

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00809 vom 21. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00809

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00809 du 21 novembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00809 del 21 novembre 2011

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) . Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung 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 Vier telsrente , 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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder

aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 27. Juli 2017 (Urk. 7/133) damit, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich eindeutig verbessert (S. 2) . Es

bestehe

seit Januar 2011 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 1). Unter Verwendung der Tabelle der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik für männliche Hilfsarbeiten und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 %

resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 28 % (S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 2. August 2017 (Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert (S. 7 Ziff. 3.1) . Auf die Berichte der behandelnden Ärzte könne abgestellt werden (Ziff. 3.2). Hingegen könne auf das Z.____-Gutachten – aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden. Im Weiteren sei aufgrund seines Alters von 48 Jahren, des langjährigen und komplexen Krankheitsbildes, des nicht vorhersehbaren Krankheitsverlaufes sowie der erheblichen körperlichen Einschränkungen ein leidensbedingter Abzug von 25 % angemessen (S. 8 Ziff. 4). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer sich auf die Invalidenrente auswirkenden Weise verbessert hat und falls ja, ob er immer noch Anspruch auf eine Invalidenrente hat .

Vergleichszeitpunkt bildet die rentenzusprechende Verfügung vom 21. November 2011 (Urk. 7/60).

E. 3

S. 2 und 5, Urk. 7/8, Urk. 7/11-12, Urk. 7/23). Er meldete sich am 5. Februar 2009 unter Hinweis auf Rücken- und Kopfschmerzen sowie Bandscheiben- und Knieprobleme bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihm mit Verfügung vom 21. November 2011 (Urk. 7/60) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. September 2009 zu.

Das hiesige Gericht wies mit Urteil vom 27. Mai 2015 im Verfahren BV.2013.00074 eine vom Versicherten gegen die GastroSocial Pensionskasse und die Stiftung Auffangeinrichtung BVG erhobene Klage betreffend eine Erwerbsunfähigkeitsrente ab. Es begründete die Abweisung mit dem Unterbruch des notwendigen engen zeitlichen Konnexes zwischen einer allfälligen während des Vorsorgeverhältnisses aufgetretenen Arbeitsunfähigkeit und einer allfällig später eingetretenen Invalidität im Sinne des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG). Die Frage, ob beim Versicherten tatsächlich ein Gesundheitsschaden vorlag, liess es offen.

E. 3.1

Die Verfügung vom 21. November 2011 (Urk. 7/60) beruhte im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Unterlagen:

E. 3.2

Dr. med. A. ____

und Dr. med. B. ____ von der C. ____

stellten in ihrem Bericht vom 29. Oktober 2009 (Urk.

E. 3.3

Dr. med. D. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), kam in seiner Stellungnahme vom 23. August 2010 (Urk. 7/57 S. 2) gestützt auf seine Untersuchung vom 21. Juni 2010 zum Schluss (Urk. 7/40), der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch ab 2003 auf Dauer nicht mehr arbeitsfähig gewesen. In einer angepassten Tätigkeit habe ab 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vorgelegen. Ab September 2009 sei aufgrund des neuerlichen Bandscheibenvorfalls gar keine berufliche Tätigkeit mehr möglich gewesen. Da der Gesundheitszustand besserungsfähig sei, sollte in angepasster Tätigkeit ab September 2010 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden.

E. 3.4

Gestützt auf eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 16. November 2010 berichtete Dr. med. E. ____, Facharzt für Radiologie FMH, vergleichend zur Voruntersuchung vom 16. Oktober 2007 bestünde auf mehreren Höhen der LWS eine deutliche Befundverschlechterung. Neu seien deutliche kyphotische Fehlformen von TH12-L3 bei teilweise neu aufgetretenen Chondrosen festzustellen (Urk. 7/43).

E. 3.5

Laut Bericht en von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 21. Dezember 2010 und 3.

Februar 2011 (Urk. 7 / 50, Urk. 7/53/5) wurde nach einer erneuten Zunahme der Schmerzsituation mit radikulärer Ausstrahlung eine konservativ zu behandelnde Rezidivhernie L3/4 links festgestellt. Er ging davon aus, dass eine zumindest teilweise Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei er im ambulanten Rahmen keine genauere Beurteilung abgeben könne und eine Arbeitsabklärung im G.____ empfehle. Bis dahin sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig. Im Bericht vom 3. Februar 2011 stellte er eine leichte Besserung der Situation fest und wies darauf hin, dass er bis Ende Februar 2011 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Das Weitere werde die Klinik zeigen.

E. 3.6

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens ging der RAD-Arzt Dr. D.____ am 19. April 2011 davon aus (Urk.

E. 7

/ 114 /2- 4 6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36): - Rezidivierend akut auftretende und chronische lumbale Schmerzen links betont bei - Status nach Dekompression L3/4 bei Diskushernie L3/4 im Dezember 2003 - Status nach Dekompression L2/3 und Sequesterektomie links mit hoch gradiger Spinalkanalstenose und medianer Diskushernie L2/3 im April 2010 - Verdacht auf Rezidivhernie L3/4 links - Schulterschmerzen links mit Impingement und Tendinopathie der Supraspinatussehne links - Mediale Meniskusdegeneration Knie links - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - differentialdiagnostisch: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) - differentialdiagnostisch: dissoziative Störung, gemischt (= Konversionsstörung; ICD-10 F44.7) mit begleitender, leichter depressiver Episode (ICD-10 F32.0) mit vorliegend dysphorischer Stimmungslage bei/mit histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), sekundären Problemen in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z64), Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3) und episodischen Spannungskopfschmerzen

Die Gutachter führten aus, aus internistischer Sicht resultierten keine weiteren Einschränkungen. Aus orthopädischer Sicht könnten die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen im Bereich des Achsenorgans zumindest teilweise erklärt werden. Der pathologische Befund und die Zustände nach den operativen Eingriffen hätten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge einer reduzierten Belastbarkeit der Wirbelsäule geführt. Es fänden sich bei der neurologischen Untersuchung Hinweise auf eine

abgelaufene radikuläre Schädigung in Form eines fehlenden Patellarsehnenreflexes links und ein abgeschwächter Achillessehnenreflex links. Bei der aktuellen Untersuchung hätten aber akute radikuläre Irritationszeichen, aber auch Lähmungen in sämtlichen Segmenten L2 bis S1 links gefehlt. Auch wenn mehrsegmentale, diskogene, auch degenerative LWS - Veränderungen sichtbar seien, lasse sich somit kein relevanter radikulärer Ausfall feststellen (S. 37 f.).

Weiter berichteten die Gutachter, aus psychiatrischer Sicht finde sich eine klare psychosomatische Ausweitungs- und Überlagerungssymptomatik mit multiplen Symptomen auf psychovegetativer Ebene, die somatisch nicht erklärt werden könnten und

die von ihrer Zusammensetzung und Charakteristik her eindeutig für ein psychosomatisches Geschehen sprechen.

Psychiatrisch falle weiter auf, dass der Beschwerdeführer eine Belle indifference zeige. Er lächle freundlich, auch beim Berichten von subjektiv stärksten Schmerzen. Dies sei passend zu einer histrionischen Symptomatik (S. 38).

Zu den funktionellen Auswirkungen der Leiden hielten die Gutachter fest, rein internistisch bestünden keinerlei funktionelle Einschränkungen. Orthopädisch beurteilt, seien dem Beschwerdeführer keine rückenbelastenden Tätigkeiten zumutbar.

Insbesondere das repetitive Heben und Halten von Lasten über 5 kg, das Arbeiten in Zwangshaltung mit dem Rücken, das regelmässige sich Bücken müssen und regelmässige Überkopfarbeiten seien nicht mehr zumutbar. Dass gewisse Restbeschwerden der radikulären Art mit Ausstrahlung in das linke Bein vorliegen, sei aus neurologischer Sicht möglich. In adaptierten Tätigkeiten bestünden aber dadurch keine zusätzlichen Einschränkungen. Psychiatrisch sei in erster Linie die Funktionsfähigkeit durch die Dysphorie und Neigung zu aggressivem verstimmtem Verhalten belastet (S. 38 f.).

Nicht erklärbar sei das Ausmass der geklagten Beschwerden. Hier finde sich eine im Rahmen der Psychopathologie erklärbare histrionische Überlagerung mit einer Tendenz einer Dramatisierung und Aggravierung der Beschwerden, die allerdings nicht als bewusste Simulation missverstanden werden dürfe (S. 40).

Auf Grund der orthopädischen und neurologischen Befunde sei der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit als Küchenhilfe nicht mehr arbeitsfähig. Alle Tätigkeiten mit körperlicher Belastung, insbesondere des Rückens, mit regelmässigem oder vorwiegend Stehen und vorwiegend Gehen seien nicht mehr zumutbar. Für Verweisungstätigkeiten in wechselnd belastenden Tätigkeiten leichten bis mittel schweren Ausmasses, bei denen die Möglichkeit bestehe, die Körperposition regelmässig zu wechseln, abwechselnd zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu arbeiten, bestehe rein orthopädisch und neurologisch eine weitgehende Arbeitsfähigkeit. Hier könne dem Beschwerdeführer aber aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bei einer Tätigkeit mit vollem Rendement zugebilligt werden. Diese Beurteilung gelte seit 2011, das heisse circa sechs Monate nach dem Eingriff im April 2010. Bezüglich der Rezidivhernie auf Höhe L3/4 handle es sich lediglich um einen Verdacht. Es sei nicht davon auszugehen, dass dieser Verdacht zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit geführt habe. Rein auf Grund des psychopathologischen Befundes, der an sich bescheiden sei, sei dem Beschwerdeführer eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von 10 % zuzubilligen, womit eine Gesamteinschränkung von 30 % in adaptierter Tätigkeit resultiere (S. 40 f.).

Die Gutachter hielten weiter fest, insgesamt hätten sich die objektiven Befunde seit Juni 2010 nicht wesentlich verändert. Dazukommend seien, was damals wahrscheinlich nicht realisiert worden sei, die wesentlichen psychosomatischen Überlagerungen des gesundheitlichen Problems (S. 44 Ziff. 13.2). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom 30. September 2016 (E. 4.3) ist hinsichtlich der zu beurteilenden Leiden des Beschwerdeführers umfassend. Es beinhaltet internistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische

Explorationen und beruht mit den klinischen und bildgebenden Erhebungen auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen (vgl. Urk. 7/114/2-46 S. 16, S. 19-21, S. 24 f. S. 29-32). Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (S. 4-11, S. 18 f., S. 27, S. 42 f.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden

und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (S. 15, S. 17, S. 19, S. 21-24, S. 26 f., S. 29, S. 32 f.).

Die Gutachter legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Sie zeigten schlüssig auf, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der lumbalen Schmerzen, des Impingement - Syndroms in der linken Schulter sowie der Meniskusdegeneration im linken Knie und der damit verbundenen Schmerzen im Achsenorgan eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge einer reduzierten Belastbarkeit der Wirbelsäule besteht. Dabei konnten sie keinen relevanten radikulären Ausfall feststellen. Dies deckt sich mit der Feststellung der Fachärzte des C.____, welche keinen Hinweis auf einen motorischen Ausfall feststellten (E. 4.2). Die Gutachter

erklärten einleuchtend, dass aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik

unter Beachtung des formulierten Zumutbarkeitsprofils in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Zudem zeigten sie nachvollziehbar auf, dass wegen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit jedoch leichten

psychopathologischen Befunden eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % besteht, sodass insgesamt eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit resultiert.

Ferner konnten sie schlüssig darlegen, dass ihre Beurteilung seit

circa sechs Monaten nach dem Eingriff im April 2010 gilt und sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seither nicht mehr wesentlich verändert hat.

Damit entspricht die

Z.____ - Expertise den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 1.5). 5.2

Dr. F.____ bezeichnete den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in seinen Berichten vom 18. August 2015 und 11. Februar 2016 (E. 4.1) als knapp stabil, was darauf schliessen lässt, dass er in Übereinstimmung mit dem

Z.____ -Gutachten ebenfalls von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgeht. Ohne sich klar darüber zu äussern, ob er sich auf eine angestammte oder auch eine angepasste Tätigkeit bezog, hielt er die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit

für nicht zumutbar.

Sollte Dr. F.____ bei seiner

Einschätzung nur die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch /Küchenhilfe im Auge gehabt haben, ergäben sich keine Differenzen zum Z.____

-Gutachten (E. 4.3). Sollte sich seine Ansicht aber auch auf jegliche angepassten Tätigkeiten erstrecken, bestünde ein Widerspruch.

Dazu ist zu bemerken, dass Dr. F.____

sich in seinen Berichten - so zumindest hat es den Anschein - alleine auf das MRI vom 10. Juli 2015 (Urk. 7/87) stützte, ohne den Beschwerdeführer eingehend klinisch untersucht zu haben. Insbesondere mangelt es seinen Berichten – im Gegensatz zur Untersuchung durch die Z.____ -Gutachter (vgl. Urk. 7/114/2-46 S. 19 f.) - an einer Funktionsdiagnose, welcher bei somatisch begründeten Einschränkungen zentrale Bedeutung zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Hinzu kommt, dass das der Einschätzung von Dr. F.____ zu Grunde liegende MRI nur geringe neurale Tangierungen aufweist (Urk. 7/87).

Daraus lässt sich nicht ohne Weiteres auf eine funktionelle Leistungseinschränkung schliessen. So stellen denn auch die Z.____ -Gutachter

ebenso wenig relevante radikuläre Ausfälle fest, wie die Fachärzte des C.____ motorische Ausfälle feststellen konnten (E. 4.2 -3).

Nach dem Gesagten vermögen die Berichte von Dr. F.____ das Z.____ -Gutachten nicht in Frage zu stellen. 5.3

Der Beschwerdeführer bemängelte den Umstand, dass die Z.____ -Gutachter in ihrer psychiatrischen Begutachtung die Standardindikatoren nicht angewandt hätten (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.3). Das psychiatrische Teilgutachten enthält eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urk. 7/114/2-46 S. 28-35) und entspricht somit den bundesgerichtlichen Voraussetzungen (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). Hinsichtlich der Standardindikatoren ist zu bemerken, dass es Aufgabe des Rechtsanwenders ist, diese zu prüfen (BGE 141 V 285 E. 5.2). Die dafür notwendigen Angaben lassen sich dem Z.____ -Gutachten entnehmen. So finden sich darin sowohl Angaben zur Gesundheitsschädigung, der Persönlichkeit und zum sozialen Kontext, um so den funktionellen Schweregrad zu bestimmen, als auch insbesondere zur Konsistenz über die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen (vgl. dazu die Indikatorenprüfung unter E. 8.2).

Das Vorbringen des Beschwerdeführers geht somit fehl.

Der Beschwerdeführer kritisierte ferner

die hinsichtlich der körperlichen Beschwerden seiner Meinung nach nicht nachvollziehbare von den Z.____ -Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3.3). Er zeigte dabei aber nicht auf, welche, von den Gutachtern unberücksichtigt gebliebenen, zusätzlichen funktionellen Einschränkungen

bestehen sollten. Es

blieb bei einer pauschalen, nicht durch medizinische Fakten untermauerten, Kritik. Dabei sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche seinen Standpunkt stützen. Die Z.____ -Gutachter beschrieben

aufgrund der somatischen Leiden ein detailliertes Belastungsprofil und legten dar, dass wegen

der chronischen Schmerzsymptomatik für Arbeiten unter Beachtung des formulierten Profils zusätzlich eine Einschränkung von 20 % besteht.

Dabei stellten sie aber auch klar, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden aus somatischer Sicht nicht begründet werden kann und von einer Schmerzausweitung auszugehen ist (E. 4.3).

In gleicher Weise undifferenziert und nicht mit ärztlichen Berichten untermauert bemängelte der Beschwerdeführer die von den Z.____-Gutachtern attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Leiden. Er legte nicht dar, inwiefern diese nicht nachvollziehbar sein soll (Urk. 1 S. 8 Ziff. 3.3). Viel mehr zeigen die Z.____-Gutachter plausibel auf, dass bei bescheidenen psychiatrischen Befunden und einer psychosomatischen Ausweitungs- und Überlagerungssymptomatik aus objektiver Sicht eine geringe Einschränkung besteht (E. 4.3). 5.4

Nach dem Gesagten kann auf das Z.____-Gutachten abgestellt werden.

Diesem kommt voller Beweiswert zu. 6.

Laut dem Z.____-Gutachten haben sich die objektiven Befunde seit der letzten Revision nicht wesentlich verändert (E. 4.3). Bei der abweichenden Einschätzung zur damaligen Arbeitsfähigkeit durch die Z.____-Gutachter handelt es sich damit lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhaltes. In gleicher Weise ging RAD-Arzt Dr. D.____ in seiner Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 (Urk. 7/116 S. 5 unten) von einem im

Wesentlichen unveränderten Befund aus. Ebenso ging Dr. F.____ in seinen Berichten vom 18. August 2015 und 11. Februar 2016 von einem

stabilen Zustand aus. Dabei bezog er sich offensichtlich auf die bildgebend dokumentierte Entwicklung zwischen den MRI-Untersuchungen vom 17. September 2013 und 10. Juli 2015 (Urk. 7/87), wobei erstere die Situation nach erfolgter Dekompression vom 22. April 2010 darstellte, welche ihrerseits Grundlage für die Rentenzusprache bildete. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin in ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 27. Juli 2017 (Urk. 7/133) bezüglich des wesentlich veränderten Gesundheitszustandes ist denn auch offensichtlich widersprüchlich. Einerseits behauptete sie, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich eindeutig verbessert (S. 2), andererseits stellt e

sie aber auf das eingeholte Gutachten ab und sprach gestützt darauf von einer seit Januar 2011 – und damit rund 11 Monaten vor der rentenzusprechenden Verfügung vom 21. November 2011 (Urk. 7/60) - bestehenden 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (S. 1).

Aus den übereinstimmenden Unterlagen ergeben sich somit keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der rentenzusprechenden Verfügung

vom 21. November 2011

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