

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00580 vom 8. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00580

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00580 du 8 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00580 del 8 giugno 2019

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

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. 1.3

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. 28 Abs. 3 IVG).

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 objektiven vierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

E. 1.5

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 22. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei ersatzlos aufzuheben. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Im Weiteren wurde um die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung sowie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwältin Claudia Schaumann ersucht. Mit Eingabe vom 28. Juni 2017 (Urk. 9) wurden weitere Unterlagen zur Darlegung der finanziellen Verhältnisse eingereicht (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 19. April 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, gestützt auf die vorliegenden medizinischen Gutachten habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Rentenzusprechung erheblich verbessert. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Gleisbau sei zwar weiterhin nicht zumutbar; für leidensangepasste Tätigkeiten bestehe demgegenüber jedoch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges vom Invalideneinkommen von 15 % ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 24 % , weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe.

E. 2.2

In seiner Beschwerdeschrift vom 22. Mai 2017 (Urk. 1) machte der Versicherte zusammengefasst geltend, weder auf das Gutachten der Dres. Z.____ und A.____ vom 22. April 2014, noch auf dasjenige der MEDAS B.____ vom 4. Januar 2017 könne abgestellt werden. Letzteres beinhalte nicht nur erhebliche Diskrepanzen zu sämtlichen früheren Beurteilungen, sondern sei auch verwirrend aufgebaut und inhaltlich nicht haltbar (S. 6 ff.). Insbesondere auf das neuropsychologische und das psychiatrische Teilgutachten könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden (S. 10 ff.). Ausserdem sei keine ergebnisoffene Prüfung der vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren durchgeführt worden (S. 15 f.). Gesamthaft sei keine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen; es handle sich bloss um unterschiedliche Beurteilungen eines unveränderten Lebenssachverhaltes, weshalb kein Revisionsgrund vorliege (S. 16). 3.

3.1

Die IV-Stelle hatte dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 25. Januar 2010 eine Rente zu gesprochen (Urk. 11/68). Dieses Verfügungsdatum ist somit als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung, ob eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades

vorliegt, heranzuziehen (vgl. E. 1.3). Die Rentenzusprechung basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Unterlagen (vgl. Urk. 11/56/2 f.):

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 15. November 2008 fest, auf die Arbeitsfähigkeit wirke sich namentlich eine Diskushernie L3/4 und L4/5, eine Schmerzverarbeitungsstörung und Schmerzgeneralisierung (ICD-10 F45.1) sowie die Adipositas aus. Der Versicherte erscheine nur in grossen zeitlichen Abständen in der Praxis und klage jeweils über eine unerträgliche Lumbalgie. Als Eisenleger sei er zu 100% arbeitsunfähig. Eine andere, leichte Arbeit ohne Lastentragen sei jedoch ausführbar (Urk. 11/40/3 ff.). 3.2

Dem Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 30. Mai 2009 sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 11/50/2): - lumboradikuläres Schmerzsyndrom bei Diskushernie mit Wurzelkompression, - mittelschwere depressive Episode mit aggressiven Durchbrüchen.

Der Versicherte klage über lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine und Instabilität. Er sei verzweifelt, orientierungslos, habe sich schwer unter Kontrolle und neige zu Aggressionen. Seit dem 27. April 2007 bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Wechselbelastende Tätigkeiten seien für zwei Stunden pro Tag in geschütztem Rahmen zumutbar (Urk. 11/50/3, 11/50/5). 3.3

Vom 18. April bis 3. Juni 2009 war der Beschwerdeführer zwecks Behandlung der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) im E.____ hospitalisiert. Aus dem Bericht vom 16. Juli 2009 geht hervor, dass es im Vorfeld aufgrund finanzieller Probleme immer wieder zu heftigen Auseinandersetzungen mit der Ehefrau gekommen sei. Sie erwarte, dass er sich aktiver um eine Arbeit bemühe, was ihm jedoch wegen der Rückenschmerzen und der psychischen Probleme nicht möglich sei. Im Weiteren habe der Versicherte über Schlafstörungen und Kopfschmerzen geklagt. Er wisse auch oft nicht, ob er wach sei oder träume. Er sehe beispielsweise Bäume, die mit ihren Ästen wie mit Tentakeln nach ihm greifen würden. Objektiv hätten sich allerdings keine Hinweise auf eine akute Wahnsymptomatik oder Sinnestäuschungen finden lassen. Im Affekt sei der Versicherte deutlich niedergestimmt gewesen. Anhaltspunkte für Gedächtnis- oder formale Denkstörungen hätten sich nicht ergeben (Urk. 11/54/3). Im Rahmen der Behandlung habe der Beschwerdeführer von Stimmungsschwankungen und Gedankenkreisen berichtet. Aufgrund eines agitierten Zustandsbilds und Aggressivität auf der Station habe er vorübergehend isoliert und zwangsmediziert werden müssen. Die im weiteren Verlauf aufgetretene psychotische Symptomatik mit optischen Halluzinationen sei mittels einer neuroleptischen Therapie behandelt worden. Daraufhin habe sich eine Besserung gezeigt, weshalb der Versicherte nach einem komplikationslosen Wochenendurlaub habe nach Hause entlassen werden können (Urk. 11/54/4). Während des stationären Aufenthalts habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 4. Juni 2009 sei die bisherige Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 50% zumutbar, wobei diese durch weitere ambulant-psychiatrische Betreuung gesteigert werden könne (Urk. 11/54/5 f.). 3.4 3.4.1

Im Rahmen des zu beurteilenden Rentenrevisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin zunächst bei den Dres. Z.____ und A.____

das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 22. April 2014 ein (Urk. 11/110). Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass sich das chronische lumbospondylogene Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Brustwirbelsäule und in die Beine auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Demgegenüber seien namentlich folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/110/8, 11/110/31): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), - Eheprobleme (ICD-10 Z63), - Chronisches Schmerzsyndrom des Rückens und der Beine - nicht ausreichend somatisch abstützbar, - diffuse Druckschmerzangabe, - Schlafstörungen, Müdigkeit, - Übergewicht mit Body-Mass-Index von 29.8 kg/m².

Dr. Z.____

führte im rheumatologischen Teilgutachten aus, es bestehe spätestens seit dem Zeitpunkt der Begutachtung kein Hinweis mehr auf ein radikuläres Reizsyndrom der Nervenwurzel in der Lendenwirbelsäule. Ein radikuläres Ausfallsyndrom sei angesichts des wieder symmetrisch vorhandenen Achillessehnenreflexes (ASR), der allseits normalen Muskelkraft und -trophik sowie der negativen Nervendehnungstests ebenfalls nicht objektivierbar. Ferner würden die aktualisierten Röntgenaufnahmen der Brust- und Lendenwirbelsäule thoraokal keine Arthrose dokumentieren. Lumbal bestehe seit Juni 2013 eine als stationär einzustufende leichtgradige Osteochondrose des Lendenwirbelkörpers L4/5. Die radiologisch festgestellte Doppelskoliose sei derart diskret ausgeprägt, dass sie klinisch nicht objektiviert werden könne. Im Übrigen seien weder an den oberen, noch an den unteren Extremitäten funktionelle Einschränkungen vorhanden (Urk. 11/110/11 f.).

Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Gleisbauer seit November 2005 und auch zukünftig nicht mehr gegeben. Für eine leidensangepasste Tätigkeit habe zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 11/110/17).

Dr. A.____ hielt in seiner psychiatrischen Teilexpertise fest, der Unfall im November 2005 habe ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit sensiblen Ausfällen ausgelöst. Der Versicherte habe zunächst vor allem an Rücken- und Kopfschmerzen gelitten; später hätten sich die Schmerzen in beinahe alle Körperteile ausgedehnt. Es gebe Hinweise für das Vorliegen einer psychosomatischen Überlagerung der Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei auf diese fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme würden oft zu einer Verstärkung der Schmerzen führen. Gesamthaft sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorhanden. Zusätzlich sei seit Frühjahr 2013 von einer leichtgradigen depressiven Störung auszugehen. Die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode seien dagegen nicht mehr erfüllt. Der Versicherte habe weiterhin diverse aktive Interessen, zeige keinen verminderten Appetit und hege keine Suizidgedanken. Zudem sei das Gedächtnis in Ordnung. Er habe eine regelmässige Tagesgestaltung, könne Ferien im Heimatland machen und verfüge über rege soziale Kontakte sowie politische Interessen (Urk. 11/110/32 ff.). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten insgesamt nicht eingeschränkt, wobei es ab Frühjahr 2013 zu einer Verbesserung gekommen sei. Es bestehe keine massgebliche psychische Störung, die zur Unüberwindbarkeit der Schmerzen führen würde. In Bezug auf

die anhaltende somatoforme Schmerzstörung fehle es sowohl an einer psychischen Komorbidität, als auch an einer prämorbidem Persönlichkeitsstruktur. Zudem sei die soziale Integration erhalten (Urk. 11/110/34 ff.).

Im interdisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seit November 2005 nicht mehr als Gleisbauer arbeitsfähig sei. Für eine angepasste Tätigkeit sei bis Frühjahr 2013 von einer 40-50%igen Einschränkung auszugehen. Seither bestehe keine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 11/110/24). 3.4 .2

In folge eines akuten Cauda-equina- Syndroms wurde der Beschwerdeführer am 21. Oktober 2014 im F.____ operativ versorgt (Urk. 11/116). In der Folge war er vom 2. bis 25. November 2014 in der G.____ hospitalisiert, wobei die Mobilität habe verbessert und eine erste Schmerzlinde rung habe erreicht werden können (Urk. 11/126/2 f.). 3.4 .3

Dem polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2017 ist folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 11/182/25): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach akutem Cauda-equina - Syndrom (21. Oktober 2014) mit notfallmässiger Mikrodiskektomie L4/L5 links aktuell ohne Hinweis für radikuläre Störung.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber insbesondere: - In ihrer Art und Ausprägung nicht-authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutiv funktionen, Sprache, Rechnen und Visuokonstruktion, - Problem mit Bezug auf die Lebensführung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 Z72.9), - Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen näher bezeichneten Gründen in Anspruch nehmen (ICD-10 Z76.8), - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), - episodischer Spannungskopfschmerz ohne versicherungsmedizinische Relevanz.

Dr. med. H.____, Fachärztin für Rheumatologie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in ihrer Teilexpertise fest, der Versicherte habe über chronische, ondulierende Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlungen in beide Beine geklagt (Urk. 11/182/10). Klinisch finde sich eine eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Zeichen. Radiologisch zeige sich ein ordentliches Resultat nach Mikrodiskektomie L4/L5 bei akutem Cauda-equina- Syndrom mit lumboradikulärem Ausfallsyndrom L5/S1 vom 21. Oktober 2014. Hinzu kämen altersentsprechende degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne Hinweise auf Instabilitäten. Gesamthaft seien die Beschwerden des Versicherten orthopädisch teilweise nachvollziehbar. Das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm sei nicht mehr zumutbar. Selbiges gelte für Arbeiten in gebeugter oder gebückter Haltung, mit Zwangshaltungen des Oberkörpers sowie Tätigkeiten in rein stehender, gehender oder sitzender Position. Unzumutbar seien sodann Arbeiten mit Begehen von Gerüsten und Leitern sowie auf unebenem Boden. Für die angestammte Tätigkeit als Gleisbauer bestehe seit November 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Seit November 2015 sei der Versicherte in eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/182/17 f.).

Dr. med.

I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte aus, dass aus internistischer Sicht keine objektivierbaren medizinischen Diagnosen oder Beschwerden vorliegen würden. Der

Explorand habe über Rückenschmerzen, Sensibilitätsstörungen und eine depressive Verstimmung geklagt. Beschwerden in Bezug auf die Atmung habe er nicht vorgebracht. Im Rahmen der klinischen Untersuchung hätten über allen Lungenfeldern ein sonorer Klopf schall ohne Seitendifferenzen sowie ein normales vesikuläres Atemgeräusch ohne krankhafte Nebengeräusche festgestellt werden können. Die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sei weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gleisbauer, noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt (Urk. 11/182/33 f.).

Gegenüber Dr. med.

J. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe sich der Beschwerdeführer dahingehend geäußert, dass er sich leer fühle und keine Ziele oder Perspektiven habe.

Zudem leide er unter Schlafstörungen. Er schaue fern und grübele nach. Es belaste ihn vor allem, dass er weniger Geld habe als früher, als er noch gearbeitet habe. Gegenwärtig sei er auch sexuell inaktiv (Urk. 11/182/35). Ferner habe er seit 2010 Dauerkopfschmerzen, teilweise verstärkt durch Belastungen. Panikattacken würden auftreten, wenn er alleine sei. Wenn er Telefonate oder schlechte Nachrichten erhalte, komme es auch dazu, dass Panik ausbreche. Dabei komme es zu Atembeschwerden, Zittern und Schwitzen. Diese Beschwerden kämen etwa ein bis zwei Mal wöchentlich vor, bei Telefonanrufen auch öfters. Wenn er allein zu Hause sei, höre er in letzter Zeit ausserdem Stimmen und sehe Bilder an der Wand (Urk. 11/182/37). Anlässlich der Exploration sei aufgefallen, dass der Versicherte regelmässig versucht habe, die Gesprächsführung zu übernehmen und den Gutachter in seinen Fragen zu beeinflussen respektive zu lenken. Zu Beginn der Befragung sei der Beschwerdeführer teilweise grossspurig aufgetreten und habe selbstgefällig, umständlich, sehr weitschweifig und monologisierend über seinen Zustand berichtet. Es sei ein theatralisch anmutendes, fast inszeniertes Verhalten zum Vorschein gekommen. Dieses habe insgesamt - bis auf das authentisch dominierte geprägte Gebaren - aufgesetzt und unecht gewirkt. Zu keinem Zeitpunkt habe der Versicherte depressiv gewirkt; er habe verschmitzt gelächelt und bei seinem Auftritt teilweise sogar einen vergnügten Eindruck vermittelt. Sein Verhalten habe demonstrativ, provokativ und aggravierend gewirkt (Urk. 11/182/38 f.). Dr. J. ___ gelangte zur Auffassung, die geschilderten schweren kognitiven Defizite im Alltagsleben hätten sich im Rahmen der Begutachtung nicht reproduzieren lassen und hätten nicht glaubhaft gewirkt. Im Weiteren bestehe mangels Vorliegens von Haupt- und Nebensymptomen keine depressive Störung. Von einer somatoformen Störung sei ebenfalls aufgrund fehlender Diagnosekriterien nicht auszugehen. Unter der bestehenden narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung leide der Versicherte nicht. Bislang habe er Schwierigkeiten in seinem Leben ohne grössere Mühen gemeistert und stets auch Möglichkeiten gefunden, seine Interessen durchzusetzen. Die geschilderten halluzinatorischen Ereignisse würden sich diagnostisch nicht einordnen lassen, zumal keine Hinweise für das Vorliegen einer psychotischen Erkrankung vorhanden seien. Insgesamt würden sich beim Versicherten zwar Probleme der Anpassungsfähigkeit beim Umgang mit anderen - bedingt durch seine Vorstellungen, überzogenen Wünsche sowie überhöhten Erwartungen und Forderungen - bei geringer Introspektionsfähigkeit des eigenen Verhaltens ergeben. Dies stelle jedoch kein versicherungsmedizinisch relevantes Problem dar. Darüber hinaus bestehe ein Aggravationsverhalten, welches in Anbetracht der Ergebnisse der aktuellen Untersuchungen als bewusstseinsnah beurteilt werden müsse (Urk. 11/182/44). Aus psychiatrischer Sicht sei sowohl für die angestammte, als auch für ideal angepasste Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 11/82/46).

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, äusserte sich in dem Sinne, dass ausgehend vom gegenwärtigen klinisch-neurologischen Status keine motorischen Defizite feststellbar seien. Neuropathische Schmerzqualitäten bestünden ebenfalls nicht und konkrete radikuläre Störungsmuster seien verneint worden. Es könne wohl vorübergehend eine akute Verschlechterung im Oktober 2014 angenommen werden, welche notfallmässig zur Mikrodiskektomie im Segment L4/5 geführt habe. Davon verbliebene, für die Funktionalität wesentliche Beeinträchtigungen seien aber nicht objektivierbar. Eine gewisse Sensibilitätsstörung möge zwar erklärbar sein; ohne neuropathische Schmerzqualität sei diese aller Dinge für die Arbeitsfähigkeit nicht von Relevanz. Dies gelte ferner auch für den episodischen Spannungskopfschmerz, welcher medikamentös sehr gut vom Versicherten behandelt werden könne. Zusammenfassend sei die angestammte Tätigkeit als Gleisbauer aufgrund der verminderten Rückenbelastbarkeit aus neurologischer Sicht nicht mehr geeignet. Die Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit - ohne häufiges Bücken, Verrichtungen in der Hocke, Zwangshaltungen des Oberkörpers sowie Kälte- und Nässeexposition - sei nicht eingeschränkt (Urk. 11/182/54 f.).

Lic. phil. L.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, führte in ihrer Teilexpertise aus, die neuropsychologische Begutachtung sei wegen invaliden Ergebnissen nicht vollständig durchgeführt worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit entsprächen die gezeigten Leistungen nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit. Diese seien in allen relevanten Durchgängen im Zufallsbereich und damit deutlich unter dem kritischen Wert gewesen. Zudem fänden sich Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben, den klinischen Beobachtungen und den Testergebnissen. Falls das gezeigte Verhalten bewusstseinsnah sei - was dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen sei - liesse sich somit auf eine Aggravation schliessen (Urk. 11/182/62, 11/182/64). Wären die Resultate valide, so wäre der Versicherte eine kognitiv sehr deutlich eingeschränkte, verlangsamte Person, die in vielen Belangen des täglichen Lebens Hilfe benötigte und über seine Erkrankungen und deren Verlauf nur diffus Auskunft geben könnte. Dies sei in Anbetracht der verfügbaren Informationen und der klinischen Beobachtung (beispielsweise keine Verlangsamung im Gespräch, keine Desorientierung, selbständige Anreise) nicht glaubhaft.

Eine detaillierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei aufgrund der invaliden Ergebnisse nicht möglich. Da die kognitiven Anforderungen an einen Gleisbauer ohne Ausbildung eher gering seien, könne aus streng neuropsychologischer Sicht von einer bereits eher angepassten Tätigkeit gesprochen werden. Für eine gut angepasste Tätigkeit mit reduziertem Zeitdruck sowie sich teilweise wiederholenden und vorgegebenen Abläufen könne von einer mindestens 90%igen Leistungsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 11/182/65).

Im polydisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gleisbauer sei seit November 2005 nicht mehr gegeben. Eine leidensangepasste Tätigkeit mit reduzierter Rückenbelastung sei dagegen zu 100% zumutbar (Urk. 11/182/26). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf die mit Verfügung vom 25. Januar 2010 (Urk. 11/68) zugesprochene Rente der Invalidenversicherung hat. In diesem Zusammenhang ist zunächst zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art.

E. 2.8

und Urk. 1 S. 7 Ziff. 2.14), ist vorab festzuhalten, dass die betreffenden Vorbringen unbeachtlich sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 2A.31/2005 vom 26. Mai 2005 E. 1.4).
4.3.2

Sowohl das orthopädische als auch das neurologische Teilgutachten stellt der Beschwerdeführer grundsätzlich nicht in Frage und erachtet in dieser Hinsicht zudem ergänzende medizinische Abklärungen nicht für zwingend

notwendig (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 5 und Urk. 1 S. 16 Ziff. 4.7). So überzeugt in Anbetracht der objektivierbaren Rückenbeschwerden ohne weiteres die Einschätzung, dass die angestammte Tätigkeit als Gleisbauarbeiter seit dem Sturz im November 2005 nicht mehr zumutbar ist (vgl. Urk. 11/182/17 f., 11/182/55). Ebenso leuchtet ein, dass für eine entsprechend dem individuellen Belastungsprofil angepasste Tätigkeit - insbesondere ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm und mit geringer Rückenbelastung (vgl. Urk. 11/182/25) - unter Berücksichtigung der am 21. Oktober 2014 erfolgten operativen Versorgung des akuten Cauda-equina Syndroms aus orthopädischer und neurologischer Sicht spätestens seit November 2015 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt (Urk. 11/182/26). Diese Beurteilung korrespondiert denn auch mit früheren ärztlichen Einschätzungen wie namentlich jener des Rheumatologen Dr. Z.____ im Gutachten vom 22. April 2014 (Urk. 11/110/18). 4.3.3

In Bezug auf seinen internistischen Status führt der Versicherte an, er leide seit Jahren an teilweise schweren Infektionen, welche auf einen primären Immundefekt mit schwerem Antikörpermangel zurückzuführen seien. Im internistischen Teilgutachten fehle diese Diagnose und die Diskussion der Auswirkungen dieser Erkrankung. Aufgrund der häufig notwendigen Antibiotikatherapien sei die Leistungsfähigkeit herabgesetzt (Urk. 1 S. 10 Ziff. 3.8,

Urk. 3/9 [= Urk. 11/187]).

Dr. I.____

wies im internistischen Teilgutachten auf einen Status nach Bronchiektasen im Jahr 2012 hin. Einen Immundefekt stellte er nicht fest, konnte jedoch im Zuge der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers über allen Lungenfeldern sonore Klopfeschall ohne Seitendifferenzen sowie ein normales vesikuläres Atemgeräusch ohne krankhafte Nebengeräusche eruieren. Der Versicherte habe in diesem Kontext auch keine Beschwerden geäußert (Urk. 11/182/34).

Es trifft zwar zu, dass im MEDAS-Gutachten die Diagnose eines primären Immundefekts nicht aufgeführt worden ist. Allerdings fand die Untersuchung durch Dr. I.____ bereits am 22. Dezember 2015 (vgl. Urk. 11/182/30) und damit einige Monate vor der erstmaligen Diagnosestellung durch die behandelnden Fachärzte für Pneumologie statt (vgl. Urk. 11/174). Entgegen der Auffassung des Versicherten (vgl. Urk. 1 S. 16 Ziff. 4.7) indiziert dieser Umstand jedoch keine weiteren medizinischen Abklärungen.

Aus keinem der vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte geht hervor, dass sich die seit etwa sieben Jahren bis zu zehn Mal pro Jahr auftretenden Infektionen der Atemwege wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirken (vgl. Urk. 3/9, 11/87/4 und 11/174).

Einerseits war dadurch keine durchgehende antibiotische Behandlung erforderlich (vgl. Urk. 11/110/2), andererseits zeigte sich eine stabile Leistungsfähigkeit unter Inhalationstherapie (Urk. 11/174/2). Im Weiteren besteht die Möglichkeit einer Nasennebenhöhlen-Sanierung (Urk. 11/177). Schliesslich äusserte sich der Beschwerdeführer insbesondere im Rahmen der Begutachtungen nicht dahingehend, sich durch die Atemwegsinfektionen massgeblich eingeschränkt zu fühlen, sondern stellte klar seine Rücken- und psychischen Beschwerden in den Vordergrund (vgl. Urk. 11/110/2, 11/110/29 und 11/182/30 f.). 4.3.4

Der Beschwerdeführer übt ferner Kritik an der neuropsychologischen Begutachtung, wobei er namentlich auf die Stellungnahme von lic. phil. M.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, vom 27. Februar 2017 (Urk. 3/10) Bezug nimmt (vgl. Urk. 1 S. 11).

Lic. phil. L.____ gelangte im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung zum Schluss, dass die gezeigten Leistungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit

entsprochen hätten. Diese seien in allen relevanten Durchgängen im Zufallsbereich und damit deutlich unter dem kritischen Wert gewesen. Zudem hätten sich Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben, den klinischen Beobachtungen und den Testergebnissen ergeben, weshalb - bei bewusstseinsnahem Verhalten - auf eine Aggravation geschlossen werden könne. Wären die Resultate valide, würde es sich beim Versicherten um eine kognitiv sehr deutlich eingeschränkte, verlangsamte Person handeln, die in vielen Belangen des täglichen Lebens Hilfe benötigen und über ihre Erkrankungen und deren Verlauf nur diffus Auskunft geben könnte. Dies sei in Anbetracht der verfügbaren Informationen und der klinischen Beobachtung nicht glaubhaft (Urk. 11/182/62, 11/182/64 f.).

Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers kann auf diese Schlussfolgerungen abgestellt werden. Zunächst ist anzumerken, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung eine Begutachtung nach fachspezifischen Leitlinien vorschreiben. Selbst wenn die neuropsychologische Teilexpertise damit nicht in allen Teilen diesen Empfehlungen folgen sollte (vgl. Urk. 3/10 S. 5), würde sie somit nicht automatisch ihre Beweiskraft einbüßen (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 58/06 vom 13. Juni 2006 E. 2.1 und 9C_88/2017 vom 30. März 2017 E. 3.3.1.1).

Im Weiteren unterliegen die Auswahl und die Durchführung der testpsychologischen Untersuchungen grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2). Es ist in diesem Kontext auch nachvollziehbar, dass lic. phil. L.____ auf eine differenzierte Untersuchung der verschiedenen Aufmerksamkeitskomponenten verzichtet hat (vgl. Urk. 3/10 S. 4). Eine entsprechende Untersuchung mag im Rahmen einer verkehrspsychologischen Abklärung der kognitiven Fahreignung, welche am 9. November 2015 erfolgte und zum Entzug des Führerausweises führte (Urk. 11/154),

durchaus zielführend, angebracht

und zweckmässig sein. Es ist jedoch weder ersichtlich noch substantiiert dargelegt, inwiefern dies im konkreten Fall für die Frage der Arbeitsfähigkeit - namentlich als Hilfsarbeiter - von wesentlicher Bedeutung sein sollte. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zu Unrecht rügt, die Gutachterin habe die Befunde einseitig

interpretiert, indem sie unter anderem den Test aufgrund invalider Ergebnisse vorzeitig abgebrochen und die Befunde einzig mit einer ungenügenden Anstrengungsbereitschaft erklärt habe, ohne weitere Einflussfaktoren wie Ermüdung, Schmerzexazerbation, Medikamente und langsames Arbeiten aufgrund der ungeübten Aufgaben zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 11 Ziff. 3.11, Urk. 3/10 S. 5). Lic. phil. L.____ führte vielmehr unter Einbezug der Ergebnisse der klinischen Untersuchung detailliert aus, weshalb die gezeigten Leistungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit entsprochen hätten. Die vom Versicherten vorgebrachten Einflussfaktoren fan den hierbei ebenfalls Beachtung. So konnten während der über zweistündigen Abklärung weder zunehmende Ermüdungszeichen noch ein Leistungs abfall festgestellt werden (Urk. 11/182/63, 11/182/65). Gemäss den Angaben des Versicherten kam es zudem zu keiner Schmerzexazerbation (Urk. 11/182/60). In Bezug auf die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente hielt die Gutachterin überdies klar fest, dass das gezeigte Ausmass und auch die Art der Defizite bei Weitem die zu erwartenden Einschränkungen überstiegen hätten (Urk. 11/182/64).

Im Übrigen erweist sich auch der Verzicht auf die komplette neuropsychologische Untersuchung angesichts der eindeutig invaliden Ergebnisse als nachvollziehbar und gerechtfertigt (vgl. Urk. 11/182/60). 4.3.5

In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten macht der Beschwerdeführer geltend, dieses halte inhaltlich nicht stand, was sich aus der Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. N.____ vom 3. März 2017 (Urk. 3/11) ergebe. Ausserdem sei es widersprüchlich, die Diagnosen seien nicht ergebnis offen abgeklärt worden, und auch der Vorwurf der bewusstseinsnahen Aggravation gehe fehl (Urk. 1 S. 12 f.).

Hinsichtlich der Beurteilung von Dr. N.____ ist anzumerken, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4)

nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen respektive Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Insbesondere ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass jene mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). In der Stellungnahme vom 3. März 2017 (Urk. 3/11) werden denn auch keine (neuen) Aspekte oder Befunde benannt, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Der Bericht beschränkt sich in weiten Teilen auf Vorwürfe an den psychiatrischen Gutachter, wonach dieser Mutmassungen und Unterstellungen geäussert habe, die nicht nachvollziehbar seien. Dr. J.____ hat jedoch eindrücklich aufgezeigt, weshalb er das Verhalten des Versicherten als demonstrativ, provokativ und aggravierend einordnete, wobei er unter anderem auf die dominante Gesprächsführung, die geringe Kooperationsbereitschaft sowie auf die vom Beschwerdeführer nicht glaubhaft geschilderten schweren kognitiven Defizite im Alltagsleben hinwies (Urk. 11/182/38 f., 11/182/43). Ergänzend anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass ein solch demonstratives und inkonsistentes Verhalten bereits im Rahmen früherer ärztlicher Untersuchungen (vgl. Urk. 11/12/3, 11/24/9, 11/24/39 und 11/24/55) sowie bei der neuropsychologischen und der neurologischen Begutachtung aufgefallen war (Urk. 11/182/50, 11/182/54, 11/182/62 und 11/182/64 f.).

Ange sichts dieser Gegebenheiten kann auch nicht mehr von einem in gewissem Ausmass noch verständlichen Mass an Verdeutlichung gesprochen werden , wie es der Versicherte geltend macht (Urk. 1 S. 8 Ziff. 3.2).

Der mehrfach geäusserte Vorwurf einer tendenziösen Sachverhaltsdarstellung durch die Gutachter erweist sich ebenfalls als

nicht haltbar .

In den Hintergrund tritt sodann, dass die Gut achter zu Unrecht von einem „ Symptomshift “ ausgingen (Urk. 11/182/24). Weder existiert zwar der von ihnen genannte ablehnende Rentenbescheid - gemeint ist wohl die Verfügung vom 1 3. Februar 2007 betreffend Abweisung des Gesuches um Umschulung (Urk. 11/23) - , noch ergibt sich a us den Akten, dass der Versicherte im weiteren Verlauf

statt somatische

psychische Beschwer den vorgebracht hat. Dies ändert jedoch nichts an den ausgewiesenen Inkonsis ten zen beziehungs weise der aggravierenden Verhaltensweise . Zudem bezogen sich die Gutachter auf den angeblichen „ Symptomshift “, um rückwirkend zur Entwicklung der Arbeitsfähigkeit von 2005 bis Oktober 2014 Stellung zu nehmen . Es ist damit nicht ersichtlich, inwiefern dies für die aktuelle Beurtei lung der Arbeits fähigkeit des Versicherten von entscheidender Relevanz sein sollte.

Das psychiatrische Teilgutachten überzeugt überdies auch in Bezug auf die gestellten Diagnosen (Urk. 11/182/43 f.) . So ist zum einen nachvollziehbar, dass in Anbetracht der objektiven Befunde (Urk. 11/182/39) keine Symptome einer depressiven Störung festgestellt werden konnten . Zum anderen verneinte Dr. J.____ das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung aufgrund fehlen der Diagnosekriterien.

Aus dem Umstand, dass Dr. A.____ in seinem Gutach ten vom 2 2. April 2014 eben diese Diagnose gestellt hatte , vermag der Ver sicherte nichts zu seinen Gunsten abzuleiten, zumal sich Dr. A.____ dahinge hend geäussert hatte , dass diese Erkrankung die Arbeitsfähigkeit nicht beein trächtige (Urk. 11/110/32 ff.). Davon abgesehen ist nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesge richts 9C_228/2013 vom 2 6. Juni 2013 E. 4.1.4 mit Hinweis). Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers hat Dr. J.____

schliesslich

unter Diskus sion verschiedener potentiell in Frage kommender psychotischer Erkrankungen detailliert dargelegt, weshalb trotz der geschilderten Halluzinationen keine ent sprechende Diagnose gestellt werden k önne . Anzufügen ist in diesem Zusam menhang, dass sich bereits 2009 keine objektiven Anhaltspunkte für eine akute Wahnsymptomatik oder Sinnestäuschungen ergeben hatten (Urk. 11/54/3). Solche finden sich zudem weder im Gutachten von Dr. A.____ (Urk. 11/110/30 f.), noch in den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. N.____ (Urk. 3/11, 11/86/3 und 11/89/5).

Eine psychotische Erkrankung kann da her mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

Insgesamt ist somit auch der psychiatrischen Teilexpertise von Dr. J. ___ volle Beweiskraft zu zusprechen . 5. 5.1

Nach dem Gesagten kann festgehalten werden, dass in allen Teilen auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2017 abgestellt werden kann. Folglich ist in zweierlei Hinsicht ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG aus gewiesen. Einerseits ist im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Besserung des psychischen Gesundheitszustandes - namentlich einer Remission der depressiven Störung - auszugehen (Urk. 11/182/29; vgl. auch Urk. 11/110/38). Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Urk. 11/182/25) fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Von einer bloss unterschiedlichen Beurteilung eines unveränderten Lebenssachverhalts (vgl. Urk. 1 S. 16) kann keine Rede sein.

Andererseits ist die Revision der Invalidenrente auch aufgrund der festgestellten Aggravation zulässig (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.2.2.2). Dem steht insbesondere nicht entgegen, dass bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprechung ärztliche Berichte vorlagen , welche auf ein theatralisches und demonstratives Verhalten sowie Inkonsistenzen hin wiesen

(vgl. E. 4.3.5), zumal diese Feststellungen offenbar nicht Eingang in die erstmalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des Invaliditätsgrades fanden (vgl. Urk. 11/56) . Im Weiteren entfällt gemäss bundesgerichtlicher Praxis die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 2.2.1) . In diesem Zusammenhang ist der Vollständigkeit halber immerhin anzumerken, dass insbesondere keine Hinweise auf eine Therapieresistenz beziehungsweise auf eine Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Die im Zuge der gutachterlichen Untersuchungen durchgeführten Blutanalysen ergaben in Bezug auf mehrere

vom Versicherten eingenommene Medikamente wiederholt Werte unter dem Referenzbereich (Urk. 11/110/21, 11/182/33 und 11/182/40). In ambulante psychiatrische Behandlung begibt sich der Versicherte darüber hinaus seit 2009 bloss etwa alle drei Wochen für jeweils eine Stunde (vgl. Urk. 11/110/29, Urk. 11/182/31 und 11/182/37). Ein wesentlicher Leidensdruck wird auch mit Blick auf das vom Beschwerdeführer geschilderte

Aktivitätsniveau

beziehungsweise die gewöhnliche Tagesstruktur nicht deutlich (vgl. Urk. 11/110/28 f., 11/182/11 und 11/182/38). 5.2

Zu prüfen bleibt damit, ob die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad korrekt bemessen hat. Der Einkommensvergleich (Urk. 11/119 , Urk. 2 S. 2) blieb seitens des Versicherten unbestritten und ist auch von Amtes wegen nicht zu beanstanden , weshalb darauf verwiesen werden kann und sich Weiterungen grundsätzlich erübrigen.

Die IV-Stelle hat namentlich

- unter Einbezug der Nominallohnentwicklung - zwecks Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf das zuletzt vom Beschwerdeführer erzielte Einkommen

als Gleisbauarbeiter abge stellt. Bei der Festlegung des Invalideneinkommens wurde berücksichtigt, dass dem Versicherten nur noch eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, wobei korrekterweise auf den Lohn für Hilfsarbeiten gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) abgestellt und ein leidensbedingter Abzug gewährt wurde.

In Anbetracht des resultierenden Invaliditätsgrades von 24 % hat die Beschwerdegegnerin die Rente des Versicherten berechtigterweise auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben (vgl. E. 1.2 und Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). 6.

Zusammenfassend

erweist sich die angefochtene Verfügung vom 19. April 2017 (Urk. 2) als korrekt. In Anbetracht des gebesserten Gesundheitszustandes und mangels eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % hat die Beschwerdegegnerin die dem Versicherten mit Verfügung vom 25. Januar 2010 (Urk. 11/68) zugesprochene Invalidenrente zu Recht revisionsweise aufgehoben.

Hinsichtlich des vom Beschwerdeführer gestellten Eventualantrages bleibt anzufügen, dass in Anbetracht der umfassenden und beweiskräftigen Aktenlage kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen besteht (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). In diesem Sinne erweist sich auch eine Befragung des behandelnden Psychiaters durch das Gericht beziehungsweise die Einholung eines ausführlichen Arztberichtes nicht als

erforderlich. Selbiges gilt sodann für die beantragte persönliche Befragung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 2 und 17 sowie

Urk. 20).

Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. 7.7.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Sie sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl.

Urk. 14) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Mit Verfügung vom 6. Juli 2017 (Urk. 14) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Claudia Schaumann als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt. Eine Honorarnote wurde nicht eingereicht.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist Rechtsanwältin Claudia Schaumann ermessensweise eine Entschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Mehrwertsteuer von 8 % und Barauslagen) zuzusprechen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann, Zürich, wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk.

E. 7

f.). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2017 (Urk. 10) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Nach Eingang weiterer Dokumente betreffend die finanzielle Situation des Versicherten (Urk.

E. 12

f.) wurde das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung mit Verfügung vom 6. Juli 2017 (Urk. 14) bewilligt. Zudem wurde dem Versicherten Rechtsanwältin Claudia Schaumann als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt. Mit Schreiben vom 4. September 2017 (Urk. 20) verzichtete der Beschwerdeführer auf die Durchführung der in der Beschwerdeschrift subsubeventualiter beantragten öffentlichen Verhandlung (vgl. Urk. 1 S. 2 und 17).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Abs. 1 ATSG vorliegt. Die Beschwerdegegnerin erachtete einen solchen gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2017 (Urk. 11/182) als gegeben, da sich der Gesundheitszustand des Versicherten erheblich gebessert habe (Urk. 2 S. 2 f.).

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten basiert auf umfassenden orthopädischen, internistischen, psychiatrischen, neurologischen

sowie neuropsychologischen Untersuchungen, wobei im Zuge dessen insbesondere auch eine Blutanalyse und eine Elektromyographie durchgeführt wurden (Urk. 11/182/33, 11/182/51). Die Expertise wurde des Weiteren in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 11/182/3 ff., 11/182/66 ff.). Der Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von jenen - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 11/182/9 ff., 11/182/30 f., 11/182/35 ff., 11/182/47 ff. und 11/182/59 f.). Namentlich im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte er sich zu diversen Themenbereichen wie seinem beruflichen Werdegang, dem gewöhnlichen Tagesablauf und der familiären Situation äussern (Urk.

11/182/35 ff.). Die geklagten Leiden fanden im Zuge der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 11/182/18, 11/182/25 f., 11/182/34, 11/182/46 und 11/182/55 f.). Soweit möglich erfolgte überdies eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 11/182/

E. 19

ff., 11/182/29, 11/182/33 f., 11/182/45 und 11/182/54 f.). Insgesamt erfüllt das MEDAS-Gutachten sämtliche praxismässigen Kriterien an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.5). 4.2

Der Beschwerdeführer zweifelt allerdings die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens an und erhebt diverse Einwände. So macht er geltend, der Aufbau der Expertise sei verwirrend und die dreifache Wiedergabe des neuropsychologischen Teilgutachtens verleihe diesem übermässiges Gewicht. Er merkt jedoch selbst an, dass durch das genaue Studium des Gutachtens klar werde, welche Befunde von welchem Gutachter erhoben worden seien (Urk. 1

S. 7 Ziff. 2.13). Es ist denn auch nicht von entscheidender Bedeutung, wie das Gutachten im Einzelnen strukturiert ist, solange es die vom Bundesgericht hinsichtlich des Beweiswerts gestellten Anforderungen erfüllt, was vorliegend der Fall ist (vgl. E. 4.1 hier vor). Dem Beweiswert der Expertise ist demnach nicht abträglich, dass die interdisziplinäre Beurteilung (Urk. 11/182/19 ff.) im Anschluss an das orthopädische Teilgutachten und nicht am Ende des Gutachtens aufgeführt wurde. Selbiges gilt für die dreifach wiedergegebenen Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung. Selbst wenn dies in gewisser Weise unnötig repetitiv wirken mag, ist jeweils klar erkennbar, welche Ausführungen auf der neuropsychologischen Begutachtung beruhen (vgl. Urk. 11/182/21, 11/182/41 und 11/182/57), was der Beschwerdeführer im Ergebnis auch nicht bestreitet. Soweit er im Übrigen beanstandet, die Dauer der einzelnen Untersuchungen sei in einzelnen Teilexpertisen nicht festgehalten worden (Urk. 1 S. 7 Ziff. 2.13), ist darauf hinzuweisen, dass es nach der Rechtsprechung für den Aussagegehalt einer medizinischen Berichterstattung grundsätzlich nicht auf die Dauer der jeweiligen Untersuchung ankommt.

Massgebend ist in erster Linie vielmehr, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_848/2012 vom 16. April 2013 E. 3.2.2 mit Hinweisen). 4.3 4.3.1

Hauptsächlich rügt der Versicherte, das MEDAS-Gutachten vom 4. Januar 2017 sei inhaltlich nicht haltbar. Soweit in diesem Zusammenhang pauschal auf bei den Akten liegende Eingaben und Stellungnahmen verwiesen wird beziehungsweise diese zu integrierenden Bestandteilen der Beschwerde erklärt werden (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff.

E. 20

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Würsch

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