 25. April 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei verpflichtet, ihm

weiterhin die gesetzlichen Leistungen - insbesondere eine ganze Rente - auszurichten. Eventualiter sei Kostengut sprache für Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (S. 2). Mit Eingabe vom 18. Mai 2017 (Urk. 5) reichte der Versicherte einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 6), wobei er um weitere medizinische Abklärungen ersuchte, falls seinem Hauptantrag nicht stattgegeben werden sollte. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 2. Juni 2017 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Versicherte mit Verfügung vom 6. Juni 2017 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt wurde. Überdies wurde der IV-Stelle je eine Kopie der vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen

(Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung vom 10. März 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen die Auffassung, dem Versicherten sei spätestens seit der Begutachtung durch das F.\_\_\_\_ eine körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne wiederholten Einsatz der Arme oberhalb des Schulter niveaus sowie ohne häufiges Treppensteigen und Gehen auf unebenem Gelände zu 90 % zumutbar. Eine Einschränkung von 10 % bestehe aufgrund der kurz zeitigen Migräneattacken. Somit habe sich die medizinische Situation im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 20. November 2008 verbessert. Der aktuelle Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 19 % , weshalb kein Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung bestehe. Unter Bezugnahme auf die vom Versicherten im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände führte die IV-Stelle sodann ergänzend aus, dass das F.\_\_\_\_ -Gutachten vom 14. November 2016 schlüssig und nachvollziehbar sei, weshalb darauf abgestellt werden könne. Da sich der Versicherte im Übrigen nicht fähig sehe, eine höhere Arbeitsfähigkeit als 50 % zu erreichen, würden keine neuen Eingliederungsmassnahmen anhand genommen (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Versicherte in seiner Beschwerdeschrift vom 25. April 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, dem F.\_\_\_\_ -Gutachten komme kein Beweiswert zu, da es oberflächlich und unvollständig sei. Einerseits seien die von der IV-Stelle an die Gutachterstelle unterbreiteten Fragen nicht beziehungsweise nicht gestützt auf die Qualitätsleitlinien für versicherungs-psychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) 2016 beantwortet worden (S. 6 ff.). Andererseits sei keine genügende Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Psychiaterin erfolgt, welche sich detailliert zur depressiven Problematik und der von ihr diagnostizierten Persönlichkeitsstörung geäußert habe (S. 9 ff.). Über dies seien die mit BGE 141 V 281 aufgestellten Indikatoren nur teilweise und oberflächlich geprüft worden (S. 11 ff.). Insgesamt sei von der tatsächlich erbrachten Leistungsfähigkeit von 25 % auszugehen. Folglich bestehe weiterhin ein Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (S. 15).

Mit Eingabe vom 18. Mai 2017 (Urk. 5) fügte der Beschwerdeführer ergänzend an, dass aufgrund der Berichte der behandelnden Psychiaterin nicht ausgeschlossen werden könne, dass die Arbeitsfähigkeit durch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt werde. Sofern die Angaben der behandelnden Psychiaterin wider Erwarten nicht ausreichen sollten und nicht ohnehin auf die tatsächlich noch erbrachte Leistung von 25 %

abgestellt werde, seien weitere medizinische Abklärungen notwendig (S. 2 f.). 3. 3.1

Entgegen der Meinung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 2) ist als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades nicht die Verfügung vom 20. November 2008 (Urk. 8/93), sondern die rentenbestätigende Mitteilung vom 11. Juli 2011 (Urk. 8/130) her anzuziehen, da die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im Zuge des damaligen Revisionsverfahrens vom B.\_\_\_\_ sowohl in orthopädischer als auch in psychiatrischer Hinsicht abgeklärt worden war (vgl. E. 1.3 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3.2). Dem Gutachten vom 15. Februar 2011 können die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 8/121/26 f.): - Osteochondrose und rechtsbetonte Uncovertebralarthrose C6/7 sowie mediolinkslaterale Discushernie C5/6 mit geringer links ventrolateraler Myelonkompression am Abgang der C6-Nervenwurzel links und bilateraler Discusprotrusion C6/7 mit Spondylophyten und mässiger Neuroforamenstenose beidseits, - Discushernie L5/S1 mit Tangieren der Nervenwurzel S1 beidseits, - Läsion des medialen Restmeniscushinterhorns und oberflächliche Chondropathie des medialen Femurcondylus bei Nullachse rechts sowie Status nach medialer Teilmeniscektomie 1988 und 11/2005, - Chronifizierte mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom, bestehend seit etwa 01/2006 (ICD-10 F33.11), - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit etwa 2006 (ICD-10 F45.3).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber der Nikotinabusus sowie akzentuierte - kränkbare und narzisstische - Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; Urk. 8/121/27).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem orthopädischen Teilgutachten fest, beim Versicherten würden seit 2006 therapieresistente Nackenschmerzen bestehen. Diese sowie die abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule seien im Wesentlichen auf die mittels Magnetresonanztomographie (MRI) festgestellten Erkrankungen wie unter anderem die Osteochondrose zurückzuführen. Die Hyposensibilität der Finger II und III links - welche anlässlich der Untersuchung nicht reproduziert werden können - entspreche dem von der komprimierten Nervenwurzel C6 versorgten Dermatom. Die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der Lendenwirbelsäule seien teilweise mit der im MRI dokumentierten Discushernie L5/S1 mit Tangieren der Nervenwurzel S1 vereinbar. Das Ausmass der Beschwerden und der pathologischen objektiven Befunde der Lendenwirbelsäule könnten durch die nicht sehr ausgeprägten degenerativen Veränderungen allerdings nicht restlos erklärt werden. Die Kniegelenkschmerzen rechts und die pathologischen Untersuchungsbefunde seien durch die mittels MRI nachgewiesene Läsion des medialen Restmeniscushinterhorns sowie eine oberflächliche Knorpelläsion des medialen Femurcondylus weitgehend erklärt. Das Ausmass der subjektiven Einschränkung sei jedoch nicht restlos nachvollziehbar (Urk. 7/121/8 f.). Aufgrund der gestellten Diagnosen betrage die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Verkaufsleiter eines Möbelgeschäfts - also einer vorwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit - seit dem Zeitpunkt der Begutachtung bei voller Stundenpräsenz 65%. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten in temperierten Räumen ohne häufiges Gehen auf unebenem Boden, Treppen und Leitern, ohne häufig inklinierte, reklinierte, rotierte oder kniende Körperhaltungen und bei denen nicht regelmässig Gegenstände über

fünf Kilo gramm gehoben oder getragen werden müssen, seien dem Versicherten seit dem Zeitpunkt der Begutachtung vollumfänglich zumutbar ( Urk. 8/121/9 f.).

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner psychiatrischen Teilexpertise aus, der Versicherte habe über eine schlechte psychische Verfassung und eine niedergeschlagene Stimmungslage geklagt. Er sei innerlich unruhig, habe wenig Antrieb, fühle sich rasch überfordert und sei reizbar sowie erregbar bis aggressiv. Er sei vermehrt nachdenklich mit Gedankenkreisen und sehe keine Zukunftsperspektiven. Er fühle sich zudem hoffnungslos und habe ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und örtlich, zeitlich sowie zur Person und Situation ausreichend orientiert gewesen. Er habe in der Stimmungslage bedrückt gewirkt, affektiv anfangs gut mitschwingend und im Verlauf der Untersuchung zunehmend affektlabil sowie weinerlich. Bei Ablenkung habe sich die Stimmungslage wieder aufgehellt. Der Versicherte habe psychomotorisch etwas unruhig und im Antrieb nicht wesentlich auffällig gewirkt. Sowohl die Auffassung als auch die Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit seien intakt gewesen. Hinweise auf Gedächtnisstörungen, Wahnideen oder Halluzinationen hätten sich nicht gezeigt. Im Denken habe der Versicherte negativistisch und auf seine körperlichen Beschwerden eingeengt gewirkt. Hiervon abgesehen sei er freundlich, kooperativ und relativ gut kontaktfähig gewesen. Beim Gespräch über seine Beschwerdesymptomatik sei er zunehmend verzweifelt und hoffnungslos erschienen und habe keine Zukunftsperspektiven gesehen ( Urk. 8/121/19 f.). Vor diesem Hintergrund sei aus psychiatrischer Sicht seit etwa Januar 2006 von einer chronifizierten mit telgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom auszugehen. Infolge dessen sowie aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit Symptomausweitung seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt ( Urk. 8/121/21). Der Versicherte verfüge nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen. Diese seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung nur eingeschränkt überwindbar. Hinzu komme eine konversionsneurotische Entwicklung mit primärem Krankheitsgewinn. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens sowie das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung seien bisher indes nicht eingetreten. Die therapeutischen Möglichkeiten seien nicht ausgenutzt beziehungsweise erschöpft ( Urk. 8/121/22). Aus psychiatrischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit als Abteilungsleiter im Verkauf seit ungefähr Januar 2006 eine 40%ige Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne erhöhte Verantwortung, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung sei von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ( Urk. 8/121/22 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand gegenüber früher als unverändert zeige; ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei etwas anders, sie seien der Auffassung, dass der Versicherte in seiner bisherigen Tätigkeit zu 40 % und in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig sei ( Urk. 8/121/27). Ergänzend äusserte sich Dr. H.\_\_\_\_ sodann mit Schreiben vom 18. April respektive 18. Juni 2011 dazu, ob der Versicherte der ihm am 19. Juni 2008 auferlegten Schadenminderungspflicht (vgl. Urk. 8/49) nachgekommen sei ( Urk. 8/125 f.). Aus dem Geschilderten nahm die IV-Stelle den Fortbestand der ganzen Rente an ( Urk.

8/128/5). 3.2

Im aktuellen Rentenrevisionsverfahren stellt sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im Wesentlichen wie folgt dar: 3.2.1

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 12. September 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; Urk. 8/147/1). Sowohl das Konzentrations- und Auffassungsvermögen als auch die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit des Versicherten seien eingeschränkt. Eine wechselbelastende Tätigkeit sei während zwei Stunden pro Woche zumutbar, was einer Arbeitsfähigkeit von 5 % entspreche (Urk. 8/147/4). Selbiges hielt Dr. I.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 4. Februar 2014 fest (Urk. 8/152). 3.2.2

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attestierte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2013 ebenfalls eine 5%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Der Versicherte leide unter starken Knie-, Rücken- und Nackenschmerzen, wobei die Prognose sehr schlecht sei (Urk. 8/150/3 und 8/150/5). 3.2.3

Dem psychiatrisch-rheumatologischen C.\_\_\_\_-Gutachten vom 15. Mai 2014 können zur Hauptsache folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 8/161/4): - Zervikales Schmerzsyndrom, - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom, - Gonarthrose rechts.

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei demgegenüber eine gegenwärtig remittierte depressive Episode (ICD-10 F32.4).

Gegenüber Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich der Versicherte dahingehend geäußert, dass es ihm im Allgemeinen nicht schlecht gehe. Bisweilen habe er insbesondere bei Migräne keine Lust jemanden zu sehen. Zeitweise sei zudem seine Stimmung traurig und sein Antrieb nicht so gut. Im Leben würden ihm diverse Dinge wie in den Ausgängen gehen oder der Besuch von Mittelalterfestivals Freude bereiten. Er halte sich für einen guten, wertvollen Menschen. Seine Mitmenschen würden ihn am ehesten als aufrichtig und umgänglich beschreiben. Wegen der Schmerzen im Nacken und im Rücken habe er Schlafprobleme. Überwiegend stechende Schmerzen habe er im rechten Knie (Urk. 8/161/27 f.). Während des Gesprächs sei der Beschwerdeführer in der Kontaktaufnahme durchgehend ungezwungen-locker und sehr aktiv gewesen. Die Antworten seien prompt und teilweise in ausschweifender Weise erfolgt. Auf strukturierende Interventionen habe er angemessen reagiert, ohne Gereiztheit, sondern eher belustigt. Die Mimik und Gestik seien sehr reichhaltig gewesen; der Versicherte habe mehrere Male situationsadäquat gelächelt. Ermüdungserscheinungen seien im 90-minütigen Gespräch nicht bemerkbar gewesen. Die Diskrepanzen zwischen den berichteten Defiziten und dem objektiven Befund seien teilweise beträchtlich ausgefallen, wobei dies eher im Kontext der starken Identifizierung mit der Krankenrolle und nicht etwa als Ausdruck von Malingering imponiert habe. Psychopathologisch sei der Beschwerdeführer wach und zu allen Qualitäten orientiert gewesen. Formalgedanklich hätten keine Auffälligkeiten bestanden. Objektiv seien weder Konzentrations- noch Merkfähigkeitsstörungen aufgetreten. Die Fähigkeit zum abstrakten Denken und die Auffassungsgabe seien herabgesetzt erschienen. Die Grundstimmung habe keine relevanten Defizite aufgewiesen, insbesondere keine innere Unruhe oder anhaltende Depressivität. Hinweise für Wahn, Sinnes täuschungen, Ich-Störungen, sozialen Rückzug, Suizidalität

oder Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben ( Urk. 8/161/32). Insgesamt sei es zu einer relevanten Verbesserung des psychischen Zustandsbildes gekommen, welche sich sehr deutlich im objektiven Befund und viel weniger im subjektiven Krankheitsbild abbildete. In diesem Zusammenhang sei eine bedeutende Identifizierung mit der Krankenrolle anzunehmen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auch mit Blick auf dessen Alltagsgestaltung nicht beeinträchtigt ( Urk. 8/161/33).

Der rheumatologischen Teilexpertise von Dr. med. Dr. phil. L.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, ist zu entnehmen, dass der Versicherte angegeben habe, dass es ihm momentan sehr schlecht gehe. Er habe weiterhin starke Kopfschmerzen mit Migräneanfällen etwa drei Mal pro Woche und täglichen Spannungskopfschmerzen, auch über Nacht. Die Kopfschmerzen würden massgeblich von den bewegungsabhängigen Nackenschmerzen beeinflusst. Im Bereich der Lendenwirbelsäule befinde sich ein weiterer Hauptschmerzfokus. Ferner leide er weiterhin an Knieschmerzen rechts, welche bereits beim Stehen und besonders beim Treppenabwärtsgehen auftreten würden. Er könne im Übrigen circa 30 Minuten sitzen, bevor es vor allem im Rücken und im Knie zu Schmerzen komme ( Urk. 8/161/35 f.). Aus rheumatologischer Sicht seien die Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des rechten Knies radiologisch weitgehend erklärbar. Eine radikale Symptomatik bestehe nicht. Hinweise für eine ausgeprägte Schmerzausdehnung hätten sich nicht eruieren lassen. Insgesamt lasse sich eine leichte Verschlechterung der degenerativen Veränderungen feststellen. Insbesondere das rechte Knie sei aufgrund der Verletzung für eine sekundäre Gonarthrose prädisponiert. Die Osteophytose der Halswirbelsäule sei ebenfalls als tendenziell fortschreitend einzustufen. In Anbetracht dieser Umstände sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit im Möbelgeschäft mit langem Stehen und teilweisem Transportieren von Möbeln nicht mehr zumutbar. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe demgegenüber in einer überwiegend sitzenden Tätigkeit mit Möglichkeiten zum Haltungswechsel und regelmässigen Pausen sowie ohne Heben und Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm und ohne Arbeiten über Kopf oder in Zwangshaltungen ( Urk. 8/161/38).

Zusammenfassend stellten Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ fest, dass es psychiatrisch zu einer deutlichen Verbesserung und somatisch zu einer leichten Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten gekommen sei. In der angestammten Tätigkeit im Möbelgeschäft sei er nicht mehr arbeitsfähig. In einer dem konkreten Belastungsprofil des Beschwerdeführers angepassten Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ( Urk. 8/161/5). 3.2.4

Mit Bericht vom 29. Juli 2014 stellte sich Dr. I.\_\_\_\_ auf den Standpunkt, der Versicherte leide weiterhin an rezidivierenden depressiven Episoden, die jeweils leichter oder stärker ausgeprägt seien. Möglicherweise seien komorbid akzentuierte Persönlichkeitszüge vorhanden. Durch die affektive Störung sei der Beschwerdeführer in seinem Erleben und Verhalten beeinträchtigt. Er sei nicht respektive noch nicht belastbar und aktuell sei aus psychiatrischer Sicht maximal von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ( Urk. 8/163). 3.2.5

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, äusserte sich in seinem Bericht vom 14. September 2015 dahingehend, dass sich in Bezug auf die Beschwerden in der Halswirbelsäule und im Knie ein patho-anatomisches Korrelat im Röntgenbild finden lasse. Unklar sei, weshalb es im

Kniegelenk zu Kalzifikationen und in der Halswirbelsäule zu einer Hyperostose komme. Allenfalls handle es sich hierbei um eine rheumatologische Grunderkrankung. Der Versicherte sei in einer angepassten - vorteilswise wechselbelastenden - Tätigkeit höchstens zu 30 % arbeitsfähig. Als sinnvoll erachtete Dr. M. \_\_\_ administrative Arbeiten mit höhenverstellbarem Tisch ( Urk. 8/188/8 f.). 3.2.6

Im Juli 2015 war beim Versicherten im N. \_\_\_ , Klinik für Neuroradiologie, eine vollständige Obliteration des ACOM-Aneurysmas vorgenommen worden. Mit Bericht vom 30. Oktober 2015 wurde festgehalten, dass infolge der behandelten Erkrankung keine fokalneurologischen Defizite aufgetreten seien und die Behandlung erfolgreich gewesen sei. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit konnte nicht vorgenommen werden ( Urk. 8/194/1-3). 3.2.7

Dr. J. \_\_\_ ging in seinem Bericht vom 4. Januar 2016 von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus, die nicht gesteigert werden könne. Alle Bewegungen und Haltungen seien massiv eingeschränkt. Darüber hinaus komme es zu Erschöpfung und einer psychischen Belastung. Alltägliche Aufgaben könnten nicht mehr bewältigt werden ( Urk. 8/200/3 ff.). 3.2.8

Dr. I. \_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 21. April 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/203/1): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (impulsiv und narzisstisch), seit Kindheit respektive Jugend (ICD-10 F61.0), - Akzentuierte Persönlichkeitszüge (schizoid und zwanghaft), seit Kindheit respektive Jugend (ICD-10 Z73), - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, sicher seit Behandlungsbeginn 2012 (ICD-10 F33.3).

Die depressive Problematik sei namentlich geprägt durch eine stark beeinträchtigte Fähigkeit, sich zu freuen, und eine gedrückte Stimmung. Im Weiteren seien Insuffizienz-, Scham- und Schuldgefühle, ein verminderter Antrieb, eine ausgeprägte Müdigkeit, Schlafstörungen, eine Appetitverminderung, Entscheidungsschwierigkeiten sowie ein starker sozialer Rückzug feststellbar. Den wiederkehrenden Depressionen lägen die Symptome von Störungen der Persönlichkeitsstruktur zugrunde. So fühle sich der Versicherte ständig unter Stress und sei anhaltend angespannt. Impulsive Züge würden sich in der Sexualität sowie im rücksichtslosen Autofahren zeigen. Die Kindheitsgeschichte sei geprägt gewesen von wiederholter Abwertung. Der Beschwerdeführer empfinde eine chronische Leere und zeige immer wieder eine starke Wut, wobei er Schwierigkeiten habe, diese zu kontrollieren. Ferner habe er das Gefühl, die meisten Menschen würden seine Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen. Es sei ihm sehr wichtig, dass ihn andere Personen beachten oder ihn in irgendeiner Weise bewundern. Nur sehr wenige Menschen würden seine Zeit und Aufmerksamkeit verdienen. Im Weiteren lege der Versicherte viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation. Er entdecke manchmal Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen und glaube, einen sechsten Sinn zu haben. Der Versicherte vermöge Aufgaben, die einen gewissen Druck beinhalten und nicht als einzelne Aufgaben gestellt werden, nicht standzuhalten. Die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit seien schwer eingeschränkt; Angst-, Scham- sowie aggressive und depressive Gefühle würden sehr rasch entstehen. Für alle Berufe sei daher seit 2012 von einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei keine Besserung zu erwarten sei (zum Ganzen Urk. 8/203/2 ff.). 3.2.9

Aus dem polydisziplinären F.\_\_\_\_ -Gutachten vom 14. November 2016 ergeben sich insbesondere die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/215/36): - Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66 / M11.26 / Z98.8), - Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2), - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0).

Nicht beeinträchtigt sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hingegen namentlich durch ( Urk. 8/215/37): - Chronische Schmerzstörung mit somatischem und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5), - Chronische Handbeschwerden beidseits (ICD-10 M19.4), - Chronisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10 G44.2), - Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0).

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gelangte nach entsprechender Untersuchung des Versicherten zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Die klinischen Befunde sowie die Laborwerte seien im Normbereich gewesen ( Urk. 8/215/15).

Gegenüber Dr. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er sich durchkämpfe. Am schlimmsten seien die Schmerzen im Nacken und im rechten Knie. Darüber hinaus habe er ständig Kopfschmerzen mit Migräne und ausstrahlenden Schmerzen in die Arme. Hinzu kämen eine Arthrose an beiden Daumen sowie Mühe mit dem Schlafen. Mit dem Appetit gehe es ( Urk. 8/215/15). Während des Gesprächs sei der Versicherte sehr freundlich gewesen und habe viel gesprochen. Sowohl Mimik als auch Gestik seien normal ausgeprägt, die affektive Modulation aller Dinge etwas eingeschränkt gewesen. Er sei durchwegs in ernster und gefasster Haltung geblieben. Am Schluss habe der Versicherte auch geweint, als er über seine Leistungsfähigkeit und den Verlust der früheren Aktivitäten gesprochen habe. In Bezug auf die berufliche und gesundheitliche Situation habe er negative Zukunftsperspektiven geäußert. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen hätten indes nicht bestanden. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Konzentration sei leicht beeinträchtigt erschienen. Im Übrigen seien die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis intakt gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen; inhaltlich hätten weder Wahnideen noch Halluzinationen oder Ich-Störungen bestanden. Als der Versicherte seine Leistungsunfähigkeit betont habe, habe er auch passive Sterbewünsche angegeben. Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität hätten aber nicht vorgelegen. Angesichts dieser Umstände sei von einer leichten depressiven Episode auszugehen, wobei es sich um eine rezidivierende depressive Störung handle. Ferner könne eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit objektiven Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielen könnten. Des Weiteren liege ein chronischer Verlauf und eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung vor ( Urk. 8/215/18). Aus psychiatrischer Sicht könnten sich die beiden Diagnosen negativ beeinflussen. Bei einer Arbeitstätigkeit komme es zu einer erhöhten Ermüdbarkeit, was einen vermehrten Pausenbedarf erfordere. Für aus somatischer Sicht angepasste Tätigkeiten sei seit mindestens der aktuellen Untersuchung von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Zu der von Dr. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode führte Dr. P.\_\_\_\_ sodann aus, dass eine solche nicht bestätigt werden könne. Nicht vorliegen

würden namentlich schwere Konzentrationen- und Antriebsstörungen. Nicht ausgeprägt seien darüber hinaus die Appetitverminderung - verbunden mit relevanter Gewichtsabnahme - und sexuelle Funktionsstörungen. Eine ambulante Behandlung sei zudem bei einer schweren depressiven Episode nicht mehr möglich ( Urk. 8/215/19). In Bezug auf die ebenfalls von Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung hielt Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge bestehen würden. Gegen diese Diagnose spreche denn auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit bis zum Unfallereignis ( Urk. 8/215/20).

In orthopädischer Hinsicht führte Dr. med. Q.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, dass der Versicherte insbesondere auf seinen in den letzten Jahren sich stetig verschlimmernden Gesundheitszustand hingewiesen habe. Im Vordergrund stünden die Schmerzen an Kopf und Nacken. Die Rückenschmerzen hätten sich seit der im Dezember 2005 aufgetretenen Diskushernie nur minim gebessert. Am rechten Kniegelenk würden zangenartige Schmerzen persistieren. Schmerzhaft seien zudem die Hand- und Daumensattelgelenke, wobei diese Beschwerden vor knapp drei Jahren begonnen und stetig zugenommen hätten ( Urk. 8/215/22 f.). Insgesamt würden sich die sehr diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen lassen. Grundsätzlich nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck aufgrund der pathologischen Veränderungen der Halswirbelsäule sowie des rechten Kniegelenks, kaum aber die übrige beklagte Symptomatik, sodass von einer massiven nicht-organischen Beschwerdekomponekte ausgegangen werden müsse ( Urk. 8/215/27). Für die angestammte Tätigkeit als Möbelverkäufer und Wohnberater sei aufgrund der Untersuchungsergebnisse aus rein orthopädischer Sicht - ebenso für andere überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende und körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten - von einer bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Für körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung liege demgegenüber eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Dabei sollten indes das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus sowie das häufige Überwinden von Treppen und unebenem Grund vermieden werden ( Urk. 8/215/28).

Dr. med. R.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, hielt in seiner neurologischen Teilexpertise fest, dass die Kopfschmerzproblematik beim Beschwerdeführer seit vielen Jahren dokumentiert sei, wobei er eine Verschlechterung in den letzten zehn Jahren angegeben habe ( Urk. 8/215/34). Die helmartigen Kopfschmerzen seien phänomenologisch einem chronischen Spannungstyp-Kopfweg - differenzial diagnostisch einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfweg - zuzuordnen. Die Nackenproblematik komme hierbei als Triggerfunktion in Frage, wobei auch vom Einfluss psychischer Faktoren auszugehen sei. Davon abzugrenzen seien die eigentlichen Migräneattacken ohne Aura, wobei die dies bezügliche Frequenz (zwei pro Monat mit einer Dauer von ein bis zwei Tagen) aktuell offenbar nicht so hoch sei. In Bezug auf die Rückenproblematik sei zumindest von einer intermittierenden radikulären sensiblen Reizsymptomatik der Wurzel C6 (allenfalls C7) auszugehen. Im Kreuzbereich könne bis auf eine etwas eingeschränkte Beweglichkeit klinisch-neurologisch keine relevante Pathologie nachgewiesen werden. Aus dem Vorliegen von Kopfschmerzen könne keine prinzipielle Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Die Arbeitsfähigkeit könne selbstverständlich im Rahmen einer Migräneattacke unvorhersehbar teilweise oder ganz temporär reduziert sein. Körperlich schwere

Tätigkeiten seien bei chronischem Spannungstyp-Kopfwegh ungünstig. Überwiegend mittelschwere Tätigkeiten seien aufgrund der zervikoradikulären Problematik nicht möglich, vor allem nicht solche über Schulterhöhe oder in Zwangshaltungen. Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit, bei der die genannten Bewegungen vermieden werden können, bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/215/35 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass dem Versicherten körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe jedoch eine 90%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen ( Urk. 8/215/40). 3.2.10

In ihrem Bericht vom 12. Mai 2017 ( Urk. 6) bestätigte Dr. I.\_\_\_\_ im Wesentlichen die von ihr am 21. April 2016 gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.2.8). Aufgrund der damit verbundenen Beeinträchtigungen attestierte sie dem Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag. 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist in erster Linie strittig, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.).

Uneinigkeit besteht insbesondere dahingehend, ob das polydisziplinäre F.\_\_\_\_ -Gutachten vom 14. November 2016 ( Urk. 8/215) als Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten herangezogen werden kann.

In Bezug auf das allgemeininternistische, das orthopädische sowie das neurologische Teilgutachten ist vorweg festzuhalten, dass diese sich zum einen für die streitigen Belange als umfassend erweisen und zum anderen in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt wurden ( Urk. 8/215/ 4 ff. und 8/215/41 ff.). Der Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Experten seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt ( Urk. 8/215/13, 8/215/22 ff und 8/215/ 32 f.). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei diese wie auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden ( Urk. 8/215/14 f., 8/215/26 f. und 8/215/34 ff.). Soweit möglich erfolgte im Weiteren eine ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen ( Urk. 8/215/15, 8/215/28 ff. und 8/215/36). Insgesamt kommt der allgemeininternistischen, der orthopädischen und der neurologischen Teilexpertise damit voller Beweiswert zu, da sie sämtliche praxismässigen Kriterien erfüllen (vgl. E. 1.6).

Anzuführen bleibt, dass nicht nur die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch

Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. R.\_\_\_\_

überzeugt, sondern auch das von ihnen festgelegte individuelle Belastungsprofil des Beschwerdeführers ( Urk. 8/215/28 und 8/215/36), das sich wiederum nur unwesentlich von demjenigen unterscheidet, welches

Dr. G.\_\_\_\_ im B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 15. Februar 2011 ( Urk. 8/121/10) und Dr. L.\_\_\_\_ im C.\_\_\_\_ -Gutachten vom 15. Mai 2014 ( Urk. 8/161/38) umschrieben hatten.

Ausgehend davon ist zwischen den Parteien denn auch - soweit ersichtlich -

unbestritten, dass dem

Versicherten

die ange stammte Tätigkeit als Verkaufsleiter eines Möbelgeschäfts nicht mehr zumutbar ist (vgl. Urk. 1 S. 5 ff. und Urk. 2 S. 1 f.). Gegen die Feststellung, dass aus rein somatischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung - ohne Zwangshaltungen, das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, den wiederholten Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus sowie ohne häufiges Überwinden von Treppen und unebenem Grund - zeitlich und leistungsmässig eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 8/215/28 und 8/215/36), erhob der Beschwerdeführer grundsätzlich keine substantiierten Einwände. Soweit er vorbringt, die Gutachter hätten die ihnen mit Schreiben vom 25. Mai 2016 (Urk. 8/204) unterbreiteten Zusatzfragen nicht beantwortet (Urk. 1 S. 6), ist dem zu widersprechen. So nahmen sie etwa zum chronologischen Verlauf der Arbeitsfähigkeit Stellung (Urk. 8/215/15, 8/215/28 und 8/215/36) und setzten sich mit dem C.\_\_\_\_-Gutachten vom 15. Mai 2014 (Urk. 8/161) auseinander (Urk. 8/215/30 und 8/215/39). In Bezug auf die geltend gemachten Mängel an der Konsensbesprechung der Gutachter (Urk. 1 S. 6 f.) ist des Weiteren darauf hinzuweisen, dass sich die Beweiskraft einer (Teil-)Expertise daran beurteilt, ob sich gestützt darauf die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten kommt der Konsensdiskussion

keine entscheidende Bedeutung zu (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4). 4.2

Die Kritik des Beschwerdeführers beschränkt sich im Wesentlichen auf die psychiatrische Teilexpertise von Dr. P.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 1 S. 6 ff. und Urk. 5). 4.2.1

Zum einen wird geltend gemacht, dass das psychiatrische Teilgutachten den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) nicht entspreche (Urk. 1 S. 7 f.). Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben den Psychiatern allerdings eine Begutachtung nach den genannten Richtlinien vor. Insbesondere verliert eine Expertise somit ihre Beweiskraft nicht, wenn sie nicht entsprechend dieser Leitlinien erstellt wurde (Urteile des Bundesgerichts 8C\_105/2017 vom 6. Juni 2017 E. 4.4 und 9C\_715/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3.2). 4.2.2

Der Beschwerdeführer rügt andererseits eine oberflächliche Auseinandersetzung des psychiatrischen Gutachters mit der von Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierten Persönlichkeitsstörung (vgl. E. 3.2.8) und dem vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eingeführten strukturierten Beweisverfahren (Urk. 1 S. 10 ff.).

Dr. P.\_\_\_\_ diagnostizierte beim Versicherten nebst einer rezidivierenden depressiven Störung - gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) - eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; Urk. 8/215/18). Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass dem psychiatrischen Teilgutachten indes keine

eingehende Prüfung der Standardindikatoren zu entnehmen ist; insbesondere vermag der an mehreren Stellen relativ knapp beantwortete Fragenkatalog (Urk. 8/215/20 ff.) die Anforderungen nicht zu erfüllen.

Nachdem das Bundesgericht zwischenzeitlich erkannt hat, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.4), fällt die ser Mangel umso gewichtiger aus. Hinzu kommt zum einen , dass der begutach tende Orthopäde, Dr. Q.\_\_\_\_ , von einer massiven nicht-organischen Beschwerde komponente ausging ( Urk. 8/215/27). Zum anderen ist dem Versicherten inso fern zuzustimmen, als sich Dr. P.\_\_\_\_ nur sehr oberflächlich mit seiner Persön lichkeitsstruktur befasst ( Urk. 8/215/20)

und sich zur von der behandelnden Ärztin Dr. I.\_\_\_\_ detailliert dargelegten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ( Urk. 8/203/1 ff.) nicht geäußert hat. Gerade die von der Ärztin geschilderte, auffallend konfliktreiche und durch Brüche und Wechsel gezeichnete Kindheits- und Jugendzeit mit Problemen bei der Impulskontrolle und Emotionsregulation, mit Autoritätsschwierigkeiten und später auch Konflikten am Arbeitsplatz, mit Frustrationsintoleranz und häufigen Anspannungen und Gereiztheiten ( Urk. 8/203/3) stellen Hinweise auf eine solche Diagnose dar. Auch den F.\_\_\_\_ -Ärzten gegenüber hatte der Versicherte von seiner auffallenden Kinder- und Jugendzeit mit seitens der IV unterstützter Sonderschulung mit Psychotherapie bei einer angeblich gestellten Diagnose einer neurotischen Persönlichkeitsentwicklung berichtet ( Urk. 8/215/13), ohne dass seitens des Fachgutachters dem nachgegangen worden wäre. In Anbetracht der detaillierten Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ zu dieser Thematik ( Urk. 8/203/2 ff. und Urk. 6) sowie des Umstan des, dass zuvor bereits mehrere Fachärzte zumindest einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung oder auf akzentuierte Persönlichkeitszüge geäußert hat ten - wobei Letztere auch mehrfach diagnostiziert wurden (vgl. Urk. 8/16/3, 8/25/9, 8/40/25, 8/106/4, 8/121/20 ) - wäre eine vertiefte Diskussion der Persön lichkeitsstruktur des Versicherten erforderlich gewesen. 4.2.3

Nach dem Gesagten erweist sich das psychiatrische Teilgutachten von Dr. P.\_\_\_\_ in mehrfacher Hinsicht als unzureichend. Eine gerichtliche Überp rü fung der nun prinzipiell auf sämtliche psychischen Störungen anwendbaren Standardindikatoren ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Inso weit hat d ie Beschwerdegegnerin folglich ergänzende Abklärungen vorzunehmen .

In rein somatischer Hinsicht vermag das F.\_\_\_\_ -Gutachten vom 1 4. November 2016 ( Urk. 8/215) indes zu überzeugen (vgl. E. 4.1), weshalb in diesem Zusammen hang keine Notwendigkeit für weitere medizinische Untersuchungen besteht. Die vorliegenden Erkenntnisse werden allerdings aufgrund der im konkreten Fall vorhandenen Wechselwirkungen zwischen den somatischen und psy chischen Leiden i m Zuge der weiteren psychiatrischen Abklärungen einzubezie hen sein. 4. 3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Aktenlage für eine abschlies sende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit des Invaliditätsgrades als unzulänglich erweist. Folglich ist die angefochtene Verfü gung vom 1 0. März 2017 ( Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwer degegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch des Versicherten neu verfüge.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

## **E. 5**

und 6 ) zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 5.1**

Da im vorliegenden Verfahren die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Prozessaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer). Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer mit Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 8**

%

Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Versicherten ab 1. Mai 2017 verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Bundes

gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

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