

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00316 vom 19. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00316

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00316 du 19 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00316 del 19 novembre 2015

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung 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 Aufgabenbereich 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. 1.4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

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.

E. 2

3. Mai 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Rentenentscheid wie folgt (Urk. 2): Ein Vergleich des neuen Gutachtens des

Y.____ mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ vom 14. Februar 2006 zeige, dass ein Revisionsgrund vorliege. Die beschriebenen Befunde hätten sich verbessert. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20%. Der neue Invaliditätsgrad betrage 25% (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber aus näher genannten Gründen (Urk. 1

Rz

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich die Verhältnisse seit Erlass der rentenzusprechenden Verfügungen vom

7. April 2006 (Urk. 7/4 7) sowie 27. Oktober 2006 (Urk. 7/54), welche aufgrund einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung erging en , im Ver gleich zur hier angefochtenen Verfügung vom 1 8. März 2019 in anspruchshelvanter Weise verändert haben (vgl. vorstehend E. 1. 3 f.). 3.

Den rentenzusprechenden Verfügungen vom 7. April 2006 (Urk. 7/47) sowie 27. Oktober 2006 (Urk. 7/54)

lag im Wesentlichen das Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1 4. Februar 2006 (Urk. 7/41) zugrunde, worin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (S. 8 Ziff. 4): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronische schwere Depression (ICD-10 F32.2) - Status nach Unfällen 1996 und 2000 mit Ellbogenkontusionen rechts und Operationen am rechten Arm am 2 6. April 2001 und 1 4. Dezember 2001

Der Beschwerdeführer verfüge aufgrund seiner geringen Bildung und der ausgeprägten Alexithymie nicht über genügende psychische Fähigkeiten, die chronischen Schmerzen und Beeinträchtigungen am rechten Arm zu bewältigen. Die psychischen Spannungen exazerbierten in einen pathologischen psychovegetativen Stresszustand. Der Beschwerdeführer

sei nachts derart in eine Unruhe geraten, dass er seit zwei Jahren nicht mehr ins Bett gegangen sei. Er stehe nachts wiederholt auf und gehe nach draussen. Er habe Essstörungen. Ein grober Tremor am ganzen Körper habe sich eingestellt. Der Beschwerdeführer leide unter Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Er habe alle Interessen und Betätigungen verloren und sich sozial völlig zurückgezogen.

Dies sei auch innerhalb der Familie der Fall. Durch den Verlust der Berufstätigkeit sei der Beschwerdeführer in Minderwertigkeitsgefühle geraten. Mit der Ehefrau komme es andauernd zu Streitigkeiten, und der Beschwerdeführer

sei auf ihre Hilfe selbst in den alltäglichen Verrichtungen angewiesen. Er habe selber das Interesse für die Körperpflege verloren. Aus diesen Schwierigkeiten habe eine chronische schwere Depression resultiert. Der Beschwerdeführer

sei niedergeschlagen, weine häufig, habe den Lebensmut verloren, habe Selbstmordgedanken. Er sei

dysphorisch geworden und neige

zu Aggressivität gegen sich selber und gegen andere. Die psychischen Spannungen könnten derart exazerbieren, dass es zu Erbrechen und unkontrollierbarem Durchfall kommt.

Zusammengefasst habe sich beim Beschwerdeführer nach dem zweiten Unfall wegen persistierender Beschwerden und ungenügender psychischer Bewältigungsfähigkeiten ein somatoformes Schmerzsyndrom entwickelt, das sich chronifiziert und fixiert habe im Zusammenhang mit der Persistenz und Exazerbation einer psychovegetativen Stresssymptomatik und einer Depression, die ebenfalls einen chronischen und schweren Grad angenommen habe. Wegen dieser psychischen Symptomatik sei der Beschwerdeführer als voll arbeitsunfähig zu betrachten. Therapeutische Optionen gebe es eines Erachtens nicht, weil der Beschwerdeführer wegen der geringen Bildung und geringen Ausbildung der Affektivität und damit einer starken Alexithymie psychotherapeutisch nicht zugänglich sei und auch Psychopharmaka den

psychopathologischen Zustand nicht kausal beheben könnten. Prognostisch könne deshalb mit keiner Besserung gerechnet werden (S.10 oben).

Der Beschwerdeführer sei seit der Operation vom 14. Dezember 2001 bis heute auch aus psychischen Gründen zu 100 % generell arbeitsunfähig geblieben (S.10 Ziff. 5). 4. 4.1

Im Zeitpunkt der Mitteilung des unveränderten Rentenanspruchs vom 28. Oktober 2011 (Urk. 7/78)

lagen der Beschwerdegegnerin folgende Berichte vor :

4.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, B.____, führte mit Bericht vom 28. Juni 2011 (Urk. 7/74) aus, der Beschwerdeführer erhalte eine Rente bei Status nach Polytrauma (Gabelstapler-Unfall) im Jahr 2000. Aktuell werde er wegen mehrmonatigen blutigen Durchfällen betreut. Es habe sich die Diagnose einer distalen Colitis ulcerosa gezeigt, welche nun medikamentös in Remission habe gebracht werden können (Ziff. 2). Wenn die Therapie konsequent fortgeführt werde, könne erwartet werden, dass zurzeit keine Beschwerden auftreten würden. Eine Colitis ulcerosa sei allerdings eine möglicherweise schubweise verlaufende Krankheit, eine Prognose sei deshalb schwierig (Ziff. 4). 4.3

Dr. med. C.____, praktischer Arzt, führte mit Bericht vom 29. Juli 2011 (Urk. 7/75/1-4) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2001 (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronische schwere Depression - sensomotorische Ulnarisparese rechts bei Status nach mehrmaliger Operation im Ellbogenbereich rechts - Status nach Radiusköpfchenfraktur rechts 1995 - Status nach Ellbogenkontusion im Juli 2000 - distale Colitis ulcerosa

Der Beschwerdeführer sei aus somatischer wie auch aus psychischer Sicht massiv eingeschränkt. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft (S. 2 Ziff. 1.7). 4.4

PD Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 17. September 2011 (Urk. 7/76/5-9) aus, er habe den Beschwerdeführer am 28. Mai 2011 erstmals untersucht (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - chronifizierte schwere Depression (ICD-10 F32.2) - Persönlichkeitsveränderung nach langer und dauernder psychischer Störung (ICD-10 F62.1) und nach chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.8)

Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei nicht gegeben, weil das Kriterium der „Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Faktoren“ nicht aufgezeigt werden könne. Der Beschwerdeführer sei aus psychischen Gründen (Depression, Persönlichkeitsveränderung) seit 2006 zu 100 % arbeitsunfähig. Nicht berücksichtigt sei die somatische Komponente der Beschwerden und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6). 4.5

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst, RAD, führte mit Stellungnahme vom 13. Oktober 2011 (Urk. 7/77/2-3) aus, gestützt auf den Arztbericht von Dr. D.____ sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weiterhin in erheblicher Weise in seiner psychofunktionellen Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei und dass hieraus unverändert eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt resultiert e (S. 3). 5.

In der Folge reichte die Pensionskasse des Beschwerdeführers ein von ihr veranlasstes psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/79) ein:

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 9. November 2010 (Urk. 7/79) ein psychiatrisches Gutachten und nannte als Diagnose eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1 ; S. 12). Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Es fehlten effektiv die innerpsychischen Konflikte und die psychosozialen Faktoren. Auch eine Schmerzverarbeitungsstörung oder eine Somatisierungsstörung könnten nicht erkannt werden. Bei den Beschwerden handelte es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Symptomausweitung, eine Aggravation. Auch depressiv sei der Beschwerdeführer nicht, allenfalls könne man seine wenig lebendige Art als depressive Verstimmung sehen. Eher spreche der Beschreibung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers (introvertiert, sage von sich aus nie etwas, uneinfühlbar, nicht affizierend) für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Der Beschwerdeführer sei wenig beteiligt, distanziert, zeige keine Gefühle, sei oft allein unterwegs, pflege auch den Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie nicht, habe keine näheren Bezugspersonen, auch wenig Interesse an sexuellen Erfahrungen (S. 12). Es habe nie eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % aufgrund der psychischen Beschwerden bestanden (S. 13). 6 . 6 .1

Dem Rückweisungsurteil vom 8. Mai 2017 (Urk. 7/168) lagen folgende, vom Gericht als nicht genügend aussagekräftig beurteilte Arztberichte zugrunde (vgl. E. 5 .1 ff. des genannten Urteils): 6 .2

Am 3. Dezember 2012 erstattet e Dr. med. Dr. rer . nat. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten (Urk. 7 /103). Er führte aus, dass sich die Frage stelle, ob es sich bei den vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen um eine reine Symptomausweitung oder eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41) handle (S. 18 unten). Gesamthaft würden die Argumente, die für eine reine Symptomausweitung sprächen, deutlich überwiegen. Zwar lägen beim Beschwerdeführer durchaus klinisch relevante Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen vor, diese seien aber nur zu einem kleinen Teil in der Schmerzproblematik begründet und viel eher in der affektiven Symptomatik mit Gereiztheit, Dysphorie, Scham- und vermutlich auch Insuffizienzgefühlen, wenig Frustrationstoleranz gegenüber anderen Menschen und schliesslich auch vermindertem Antrieb, Müdigkeit und Mangel an Lebensenergie. Es seien also vorwiegend depressive Symptome, die zur Beeinträchtigung führten, nicht die Schmerzen (S. 19 unten).

Was die von PD Dr. D.____ diagnostizierte Persönlichkeitsveränderung (ICD 10 F62.1 oder 62.8) betreffe, so liessen sich aus seiner Sicht die beim Beschwerdeführer zu beobachtenden psychosozialen Einschränkungen hinreichend aus der chronischen Depression und dem damit verbundenen Verlust an Selbstwirksamkeit erklären, sodass eine andauernde Persönlichkeitsveränderung, die eine Anchlussdiagnose darstelle, nicht bemüht zu werden brauche (S. 26 Ziff. 9.7).

Durch den Gutachter Dr. Z.____

sei im Februar 2006 aufgrund der psychischen Problematik eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit mit diesbezüglich schlechter Prognose

festgestellt worden. Dr. Z.____

habe den Exploranden als seit dem 14. Dezember 2001 (das heisse seit der Operation) "100 % generell arbeitsunfähig" beurteilt. Therapeutische Optionen habe er keine gesehen, berufliche Massnahmen seien wegen der Schwere der Symptomatik als nicht indiziert beurteilt worden. Würden die von Dr. Z.____ erhobenen Befunde mit dem jetzigen Untersuchungstatus verglichen, zeige sich, dass die Schmerzen den Exploranden damals wesentlich stärker beeinträchtigten und auch die psychischen einschliesslich psychovegetativer Beschwerden gravierender gewesen seien. Insofern sei die damalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar (S. 26 Ziff. 9.7).

Zusammenfassend führte der Gutachter aus, es lägen nicht genügend klinisch relevante Beeinträchtigungen durch körperliche Beschwerden vor, als dass eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4x) diagnostiziert werden könne. Viel mehr müsse von einem dysfunktionalen, maladaptiven Verhalten ohne Krankheitswert, einer sogenannten Symptomausweitung, ausgegangen werden. Darüber hinaus bestehe eine mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10; S. 24 Ziff. 9.1).

In der bis 2000 ausgeführten Arbeit als Vorlader

müsse aufgrund der depressiven Symptomatik mit erheblicher Chronifizierung und Dekonditionierung von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 24 Ziff. 9.2).

Aus der Synthese von Beschwerdebild, rapportierten Alltagsaktivitäten und sozialer Partizipation lasse sich ableiten, dass der Beschwerdeführer sehr wahrscheinlich in der Lage sei, mindestens 5, möglicherweise sogar 7 - 8 Stunden täglich einer Tätigkeit nachzugehen, die überwiegend aus leichten körperlichen Aktivitäten bestehe. Dabei gelte es aber zu beachten, dass Flexibilität, Anpassungsfähigkeit an vorgegebene Regeln und Routinen, Frustrationstoleranz sowie Durchhaltevermögen und Selbstbehauptungsfähigkeit durch jahrelange Dekonditionierung wahrscheinlich deutlich eingeschränkt seien. Das genannte medizinisch-theoretisch mögliche Arbeitspensum lasse sich zunächst ausschliesslich im sekundären Arbeitsmarkt erreichen, wobei auch hier eine sozialpsychiatrische Rehabilitation vorgeschaltet werden sollte (S. 24 Ziff. 9.3).

Bei dem Beschwerdeführer habe während des über zehnjährigen Verlaufs eine beträchtliche psychische, wahrscheinlich auch körperliche Dekonditionierung stattgefunden. In diesem Zusammenhang sei erstaunlich, dass der Beschwerdeführer nie in einer sozialpsychiatrischen rehabilitativen Einrichtung (zum Beispiel in einem Tages-Zentrum) in Behandlung gewesen sei (die vorgeschlagene stationäre Rehabilitation in der H.____

habe der Beschwerdeführer abgelehnt). Auch eine regelmässige psychiatrische Behandlung habe erst vor relativ kurzer Zeit, nämlich Anfang 2012, etabliert werden können, obwohl bereits 2004 ein depressives Zustandsbild beschrieben worden sei. Die bestehende ambulante psychiatrische Behandlung bei med. pract.

I.____ solle fortgeführt werden. Als weitere Massnahme empfehle sich der Besuch eines sozialpsychiatrischen Tageszentrums (S. 25 Ziff. 9.5). 6.3

Dr. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, B.____, führte mit Bericht vom 27. Juni 2014 (Urk. 7/118/5-6) aus, der Beschwerdeführer habe

angegeben, mit der Colitis gehe es sehr gut, seit einem Jahre habe er kein Blut mehr gesehen. Auf Nachfrage habe er jedoch angegeben, dass zwischendurch noch ein milder imperativer Stuhl drang bestehe (S. 1 unten). Im Vergleich zur letzten Vorstellung sei das Befinden besser. Prinzipiell sei klinisch von einer guten Kontrolle der Colitis auszugehen. Allerdings weise die Anamnese darauf hin, dass doch noch eine gewisse Restentzündung bestehe (S. 2 Mitte). 6.4

Dr. C.____ nannte mit Bericht vom 2. August 2014 (Urk. 7/118/1-4) dieselben Diagnosen wie mit Bericht vom 29. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 4.3; S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei ungünstig. Im aktuellen Zustand sei der Beschwerdeführer weder arbeits- noch eingliederungsfähig. Es sei ihm kurz- und mittelfristig weiterhin im Rahmen des bisherigen Invaliditätsgrades eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit sei aktuell nicht realistisch (S. 2 Ziff. 1.4). Seine Belastbarkeit sei von somatischer und psychischer Seite massiv eingeschränkt. Es bestehe eine beinahe vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeiten in der freien Wirtschaft (S. 2 Ziff. 1.7). 6.5

Med. pract .

I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und praktischer Arzt, führte mit Bericht vom 22. September 2014 (Urk. 7/121/5-9) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2012 (Ziff. 1.2), und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10; Ziff. 1.1). Eine stationäre Psychotherapie wäre indiziert, aufgrund der Sprachbarriere des Beschwerdeführers aber höchstwahrscheinlich von geringem Nutzen. Daher sei bisher davon abgesehen worden (Ziff. 1.3). Die Prognose sei als schlecht zu bewerten. Es habe durch die Behandlung keine Reduktion der psychiatrischen Symptomatik erreicht werden können. Sie sei eher leicht verschlechtert (Ziff. 1.4). Aktuell bestehe aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten (Ziff. 1.6). Aktuell sei eine Tätigkeit auf dem realen Arbeitsmarkt in der angestammten Tätigkeit als Vorläufer weiterhin nicht zumutbar, aufgrund des sich weiterhin chronisch zeigenden Beschwerdebildes. Ebenfalls trage die jahrelange Dekonditionierung und die nur sehr geringe Durchhaltefähigkeit und geringe Frustrationstoleranz dazu bei (Ziff. 1.7 und 1.8). 6.6

Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, nannte mit Bericht vom 5. Dezember 2014 (Urk. 7/128) die folgenden Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - cervical und lumbal betontes Panvertebralsyndrom - lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen mit multisegmentaler Diskopathie der Lendenwirbelsäule (LWS) - Periarthritis humeroscapularis

(PHS) rechts - Schulter- und Armschmerzen rechts bei Status nach Ellbogenfraktur rechts - Senk-Knick-Spreizfüsse beidseits - Hallux

valgus beidseits mit Hammerzehe digitus II beidseits - Achillodynie rechts betont beidseits - Diabetes mellitus Typ 2 - Polyneuropathie

Angaben zur Arbeitsfähigkeit machte er nicht. 6.7

Mit Bericht vom 24. März 2015 (Urk. 7/147) führte Dr. K.____ aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2014 (Ziff. 1.2), und nannte nebst den bereits mit Bericht vom 5. Dezember 2014 genannten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 5.6) eine Fasciitis

plantaris rechts betont beidseits (Ziff. 1.1). In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aufgrund der belastungsabhängigen Beschwerden zurzeit und bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere kein Heben von schweren Lasten, nicht mehr als fünf Kilogramm kurz- und zwei Kilogramm län gerfristig. In einer solchen behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe aus somatischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.7). Durch Physiotherapie, physikalische Massnahmen, Rückenschule könnten die Beschwerden vermindert und die Arbeitsunfähigkeit dementsprechend erhöht werden (Ziff. 1.8). 6.8

PD Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, B.____, führte mit Bericht vom 11. März 2015 (Urk. 7/14 5) aus, der Beschwerdeführer leide an einer Colitis ulcerosa, einer chronischen entzündlichen Darmerkrankung. Aktuell bestünden blutiger Durchfall und Bauchschmerzen. Meist müsse innerhalb kurzer Zeit das WC aufgesucht werden können, was zu deutlichen Alltagsbeschränkungen führe. Weiterhin bestehe aufgrund der Darm entzündung eine chronische Müdigkeit. Die Beschwerden rechtfertigten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus gastroenterologischer Sicht. 6.9

Dr. med.

M.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte mit Stellungnahme vom 26. Februar 2016 (Urk. 7/160) aus, die Colitis ulcerosa sei eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung, die oftmals in Schüben verlaufe. Zwischen den Schüben könne vollkommene Symptomfreiheit eintreten. Die Häufigkeit von Schüben und die Aktivität der Krankheit variierten stark, sodass anhand eines einzigen Berichts nicht auf die Arbeitsfähigkeit im Allgemeinen und auf längere Sicht geschlossen werden könne (S. 1 unten). Medizinisch sei nachvollziehbar, dass im Schub, wie von Dr. L.____ 2015 dargelegt, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Colitis sei aber nicht ausgewiesen (S. 2 oben). Eine angepasste Tätigkeit sei vollschichtig zumutbar (S. 3 unten).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.10

), dass es zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen ist .

Im Übrigen ändert auch die vom Beschwerdeführer gegen den psychiatrischen Teil des Gutachtens vorgebrachte Kritik nichts an der Schlüssigkeit. Bei weitgehend normalen Befunden und fehlender psychiatrischer Diagnose ist der laborchemische Medikamentenspiegel von untergeordneter Bedeutung.

E. 8

ATSG) sind.

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. 8.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Prüfung des Anspruchs und ergangene n Verfügungen vom 7. April 2006 (Urk. 7/47) sowie 27. Oktober 2006 (Urk. 7/54) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2019 (Urk. 2) in rentenrelevanter Weise verändert hat (vgl. vorstehend E. 1. 3 f.).

Dem Beschwerdeführer wurde 2006 rückwirkend per 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 100 %

eine ganze Rente zugesprochen. Die Rentenzusprache erfolgte in erster Linie gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. Z.____ vom

E. 8.2

Gestützt auf das Rückweisungs Urteil des hiesigen Gerichts veranlasste die Beschwerdeführerin eine gesamthafte Beurteilung in Form eines polydisziplinären Gutachtens

am

Y.____. Die Beschwerdeführerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf das Y.____ - Gutachten vom 26. Juli 2018 (vorstehend E. 7. 5), wonach sie in Vergleich mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ vom 14. Februar 2006 zeige, dass ein Revisionsgrund vorliege. Die beschriebenen Befunde hätten sich verbessert. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %

(vgl. vorstehend E. 2.1).

Das Y.____ -Gutachten vom 26. Juli 2018

erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1. 5) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nach vollziehbar begründete Schlussfolgerungen, so dass darauf abgestellt werden kann.

E. 8.3

Was den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betrifft,

wurde der somatische Teil des Y.____ -Gutachtens vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt. Aufgrund der Darlegungen im Y.____ -Gutachten ist davon auszugehen, dass aus orthopädisch- traumatologischer Sicht keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen. Aus internistischer Sicht wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Colitis ulcerosa diagnostiziert, welche typischerweise in Schüben verlaufe und entsprechend dem Aktivitätsniveau leitliniengerecht behandelt werde. Diese Erkrankung beeinflusst die Arbeitsunfähigkeit während der Schübe zu 70 %, wobei die Gutachter präzisieren, dass dabei eine

Präsenzzeit von 2.5 Stunden täglich zumutbar sei. Gemeint war somit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % . Ausserhalb der Schübe ist von einer Arbeitsfähigkeit von 80 %

auszugehen (vgl. vorstehend E. 7. 5) . Diese Einschätzung ist vereinbar mit derjenigen durch den behandelnden Arzt PD Dr. L.____ , welcher ausführte, dass aktuell von Seiten der Colitis ulcerosa eine Remission bestehe und die Prognose aus gastroenterologischer Sicht gut sei. Die Darm entzündung könne medikamentös kontrolliert werden und führe nur zu einer mässigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Soweit er dennoch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, und diese auf psychische Gründe zurückführte, verliess er damit sein Fachgebiet (vgl. vorstehend E. 7. 2) . In Anbetracht der Tatsache, dass nur wenige Schübe akutenkundig sind, ist nicht von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines Colitits

ulcerosa Schubes auszugehen. Damit ist gestützt auf die Beurteilung des Y.____ -Gutachtens aus somatischer Sicht von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer näher umschriebenen angepassten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 7.5) auszugehen.

E. 8.4

In psychischer Hinsicht zeigte der psychiatrische Y.____ -Gutachter Dr.

N.____ , in der Schweiz anerkannter Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie (vgl. www.medregom.admin.ch) , in ausführlicher Weise auf, dass aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig keine Diagnose vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Insbesondere blieb die Schilderung des Beschwerdeführers hinsichtlich möglicher Symptome vage . Der Beschwerdeführer hat sich in einem Selbstbeurteilungsbogen als schwer depressiv eingeschätzt. Eine schwere depressive Episode liess sich allerdings mit dem Tagesablauf, mit dem Auftreten und mit dem Reiseverhalten des Beschwerdeführers nicht in Übereinstimmung bringen. Gegen eine relevante depressive Symptomatik sprach auch, dass der Beschwerdeführer im Jahre 2004 dokumentiert keine Bereitschaft gezeigt habe, sich auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen, was untypisch für eine depressive Erkrankung sei, bei der der ausgeprägte Wunsch bestehe, die als unangenehm erlebte Symptomatik zu beenden. Auftreten, Freizeitverhalten, Nicht nachweisbarkeit der verordneten Medikation im Blut und massive Auffälligkeiten in einem Beschwerdevalidierungsverfahren sprachen gegen das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung. Dr. N.____ begründete auch in nachvollziehbarer Weise, weshalb er auch allen früheren Beurteilungen grösstenteils nicht folgen konnte (vgl. Urk. 7/202 S. 38).

Sodann hielt Dr. N.____ fest, dass der Beschwerdeführer in einem guten Allgemeinzustand, einem guten Ernährungszustand und einem guten Pflegezustand gewesen sei . Die Kleidung sei geordnet und sauber gewesen . Es gelang dem Gutachter leicht, einen tragfähigen Kontakt zum Beschwerdeführer herzustellen und aufrecht zu erhalten. Auffassung und Konzentration seien nicht beeinträchtigt gewesen . Hinweise auf intellektuelle Defizite hätten nicht vor gelegen . Der Beschwerdeführer habe mit gut modulierter Stimme in adäquater Geschwindigkeit gesprochen . Der formale Gedankengang sei geordnet Gedächtnisstörungen seien nicht vorhanden gewesen . Die Gestik und Mimik seien überwiegend ruhig gewesen . Der Beschwerdeführer habe sich in ausgeglichener Grundstimmung gezeigt . Es hätten keine Interessenlosigkeit, kein ausgewiesener Rückzug

und keine Anhedonie erfragt werden können. Der Beschwerdeführer suche täglich, bevor er zuhause esse, ein Restaurant auf. Er

sei von der Persönlichkeit her verträglich, kontaktfreudig und offen gewesen. Es hätten sich keine Hinweise auf Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung gefunden. Es seien Schlafstörungen, keine Störung des Appetits und eine Aufhebung der sexuellen Intelligenz berichtet worden (Urk. 7/202/35 f.). Demnach konnte Dr. N.____ weitestgehend nur normale Befunde erheben.

Dagegen hielt der psychiatrische Gutachter Dr. Z.____

2006 zum Psychostatus unter anderem fest, dass der Beschwerdeführer einen Körpergeruch gehabt habe und unrasiert

gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe den rechten Arm rechtwinklig an sich gehalten. Er habe jeweils für eine lange Zeit eine starre Körperhaltung inne gehabt. Immer wieder sei er aufgestanden, weil er Rückenbeschwerden gehabt habe. Er habe einen steifen Gang gezeigt, die meiste Zeit habe ein grober Tremor bestanden. Er sei im Laufe des Gesprächs ermüdet und habe den Kopf auf den Arm gestützt. Sein Denken sei einfach gewesen und er habe sich von der Sprache her genügend ausdrücken können, sei aber sehr alexithym gewesen. Er habe sehr introvertiert gewirkt, habe sich sehr ruhig verhalten und von sich aus nie etwas gesagt. Eine Mimik sei kaum je vorhanden gewesen. Er habe sehr unempfindlich und nicht affizierend gewirkt und

in einem schwachen, gequälten Tonfall geredet

(Urk. 7/41 S. 8 Ziff. 3). Weiter hielt Dr. Z.____ fest, dass der Beschwerdeführer sei nachts derart in eine Unruhe geraten, dass er seit zwei Jahren nicht mehr ins Bett gegangen sei. Er stehe nachts wiederholt auf und gehe nach draussen. Er habe Essstörungen. Der Beschwerdeführer leide unter Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Er habe alle Interessen und Betätigungen verloren und sich sozial völlig zurückgezogen.

Er habe das Interesse für die Körperpflege verloren. Der Beschwerdeführer sei niedergeschlagen, weine häufig, habe den Lebensmut verloren, habe Selbstmordgedanken. Er sei dysphorisch geworden und neige zu Aggressivität gegen sich selber und gegen andere. Die psychischen Spannungen könnten derart exazerbieren, dass es zu Erbrechen und unkontrollierbarem Durchfall komme (Urk. 7/41/9).

Dieser Vergleich zeigt, dass aktuell ein wesentlicher Unterschied im psychischen Gesundheitszustand feststellbar war. Das Y.____-Gutachten bestätigt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zur

Ren tenzusprache 2006, da der psychiatrische Gutachter keine relevanten Befunde mehr findet

und dementsprechend von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen ausgeht. Es bestätigt auch die Einschätzung durch

Dr. G.____ (vorstehend E. 6.2) und die Vermutung des hiesigen Gerichts im Rückweisungsurteil (vgl. vorstehend E.

E. 8.5

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und

vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung bezweckt. Dieses Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändere sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) träten jedoch – vom Bundesgericht näher umschriebene – Standardindikatoren, die sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen liessen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität werde mit der Änderung der Rechtsprechung verzichtet. Der neu formulierte Prüfungsraaster sei rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisierten die in BGE 141 V 281 E. 4 und E. 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Das Bundesgericht hielt ferner fest, dass die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig sei, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

Vorliegend ist eine Indikatorenprüfung entbehrlich, denn psychiatrische Diagnosen wurden in nachvollziehbarer Weise verneint. Daran vermögen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters med. pract. I. ___ (vorstehend E. 7.3 f.) nichts zu ändern, lagen doch seine Berichte vom 22. September 2014 (vorstehend E. 6.5) und 25. September 2017 (vorstehend E. 7.3) dem psychiatrischen Gutachter zum Begutachtungszeitpunkt vor (vgl. Urk. 7/202 S. 25 Rz 73, S. 28

Rz 92) und wurden somit in der Beweiswürdigung berücksichtigt.

Sein Bericht vom 14. Juni 2018 (vorstehend E. 7.4), welcher nur kurze Zeit vor der psychiatrischen Untersuchung durch den Y. ___-Gutachter verfasst wurde, lag zwar nicht

vor. Dies ist jedoch nicht weiter relevant, da der am 14. Juni 2018 mitgeteilte psychopathologische Befund wortgleich mit seinem Befund vom 25. September 2017 war. Zudem ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise 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). Ausserdem führte der psychiatrische Y.____-Gutachter in nachvollziehbarer Weise aus, weshalb der Einschätzung durch med. pract. I.____ nicht gefolgt werden könne (vgl. Urk.

7/202 S. 38). 8. 6

Bei nun fehlenden psychiatrischen Diagnosen ist eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten; es besteht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Auf die weitgehend appellative Kritik des Beschwerdeführers ist nicht weiter einzugehen.

Ein Revisionsgrund ist somit ausgewiesen und der Anspruch ist allseitig neu zu prüfen. 9. 9.1

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 9.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf die statistischen Werte der gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 25 % (vgl. Urk. 7/206; Urk. 2 S. 2), was – hinsichtlich der verwendeten Parameter – unbestritten blieb und nicht zu beanstanden ist. 10. 10.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen

wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (zur Publikation vor gesehenes Urteil des Bundesgerichts 8C_494/2018 vom 6. Juni 2019 E. 5.1). 10.2

De m

Beschwerdeführer wurde 2006 rückwirkend per 1. April 2002 eine Rente zugesprochen. Die Rente wurde am 19. November 2015 eingestellt. Die entsprechende Verfügung wurde vom hiesigen Gericht aufgehoben. Wird - wie vorliegend - mangels hinreichenden Nachweises der Revisionsvoraussetzungen die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung als Ergebnis eines ersten Verfahrens an die Verwaltung zurückgewiesen, erstreckt sich der massgebliche Prüfungszeitpunkt in einem zweiten Rechtsmittelverfahren bis zum Erlass der neuen Rentenverfügung (vgl. Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, N 48 zu Art. 30-31 IVG). Massgeblicher Prüfungszeitpunkt ist demnach vorliegend der Verfügungserslass vom 18. März 2019. Damals war der am 22. Januar 1963 geborene Beschwerdeführer 56 Jahre alt. Damit fällt er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis.

Um Eingliederungsmassnahmen durchführen zu können, muss eine Eingliederungsfähigkeit bestehen, es braucht demnach die objektive Möglichkeit und die subjektive Bereitschaft der versicherten Person, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden. Vorausgesetzt ist immer der Eingliederungswille der versicherten Person, das heisst ihre Bereitschaft und das entsprechende Verhalten, arbeiten zu wollen

(Meyer/ Reichmuth, a.a.O., N 5 und 8 zu Art.

E. 13

ff.) auf den Standpunkt, auf den psychiatrischen Teil des Y.____-Gutachtens könne nicht abgestellt werden.

E. 14

. Februar 2006 (vgl. vorstehend E. 3). Dr. Z.____ hatte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine chronische schwere Depression (ICD-10 F32.2) diagnostiziert und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vorstehend E. 3).

2011 wurde nach wie vor eine chronische schwere Depression (ICD-10 F32.2) sowie neu eine Persönlichkeitsveränderung nach langer und dauernder psychischer Störung (ICD-10 F62.1) und nach chronischen Schmerzen (ICD 10 F62.8) diagnostiziert. Eine somatoforme Schmerzstörung wurde nunmehr verneint. Dem Beschwerdeführer wurde noch immer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. vorstehend E. 4.4), sodass ein unveränderter Rentenanspruch angenommen wurde.

E. 18

IVG).

Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend

Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2).

Der Beschwerdeführer gab bei der Begutachtung an, sich nicht mehr im Arbeitsprozess zu sehen (Urk. 7/202/34, Urk. 7/202/36). Zudem wurde weder im Verwaltungsverfahren noch im Rechtsmittelverfahren Eingliederungsmassnahmen

beantragt. Die Beschwerdegegnerin hat aus diesen Gründen zu Recht keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt.

Damit ist die angefochtene Verfügung auch unter diesem Gesichtspunkt rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 11.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kaspar Saner - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Keller

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