

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00758 vom 27. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00758](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00758)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00758 du 27 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00758 del 27 settembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

S. 7 ff.).

### E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Versicherten mit Verfügungen vom 9. Januar 2012 eine Rente der Invalidenversicherung zu ( Urk. 6/68 f.). Diesem als Vergleichsbasis heranzuziehenden Entscheid lag das rheumatologisch-psy chiatrische Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 26. Oktober 2011 zu Grunde, welchem die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen sind ( Urk. 6/53/9): - Chronisches cervikales Schmerzsyndrom bei/mit: - Status nach ventraler, interkorporeller

Spondylodese C5/C6 und C6/C7 am 8. Juni 2009 mit autologem Beckenspan, - Status nach dorsaler Dekompression C3/C4 mittels Laminektomie, Stabilisation von C2-C6 mittels Zervifix und posterolaterale

Spondylodese mittels autologem Knochen am 13. Dezember 2010 bei Subluxationsstenose des Spinalkanals, - Chronisches lumbovertebrales Syndrom bei/mit: - ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Lenden- und Brustwirbelsäule, - radiologisch Status nach Morbus Scheuermann, - Morphinabhängigkeit (ICD-10 F11.25), iatrogen.

Gegenüber Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Versicherte angegeben, seit über zehn Jahren unter Verspannungen im Nackenbereich zu leiden. Auch nach einer ersten Operation im Juni 2009 seien diese noch vorhanden gewesen. Nach einer weiteren operativen Behandlung im Dezember 2010 seien die Schmerzen zwar ein wenig zurückgegangen; er müsse jedoch weiterhin Schmerzmittel wie unter anderem Morphin einnehmen. Diesbezüglich habe er 2011 einen Entzug durchgeführt, da er unter einer extremen Müdigkeit gelitten habe. In der Folge habe er aufgrund der Schmerzen jedoch wieder Morphin zu sich nehmen müssen. Abgesehen von Entzugserscheinungen habe er aber nie besondere psychische Probleme gehabt.

Existenzängste seien jedoch vorhanden und auch die Abklärungen der Invalidenversicherung seien belastend. Auf seine Hobbys müsse er wegen der Schmerzen verzichten; zu Hause mache er auch nicht mehr viel ( Urk. 6/52/3 f.). Anlässlich der Exploration sei der Versicherte bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Auffälligkeiten hinsichtlich der mnestischen Funktionen oder des formalen und inhaltlichen Denkens hätten sich nicht ergeben. Der affektive Rapport sei bei erhaltener Schwingungsfähigkeit gut herstellbar gewesen. Der Antrieb sei leicht vermindert und die Motorik wenig lebhaft gewesen. Hinweise auf eine Selbst- oder Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben ( Urk. 6/52/4). Aus psychiatrischer Sicht könne insbesondere keine

depressive Störung diagnostiziert werden. Im Vordergrund stehe gegenwärtig eine iatrogene Morphinabhängigkeit, welche die geistige Leistungsfähigkeit um circa 30 % einschränke. Diese Beeinträchtigung sei Folge der während der Testuntersuchung festgestellten raschen Ermüdung beziehungsweise der Konzentrationsabfälle mit konsequent vermehrtem Erholungsbedarf. Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe seit mindestens Februar 2010 und gelte für jegliche Tätigkeit (Urk. 6/52/6 f.).

Im Rahmen der Untersuchung durch Dr. med. C. \_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, habe der Beschwerdeführer ebenfalls von Schmerzen im Nackenbereich - vorwiegend rechts - berichtet. Bei Intensivierung der Schmerzen müsse er teilweise erbrechen, was sich etwa drei bis vier Mal pro Monat ereigne. Seit der zweiten Operation verspüre er zudem eine Kribbelsensation in den Fingern der linken Hand, vor allem, wenn er den Kopf senke. Die Beschwerden seien im Liegen am geringsten ausgeprägt. Morgens habe er auf einer visuellen Analogskala von 1-10 Schmerzen bei 2-3, die sich nach einer halben Stunde nach dem Aufstehen intensivieren würden. Aktuell lägen die Beschwerden bei 5-6, maximal bei 9, wobei er dann erbrechen müsse (Urk. 6/53/5). Anhand der Röntgenaufnahmen sei eine progrediente Degeneration der Lendenwirbelsäule mit multisegmentalen Osteochondrosen nachgewiesen. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei auch eine steife Lendenwirbelsäule beim Bücken aufgefallen. Vor diesem Hintergrund sei eine Minderbelastbarkeit der Lendenwirbelsäule nachvollziehbar. Subjektiv und objektiv stünden diese züglichen Beschwerden jedoch nicht im Vordergrund. Für die belastungs- und tageszeitabhängigen Beschwerden intensiverer Art im Nackenbereich habe sich keine mögliche Schmerzquelle eruieren lassen. Weder für ein sensomotorisches zervikales oder lumbales radikuläres Ausfallssyndrom, noch für eine zervikale Myelopathie hätten sich entsprechende Hinweise ergeben (Urk. 6/53/7 f.). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit am Empfang sowie in der Schulpflicht, Instruktion und Organisation mit Heben und Tragen, Stossen und Ziehen von Tischen und Stühlen sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Auf rein organisatorische und überwachende Aufgaben reduziert sei diese Tätigkeit

allein basierend auf den Resultaten der ergänzend durchgeführten Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, vgl. Urk. 6/53/13 ff.) aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht ganztägig zumutbar.

Gemäss interdisziplinärem Konsens sei jedoch unter Mitberücksichtigung der chronischen Schmerzproblematik - obwohl eine zervikale Schmerzquelle bisher nicht objektiviert werden können - sowie der verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule, der fehlenden Hinweise auf ein dysfunktionales Schmerzverhalten und unter Einbezug der psychiatrisch verminderten Arbeitsfähigkeit insgesamt seit Juli 2011 eine halbtägige Arbeitsfähigkeit gegeben. Dies gelte auch für anderweitige, körperlich leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeiten (Urk. 6/53/10 f.).

### **E. 3.2**

Dem im Zuge des zu beurteilenden Rentenrevisionsverfahrens eingeholten polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 11. März 2016 sind die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/113/30): - chronisches Zervikalsyndrom mit weitgehend aufgehobener Funktion der Halswirbelsäule bei Zustand nach ventraler interkorporeller

Spondylodese C5-C7 mit autologem

trikortikalem Beckenspan sowie Plattenosteosynthese C5-C7 am 9. Juni 2009, - Zustand nach Subluxationsstenose des zervikalen Spinalkanals C2-C4 mit nachfolgender dorsaler Dekompression C3/C4 mittels Laminektomie, Stabilisation von C2-C6 mittels Cervifix und posterolateraler

Spondylodese am 13. Dezember 2010, - chronisches Lumbal-Dorsal-Syndrom bei deutlichen degenerativen Veränderungen und einem alten Morbus Scheuermann, - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber namentlich: - Fehllhaltung der Wirbelsäule mit muskulärer Dysbalance bei einem Rundrücken und Hohlkreuz sowie leichter Skoliose, - Persönlichkeitsakzentuierung mit anankastischen Zügen (ICD-10 Z73.1), - Status nach Implantation einer intrathekalen Morphinpumpe auf Höhe L3/4 und Entfernung des Neurostimulators bei einem chronisch persistierenden Schmerzsyndrom hoch zervikal.

Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, habe der Versicherte von weiterhin bestehenden Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, speziell der Kopfgelenke, berichtet. Durch die jetzt durchgeführte medikamentöse Behandlung habe sich die Schmerzsymptomatik gebessert und sei nun stabil. Störend sei jedoch die weiterhin bestehende starke Müdigkeit, welche täglich längere Ruhezeiten erfordere. Er sei insgesamt nicht mehr so belastbar wie früher, könne nicht mehr so schwere Gegenstände heben und tragen. Manchmal komme es auch zu Ausstrahlungen in den Schultergürtelbereich bis in die Hände. Darüber hinaus

habe er Probleme beim Bücken, da sich zunehmend Kreuzschmerzen eingestellt hätten. Es komme zu Verspannungen sowie Funktionseinschränkungen der Brust- und Lendenwirbelsäule. Auch seine psychische Situation sei nicht zufriedenstellend, da sich aufgrund der Chronizität der Erkrankung leichte depressive Störungen eingestellt hätten (Urk. 6/113/16, 6/113/21 ff.).

Aus orthopädischer Sicht sei nachvollziehbar, dass Tätigkeiten ausserhalb des Körperlotes sowie über Kopfhöhe, welche speziell auch eine Überstreckung der Halswirbelsäule erfordern, nicht mehr möglich seien. Glaubhaft sei zudem, dass es bei Überforderung der Kopfgelenke zu einer Verstärkung der Kopfschmerzen und Schwindelneigung mit negativer Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Augen kommen könne. Die weitgehende Versteifung der Segmente der Halswirbelsäule könne nicht mehr vom zervikothorakalen Übergang kompensiert werden und verursache erhebliche Verspannungen im Bereich des Schultergürtels mit pseudoradikulärer Symptomatik in beide Arme. Durch die deutlichen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule seien zusätzliche Einschränkungen mit Schmerzverstärkung beim häufigen Bücken und Drehen sowie bei ruckartigen Bewegungen nachvollziehbar. Auch die Entwicklung einer pseudoradikulären Symptomatik in beiden Beinen sei möglich. Gesamthaft sei der Versicherte in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Logistikbereich für eine leichte bis teilweise mittelschwere Arbeit noch einsetzbar, wobei bei einer ganztägigen Präsenzzeit eine um 50 % reduzierte Leistungsfähigkeit bestehe. Für eine leidensadaptierte, insbesondere leichte und wechselbelastende Tätigkeit bestehe demgegenüber eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/113/22 ff.).

Auf seine psychischen Beschwerden angesprochen habe der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum einen Probleme mit der Geduld, der Konzentration sowie der Durchhaltefähigkeit geschildert. Zum anderen ermüde er rasch, fühle sich erschöpft und müsse sich im Tagesverlauf mehrfach hinlegen. Ein- und Durchschlafstörungen seien meistens nicht vorhanden. Abhängig von der Schmerzsymptomatik bestehe eine zeitweise Traurigkeit. Der Appetit sei zwischenzeitlich wieder gestiegen. Die Lebensfreude, die Motivation und die sozialen Kontakte hätten nachgelassen. Suizidale Gedanken seien mittlerweile nicht mehr vorhanden ( Urk. 6/113/38 f.). Im Rahmen der Exploration sei der Versicherte bewusstseinsklar und sowohl zeitlich als auch örtlich, situativ und zur eigenen Person voll orientiert gewesen. Auffälligkeiten hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisfunktionen hätten sich nicht ergeben. Affektiv sei der Beschwerdeführer auslenkbar, freundlich und beherrscht gewesen. Es hätten weder eine Affektlabilität, noch eine eindeutige depressive Herabgestimmtheit eruiert werden können. Die Persönlichkeit sei anankastisch geprägt. Der motorische Handlungsantrieb sei allenfalls leicht reduziert; die Willensbildung und die Realitätsorientierung seien ungestört ( Urk. 6/113/40 f.).

Aus psychiatrischer Sicht seien allenfalls leichte, astheniform anmutende Störungen vorhanden, welche offensichtlich mit der primär anankastischen Persönlichkeitsakzentuierung korrelieren würden. Die vom Versicherten geschilderte Depressivität, innere Unruhe und reduzierte Lebensfreude könne nur im Kontext mit der somatischen Erkrankung und der Medikamenteneinnahme gesehen werden. Eine eigenständige psychiatrische Ursache der beschriebenen subjektiven Einschränkungen im Alltag könnten nicht ausgemacht werden. Allenfalls sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen. Insgesamt sei der Versicherte in der Lage, sich an Routinen und Regeln zu halten und sich an diese anzupassen. Es bestünden ferner gute Fähigkeiten hinsichtlich Planung und Strukturierung von Aufgaben. Die Flexibilität,

die Umstellungsfähigkeit sowie der Umgang mit Stress könnten gegenwärtig reduziert sein. Die Durchhaltefähigkeit erscheine ebenfalls defizitär. Der Versicherte berichte von einer Verminderung des Selbstwertgefühls und einer eingeschränkten Kontaktfähigkeit zu Dritten. Die Gruppenfähigkeit sei jedoch erhalten, ebenso wie die Selbstversorgungs- und Wegefähigkeit. Vor diesem Hintergrund sei aus rein psychiatrischer Sicht sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für eine Verweistätigkeit von einer allenfalls leicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit auszugehen. Es bestehe rückwirkend seit Juli 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 90 % ( Urk. 6/113/42 ff.).

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seiner Teilerexpertise fest, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden würden den orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Fachbereich betreffen. Die zeitweise Übelkeit und das Erbrechen seien am ehesten als Folge der Medikamenteneinnahme (Analgetika und Morphin) zu interpretieren. Weitere internistische Beschwerden oder Diagnosen seien nicht vorhanden, weshalb in dieser Hinsicht medizinisch-theoretisch von einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit für jegliche Tätigkeit auszugehen sei ( Urk. 6/113/48 f.).

Dem neurologischen Teilergutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, ist zu entnehmen, dass der Versicherte hauptsächlich über eine konstant bestehende Schmerzsymptomatik, eine vorbestehende Bewegungseinschränkung der kompletten

Halswirbelsäule sowie Nebenwirkungen der Medikation - in erster Linie in Form von Müdigkeit, verminderter Belastbarkeit und abnehmender Konzentrationsleistung - geklagt habe ( Urk. 6/113/55). Aus rein neurologischer Sicht hätten sich nur geringfügige Auffälligkeiten gezeigt. Eine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei infolge der Versteifungsoperation nachvollziehbar. Dies gelte ebenso für die Einschränkungen in Bezug auf das Heben und Tragen schwerer Lasten und die Nebenwirkungen der Morphintherapie. Gesamthaft bestehe für die angestammte Tätigkeit als Logistikmitarbeiter in einer Bank, die bereits optimal leidensangepasst sei, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ( Urk. 6/113/56 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zur Auffassung, die ursprünglich angestammte Tätigkeit als Lastwagenmechaniker sei dem Versicherten aufgrund der orthopädischen Befunde nicht mehr zumutbar. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Logistikbereich, welche zum Teil auch die Wirbelsäule belastende Arbeiten beinhaltet habe, bestehe nur mehr eine 50%ige Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenzzeit. Eine gut angepasste Verweistätigkeit, wozu auch die vom Versicherten bereits im Logistikbereich ohne die körperlich belastenden Funktionen ausgeübte Tätigkeit zähle, könne dagegen bei ganztägiger Präsenzzeit mit einer um 10 % reduzierten Leistungsfähigkeit ausgeübt werden ( Urk. 6/113/31). Diese Beurteilung bestätigten die Gutachter überdies mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 ( Urk. 6/134/4).

#### **E. 4**

Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 9. Januar 2012 ab Oktober 2011 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen ( Urk. 6/69). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Namentlich ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar (vgl. E. 1.3). In diesem Zusammenhang ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass anhand der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer zwischenzeitlichen Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist, die geeignet ist, den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Dies bestätigen nicht nur die Gutachter mit dem Hinweis darauf, dass sich seit der Implantation der Morphinpumpe im Juni 2015 (vgl. Urk. 6/103) das Abhängigkeitspotential weitgehend reduziert habe, was auch mit Blick auf die vom Versicherten täglich zugeführte Opiat-Dosis deutlich wird (vgl. Urk. 6/52/4, 6/53/5

[100 Milligramm] und 6/126/3 [2.747 Milligramm]). Darüber hinaus wiesen die Gutachter auf eine Abnahme der Schmerzsymptomatik hin

(Urk. 6/113/36), welche der Beschwerdeführer sowohl gegenüber ihnen (Urk. 6/113/16), als auch gegenüber der behandelnden Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, bestätigt hatte. Jene

ging

von einer massiven Verbesserung der Lebensqualität des Versicherten aus (Urk. 6/126/2 f.).

#### **E. 5**

.1

Da nach dem Gesagten Anlass zur Überprüfung des Rentenanspruchs besteht, ist dieser in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend und ohne Bindung an frühere Beurteilungen neu zu prüfen (vgl. E. 1.3).

Im MEDAS-Gutachten vom 11. März 2016 wurde festgehalten, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Logistikbereich, welche teilweise auch die Wirbelsäule belastende Arbeiten beinhaltet, nur mehr eine 50%ige Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Präsenzzeit bestehe.

Eine gut angepasste Verweistätigkeit, wozu auch die vom Versicherten bereits im Logistikbereich ohne die körperlich belastenden Funktionen ausgeübte Tätigkeit zähle, könne dagegen bei ganztägiger Präsenzzeit mit einer um 10 % reduzierten Leistungsfähigkeit ausgeübt werden (Urk. 6/113/31, 6/134/4).

### **E. 5.2**

Da das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 11. März 2016 als medizinische Grundlage für die angefochtene Verfügung diene, ist zunächst auf dessen Beweiswert einzugehen. Die Expertise basiert auf umfassenden orthopädischen, psychiatrischen, internistischen sowie neurologischen Untersuchungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 6/113/5 ff.). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern seine Beschwerden schildern und wurde von diesen - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 6/113/15 ff., 6/113/37 ff., 6/113/45 ff. und 6/113/50 ff.). Die geklagten Leiden wurden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen berücksichtigt, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 6/113/24 f., 6/113/30 ff., 6/113/44, 6/113/49 und 6/113/56 f.). Soweit möglich setzten sich die Gutachter ausserdem mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen auseinander (Urk. 6/113/23 f., 6/113/29 f., 6/113/43 f. und 6/113/56). Gesamthaft erfüllt das polydisziplinäre Gutachten somit die praxis gemässen formalen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4). Soweit ersichtlich wird dies auch seitens der Parteien grundsätzlich nicht bestritten.

### **E. 5.3**

Soweit der Beschwerdeführer Widersprüche zum Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Oktober 2011 (Urk. 6/52 f.) geltend macht (Urk. 1 S. 6 f.), ist hervorzuheben, dass frühere medizinische Beurteilungen keine Bindungswirkung entfalten, falls ein Revisionsgrund vorliegt. Davon abgesehen steht die seitens der MEDAS-Gutachter festgelegte Arbeitsfähigkeit von 50 % für teilweise die Wirbelsäule belastende Tätigkeiten (Urk. 6/113/31) in keinem Widerspruch zur Einschätzung der Z.\_\_\_\_-Gutachter, welche 2011 für die bisher vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit am Empfang einer Bank eine ebensolche Arbeitsfähigkeit attestierten (Urk. 6/53/11). Zu jenem Zeitpunkt umfasste diese Tätigkeit gemäss Angaben des Beschwerdeführers nebst eigentlichen Empfangsarbeiten auch solche in Bezug auf die Schulungsorganisation und die Bereitstellung der Infrastruktur (Urk. 6/53/4 f.). Dementsprechend beinhaltete sie mit Wirbelsäulenbelastung verbundene Arbeiten wie das Heben und Tragen mittelschwerer Gegenstände (Urk. 6/19/8).

### **E. 5.4**

Die von den MEDAS-Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 90 % für Tätigkeiten ohne körperlich belastende Funktionen ist nicht in Frage zu stellen. Zwar ging der

Versicherte zuletzt bis zur Kündigung durch die Arbeitgeberin nur noch allgemeinen Empfangstätigkeiten, PC-Arbeiten, Sitzungszimmerkontrollen und technischem Support nach, und war in diesem Zusammenhang gemäss deren Einschätzung nur zu circa 25 % leistungsfähig (Urk. 6/123/1). Mit dem Hinweis auf die Auffassung der Arbeitgeberin lässt sich die Beurteilung der MEDAS-Gutachter nicht entkräften (vgl. Urk. 1 S. 7). Dieser kommt keine Beweiseignung zu und es ist aus den Ausführungen der Arbeitgeberin nicht ersichtlich, welche Gesichtspunkte diesen im Einzelnen zu Grunde gelegt wurden. Die vom Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Oktober 2011 deutlich abweichende Beurteilung ist sodann nicht nur mit Blick auf die eingetretene Verbesserung nachvollziehbar und begründet. Die damalige Einschätzung ist widersprüchlich. So wurde aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht basierend auf den Ergebnissen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ein volles Arbeitspensum für zumutbar erachtet. Infolge der Morphinabhängigkeit und den damit verbundenen Nebenwirkungen attestierte Dr. B.\_\_\_\_ auf psychiatrischer Ebene eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %. Weshalb im Ergebnis unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzproblematik eine bloss 50%ige Arbeitsfähigkeit resultierte, bleibt unklar, zumal die Schmerzquelle nicht objektiviert werden konnte und sich keine Hinweise für ein dysfunktionales Schmerzverhalten ergeben hatten (Urk. 6/53/10 f.). Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der zwischenzeitlichen eingetretenen Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten (vgl. E. 4.2) ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS-Gutachter jedenfalls nicht in Zweifel zu ziehen.

#### **E. 5.5**

Dies ist ebenso wenig mit Blick auf die Berichte der behandelnden Ärzte angezeigt (vgl. Urk. 1 S. 8 f.). In diesem Kontext ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen und Therapeuten 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). Dementsprechend ist ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten nicht stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Fachpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte betreffen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweis, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Eben solche objektiven Gesichtspunkte gehen namentlich aus den Berichten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2016 (Urk. 6/126) und 20. Januar 2017 (Urk. 6/139/1 ff.) nicht hervor.

So enthalten sie einerseits Ausführungen zum langjährigen Krankheitsverlauf, welche den Gutachtern bereits aufgrund ihres detaillierten Aktenstudiums bekannt waren. Andererseits sind den Berichten weder in Bezug auf die gestellte Diagnose, noch hinsichtlich der objektiven Befunde Aspekte zu entnehmen, welche im Rahmen der Begutachtung unberücksichtigt geblieben sind.

#### **E. 5.6**

Schliesslich bleibt in Anbetracht der von Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auf das in diesem Zusammenhang anwendbare

s strukturierte Beweisverfahren

einzu gehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1 ff.) . In Bezug auf die vom Bundesgericht festgelegte Kategorie „ funktioneller Schweregrad “

ist insbesondere von Relevanz, dass anlässlich der psychiatrischen Untersuchung bloss „ allenfalls “ leichte psychische Störungen festgestellt werden konnten. Entsprechend geringfügige Einschränkungen finden sich auch im individuellen Fähigkeitsprofil ( Urk. 6/113/40 ff.). Im Weiteren ist anzumerken, dass hinsichtlich der psychischen Störungen keine Behandlungsresistenz erstellt ist. Eine Intensivierung der medikamentösen Behandlung und der psychiatrischen Betreuung wird berechtigterweise als möglich erachtet ( Urk. 6/113/43 f.). Zum Indikator der Persönlichkeit ist festzuhalten, dass Dr. E.\_\_\_\_ zwar anankastische Persönlichkeitszüge, jedoch keine Persönlichkeitsstörung feststellen konnte. Diese vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis ) und sind daher nicht als wesentlich resourcen mindernd einzu stufen . Betreffend das soziale Umfeld ist zu berücksichtigen, dass der Versicherte gemäss eigenen Angaben zwar nicht viele Kontakte nach aussen pflegt. Eine soziale Isolation liegt allerdings nicht vor, da er volle Unterstützung von seiner Ehefrau und der übrigen Familie erhält. Zudem steht er in Kontakt mit einem Kollegen und der Nachbarschaft ( Urk. 6/113/18, 6/113/38). Sodann ist hinsichtlich der Kategorie „ Konsistenz “

einerseits festzuhalten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen besteht. Obschon der Beschwerdeführer auch tagsüber Ruhepausen zur Entlastung der Wirbelsäule einlegt, ist durchaus eine geregelte Tagesstruktur vorhanden. Er übernimmt unter anderem kleinere Aufgaben im Haushalt und im Garten, tätigt kleinere Besorgungen, nimmt Behandlungstermine wahr, pflegt Kontakte zur Nachbarschaft und kümmert sich um die Haustiere ( 6/113/17 f., 6/113/40) . Andererseits nimmt der Versicherte nur alle sechs bis sieben Wochen Termine bei einer Psychologin wahr ( Urk. 6/139/2), was in Bezug auf die psychischen Beschwerden auf einen geringen Leidensdruck hindeutet.

In Würdigung der genannten Indikatoren kann gesamthaft festgehalten werden , dass die aus psychiatrischer Sicht attestierte geringfügige Arbeits unfähigkeit von 10 % für jegliche Tätigkeit ( Urk. 6/113/44) namentlich in Anbetracht der leicht gradig ausgeprägten objektiven Befunde , des intakten sozialen Umfelds sowie des vorhandenen Aktivitätsniveaus nachvollziehbar ist . Überdies kann eine Behandlungsresistenz der psychischen Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden .

## **E. 6**

.4

Auf der Grundlage eines Valideneinkommens von Fr. 86'878.55 sowie eines Invalideneinkommens von Fr. 59'959.35 hat die IV-Stelle somit den Invaliditätsgrad zutreffend auf 31 % festgelegt ([ Fr. 86'878 . 55 ./. Fr. 59'959.35] \* 100 / Fr. 86'878.55; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121), weshalb kein Rentenanspruch mehr besteht (vgl. E. 1.2).

## **E. 7**

.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die halbe Rente des Versicherten zu Recht auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung aufgehoben (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] ), da kein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %

mehr vorliegt . Von weiteren medizinischen Abklärungen sind im Übrigen keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon - entgegen dem Eventualantrag des Versicherten - abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

Da sich der angefochtene Entscheid ( Urk. 2) somit als korrekt erweist, ist die da gegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

## **E. 8**

00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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.