

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00887 vom 30. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00887

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00887 du 30 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00887 del 30 novembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E).

E. 1.2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Dabei gilt es zu beachten, dass jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, im Einzelfall Krankheitswert haben kann, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c).

E. 1.3

Für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist und in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ferner ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3.

Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.5

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht am 30. November 2017, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen)

andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung Ende November 2017 noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E.

E. 1.6

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex

«Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.7

Dabei ist die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zumutbar ist (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195). Daher haben sich medizinische Sachverständige und rechtsanwendende Stellen bei ihrer Einschätzung und Beurteilung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, wie sie BGE 141 V 281 als Bindeglied zwischen Beweisverfahren und Rechtsanwendung, d.h. als gemeinsamer Nenner von Medizin und Recht, formuliert hat. Idealerweise gehen die medizinisch-psychiatrischen Gutachter gemäss den entsprechend formulierten Fragestellungen vor (BGE 141 V 281 E. 5.2 S. 306 f.).

In allen Fällen ist sodann im Beschwerdefall durch das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachten (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), d.h. sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (BGE 143 V 418 E. 6 S. 427). Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders - Durchführungsstelle oder Gericht - Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (BGE 145 V 361 E. 4.3).

E. 1.8

Übergangsrechtlich ist jedoch bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Viel mehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E.

5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 2.

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte am 12. Dezember 2019 Beschwerde und beantragte, es sei ihm über den 28. Februar 2015 hinaus eine ganze Rente zuzu sprechen und diese sei unter Zahlung von Verzugszinsen nachzuzahlen (Urk. 1 S. 14). Weiter verlangte er die Übernahme der Kosten der Stellungnahme von med. pract. C.____ vom 5. Dezember 2019 im Betrag von Fr. 187.50 durch die IV-Stelle, welche er mit der Beschwerde eingereicht hatte (Urk. 1, Urk.

E. 2.1

Die Einstellung der Invalidenrente per Ende Februar 2015 begründete die Beschwerdegegnerin zusammenfassend damit, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Der Beschwerdeführer habe eine adäquate Coping-Strategie zum Umgang mit Schmerzen entwickelt und die vormalige Depression habe sich verbessert. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 2008 bis 2018, wie sie im Gutachten der D.____ für die angestammte Tätigkeit als Verkäufer/Kundenberater im Gartenbau mit einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert worden sei, sei nachvollziehbar. Eine Tätigkeit in Eigenverantwortung bei einem wohlwollenden Arbeitgeber, wo er vermehrt auch Pausen machen könne und wenig in Teamarbeit eingebunden sei, sei dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar, wobei diesfalls eine Leistungseinbusse von 20 % vorhanden sei. Die Neuberechnung der Invalidenrente habe bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'878.— und einem Invalideneinkommen von Fr.

49'186.—

einen Invaliditätsgrad von 26 % ergeben (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde dagegen zusammengefasst vor, der Gesundheitszustand, der im Jahr 2009,

dargelegt im MEDAS-Gutachten vom 5. Januar 2008, zur ganzen Rente geführt habe, habe sich nicht verändert. Die Beschwerden seien im Gutachten der D.____ gleich beschrieben worden, er leide noch immer an einer Somatisierungsstörung und an einer Persönlichkeitsstörung. Das Gutachten zeige nicht auf, wie sich im Verlauf der Gesundheitszustand verbessert habe; allein eine mit einem Nachlassen/Verschwinden der

—
bereits früher fraglichen – depressiven Symptomatik und einem besseren Umgang mit den Schmerzen begründete Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von früher 0 %

in freier Wirtschaft zu heute 80 % sei bei seinem chronifizierten Beschwerdebild nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 11). Vielmehr liege eine andere Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhaltes vor, was irrelevant sei (Urk. 1 S. 14). 3.

E. 3

). In der Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 3.1

Zu vergleichen ist unbestrittenermassen (Urk. 1 S. 5) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 26.

März 2009

mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8.

November 2019. Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand in rentenrelevanter Weise verbessert hat.

E. 3.2

Basis der Rentenzusprechung war das Gutachten der MEDAS Y.____ vom 5. November 2008 (Urk. 9/66). Anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS standen im Vordergrund Klagen über eine grosse Müdigkeit und Muskelschwäche sowie über Rückenschmerzen (Urk. 9/66/13 f.).

Die rheumatologische Untersuchung brachte damals ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei einer Haltungsinsuffizienz und einer lumbosakralen Übergangsanomalie mit Hemisakralisation L5 und rudimentärer Bandscheibe lumbosakral hervor, welchen Befunden

jedoch keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Der Rheumatologe stellte fest, die Beschwerden seien rheumatologisch nicht zu erklären, es scheine eine erhebliche funktionelle Überlagerung vorzuliegen (Urk. 9/66/31). Neurologisch wurde keine relevante Diagnose gestellt (Urk. 9/66/37).

In der psychiatrischen Untersuchung gelangte der Facharzt Dr. med. F.____

zum Schluss, der Versicherte leide an einer mittelschweren depressiven Störung

bei Alexithymie und ausgeprägter Somatisierung (ICD-10 F32.1). Er erklärte damit den verminderten Antrieb, die subjektive Müdigkeit, das tiefe Selbstwertgefühl, die soziale Isolierung mit Beziehungsarmut und die geringe Motivation des Versicherten. Die Somatisierung sei Ausdruck der affektiven Störung. Der Psychiater erachtete eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als gegeben, die Störung habe Krankheitswert. Dem Versicherten sei ein weder eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft noch berufliche Massnahmen zumutbar, dringend notwendig sei eine Psychotherapie, um sein Beziehungsdefizit zu erkennen, um die psychosomatische Schmerzerkrankung überwinden zu können und um in den Berufsalltag zurückzufinden (Urk. 9/66/36).

In der Gesamtbetrachtung diagnostizierten die Gutachter eine mittelschwere depressive Störung bei Alexithymie, bei ausgeprägter Somatisierung und chronischer Müdigkeit /Muskelschwäche ohne objektivierbares somatisches Korrelat. Diese Diagnosen massen sie Krankheitswert bei und sie hielten dafür, dass sie die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Mit Krankheitswert, aber ohne Auswirkungen für die Arbeitsfähigkeit, diagnostizierten sie ein chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz und lumbosakraler Übergangsanomalie und Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Sowohl für die letzte Tätigkeit als Samen- und Pflanzenverkäufer, wie auch als gelernter Landschaftsgärtner erachteten sie eine momentane Arbeitsfähigkeit von 0 % der Norm, dies aus schliesslich aus psychiatrischen Gründen. Das Gleiche gelte auch für jegliche in Frage kommende Verweistätigkeit. Die Prognose hielten sie für ungewiss, sie hänge in erster Linie vom Erfolg einer psychiatrischen Behandlung ab (Urk. 9/66/20).

E. 3.3.1

Das hiesige Gericht hat in seinem Urteil vom 30. September 2016 verlangt, dass der Beschwerdeführer zur hinreichenden Abklärung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes entsprechend der damaligen Empfehlung des behandelnden Arztes Dr. med. G.____ im Rahmen eines stationären Aufenthaltes begutachtet werde (Urk. 9/174/19). Dem kam die IV-Stelle nach (Urk. 9/187). Der Beschwerdeführer wurde im Rahmen eines Aufenthaltes in der D.____

am 30. Januar und am 1. Februar 2018 neuropsychologisch durch lic. phil. H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie (Urk. 9/202/1-19),

am 31.

Januar und am 2. Februar 2018 ergotherapeutisch durch dipl. Ergotherapeutin

I.____ (Urk. 9/202/80-88) und am 29., 31. Januar und am 1. Februar 2018 psychiatrisch durch Dr. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztin für Neurologie

(Urk. 9/202/21-79), untersucht und abgeklärt. Ihr psychiatrisches Gutachten, das sie unter Einschluss der neuropsychologischen und ergotherapeutischen Abklärungen erstellte, datiert schliesslich vom 28.

September 2019 (Urk. 9/202/21 ff).

E. 3.3.2

Die Psychiaterin legte im Gutachten dar, in der Untersuchung hätten anamnestisch unregelmässig auftretende Schmerzen im Vordergrund gestanden, zusätzlich Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Die frühere Müdigkeit sei als gebessert angegeben worden. Auf Nachfrage hin habe der Beschwerdeführer somatische Beschwerden der Lunge, des Magens, mit dem Appetit und beim Stuhlgang berichtet. Psychische Beschwerden habe der Versicherte auch auf Nachfrage hin nicht angegeben.

In der klinischen Exploration respektive im psychopathologischen Befund mit Verhaltensbeobachtung habe sich ein kooperativer, aktiv wirkender Versicherter ohne Anzeichen eines beobachtbaren Schmerzverhaltens gezeigt. Leichte Auffälligkeiten hätten nach dem AMPD-System nur im Bereich der Affektivität (affektarm, euphorische, gesteigerte Selbstwertgefühle) mit leichter Logorrhoe und leichter Distanzlosigkeit bestanden. Es habe eine erkennbare Tendenz zur übertriebenen Darstellung der somatischen Beschwerden mit Betonung eines «Sich-Rechtfertigen-Müssens» gegeben, ohne dass ein Leidsdruck einfühlbar gewesen sei (Urk. 9/202/61).

Die Psychiaterin beschrieb verschiedene psychologische Testverfahren, die zur Anwendung gekommen waren. Sie berichtete, diese hätten zum einen vorwiegend somatische Beschwerden und eine leichte allgemeine subjektive Belastung und kognitive Beschwerden gezeigt, die in der Anamnese nicht vorgebracht worden seien. Die Testung der depressiven Symptome habe leichtgradige subjektive depressive Symptome gezeigt, die jedoch bei der Betrachtung der Einzelitems durch die Schmerzwahrnehmung bedingt gewesen seien und nicht objektiviert worden seien. Es habe auch im psychopathologischen Befund keine depressive Symptomatik vorgelegen. Zur Sicherung der Diagnose einer Somatisierungsstörung sei ein Testverfahren durchgeführt worden, das die Diagnose bestätigt habe. Hinsichtlich der Frage der Krankheitsbewältigung sei ein Selbstbewertungsinstrument verwendet worden, das sowohl im Bereich der Schmerzbewältigung als auch

im Bereich der schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigung Normwerte gezeigt habe, was dafür spreche, dass der Versicherte adäquate Copingstrategien zum Umgang mit seinem Schmerz gefunden habe. Bei der Beurteilung seines Funktionsniveaus habe eine Testung hervorgebracht, dass der Versicherte seine Beeinträchtigung in allen Bereichen als sehr hoch eingestuft habe, was in deutlicher Diskrepanz zu seinem kompetenten Verhalten während des Aufenthaltes in der Klinik und der Beschreibung eines durchaus aktiven Freizeitverhaltens gestanden habe (Urk.

9/202/61 f.).

Die neuropsychologische Untersuchung ergab einen unspezifischen Befund bei wahrscheinlich nicht-authentischer Präsentation einer neuropsychologischen Störung mit Übertreibung von Gedächtnisproblemen und somatischen Beschwerden bei vorliegender Somatisierungsstörung und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit leichter Disinhibition (Enthemmung), Hinweisen auf attentionale Probleme mit Unaufmerksamkeit. Zur Auswirkung dieser Befunde stellte Lic. phil.

H. ___ fest, der Versicherte sei auf eine n sehr verständnisvollen Arbeitgeber angewiesen. Der Versicherte lehne jedoch eine mögliche Arbeitstätigkeit kategorisch ab, was für eine Integration hinderlich sein dürfte. Aus rein neuropsychologischer Sicht sollten einfachere Tätigkeiten ohne höhere kognitive Anforderungen ausführbar sein (Urk. 9/202/19).

Die ergotherapeutische Abklärung brachte ebenfalls Inkonsistenzen hervor. Der Versicherte habe sehr starke Schmerzen in verschiedenen Gelenken und ein Schwächegefühl geschildert. Diese Schmerzen hätten aber nicht beobachtet werden können. Die Handkraft habe beidseits unter der Norm gelegen, wobei die Resultate beidseits sehr geschwankt hätten; die Resultate seien nicht erklärbar. Der Versicherte habe sich fraglich testcompliant gezeigt. Die Resultate der Tests seien schwierig zu werten und es lasse sich nicht eruieren, ob der Versicherte nicht könne oder nicht wolle. Aus ergotherapeutischer Sicht sei der Versicherte in der Lage, eine leichte körperliche und kognitive Tätigkeit (zum Beispiel als Verkäufer) auszuführen, die Arbeit solle Möglichkeit zu Pausen und Positionswechsel bieten (Urk. 9/202/88).

Die psychiatrische Gutachterin stellte in ihrer Gesamtbetrachtung aufgrund der Biographie des Beschwerdeführers, der Akten, des Behandlungsverlaufs und der Untersuchungsergebnisse die Diagnosen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit narzisstischen, schizoiden und zwanghaften Zügen und die einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0); Urk.

9/202/58). Sie erörterte, dass trotz der teilweise nicht authentischen Präsentation von der Diagnose einer Somatisierungsstörung in leichtgradigem Ausmass auszugehen sei, und sie berücksichtigte diese bei der Bewertung der Arbeitsfähigkeit. Sie erachtete allerdings diese Bewertung als schwierig, weil aufgrund des Verhaltens des Versicherten eine valide Einschätzung der Durchhaltefähigkeit und der zeitlichen Belastbarkeit erschwert sei und nur medizinisch-theoretisch möglich sei. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäufer könne eine ganztägige Präsenz erwartet werden, wenn ihm vermehrt Pausen zugestanden würden. Hinsichtlich der Persönlichkeitsproblematik sei der letzte Arbeitsplatz optimal angepasst gewesen. Der erhöhte Pausenbedarf ergebe eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20%. Diese Arbeitsfähigkeit bestehe mindestens seit dem letzten Gutachten des B. ___ im Jahr 2014. Auch in einer körperlich angepassten Tätigkeit ging die Gutachterin von einer gleichen Arbeitsfähigkeit aus. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung

brauche der Versicherte einen wohlwollenden Arbeitgeber und Tätigkeiten überwiegend in Eigenverantwortung mit geringen Ansprüchen an seine Teamfähigkeiten, damit ein längerdauerndes Arbeitsverhältnis aufrechterhalten werden könne. Er benötige vermehrte Pausen, die frei wählbar sein sollten (Urk. 9/202/77).

Die Gutachterin erklärte, es liege eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor, indem die vorbeschriebene depressive Symptomatik nachgelassen habe bzw. verschwunden sei und ein besserer Umgang mit Schmerzen durch körperliche Übungen erfolgt sei. Es komme aber auch eine hier nachgewiesene Aggravation der Beschwerden dazu; inwiefern eine solche auch 2008 vorgelegen habe, könne nicht gesagt werden. Eine Persönlichkeitsstörung habe auch 2008 vorgelegen und diesbezüglich aggraviere der Versicherte auch nicht. Damit sei der Versicherte allerdings bis zuletzt arbeitsfähig gewesen, so dass die Persönlichkeitsstörung nicht geeignet sei, eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen (Urk. 9/202/78).

E. 3.3.3

Nachdem in der Folge der Beschwerdeführer sich einer Eingliederungsberatung durch die IV-Stelle widersetzt hatte (Urk. 9/214), reichte die behandelnde Psychiatrin med. pract. C.____ am 12. Februar 2019 in Kenntnis des Gutachtens der D.____

einen ärztlichen Bericht ein. Sie diagnostizierte neben einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) eine Angststörung (ICD-10 F41.9; differentialdiagnostisch : soziale Phobie ICD-10 F40.1) und eine schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1). Der Beschwerdeführer habe aufgrund seiner Biographie kein Vertrauen zu andern Menschen. Er habe auch zu Ärzten und Behörden kein Vertrauen. Er sei aufgrund seiner Kindheitsprägung nicht in der Lage, über seine Versagens- und Zukunftsängste oder sonstige innerpsychische Vorgänge zu berichten. Sein Leidensdruck werde deshalb auch nicht ernst genommen, auch weil er aus Abwehr eine laute Stimme entwickelt habe, auf die die anderen Personen mit Ablehnung reagierten. Er werde also insgesamt überschätzt. Aufgrund mangelnden Vertrauens und geringer Introspektionsfähigkeit könne auch nicht wirklich psychotherapeutisch gearbeitet werden.

Der Versicherte sei durch den Termin bei der Sozialversicherungsanstalt so sehr unter Druck geraten, dass er sie als behandelnde Ärztin um Hilfe geben habe, da er nicht in der Lage gewesen sei, diesen Termin wahrzunehmen. Dieser Druck habe zu einem deutlich sichtbaren Gewichtsverlust geführt in dieser Zeit. Selbst wenn es gelingen sollte, eine Tätigkeit zu finden, die der Versicherte trotz der Schmerzen ausüben könne, werde die Eingliederung ins Arbeitsleben zum jetzigen Zeitpunkt vor allem an der mangelnden sozialen Kompetenz, seinen Ängsten, die er nicht artikulieren könne, und seiner Unflexibilität scheitern, also an seiner akzentuierten schizoiden Persönlichkeitsstruktur (Urk. 9/215/7).

E. 3.3.4

Die RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, äusserte sich am 30. Oktober 2019 zum Gutachten und am 17. April 2019 zum Bericht der Therapeutin. Sie befand das Gutachten für schlüssig und überzeugend, und auch nach Kenntnisnahme des Berichts der Therapeutin empfahl sie, darauf abzustellen (Urk. 9/217/7 f.).

4. 4.1 Die Rentenzusprechung erfolgte 2009 unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1 S. 6) aus psychiatrischen Gründen. Somatisch (rheumatologisch und neurologisch) waren keine

Befunde erhoben und Diagnosen gestellt worden, welche die vom Beschwerdeführer bereits damals geklagten körperlichen Beschwerden erklärt hätten, so wurde dem chronischen thorakolumbalen Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz und lumbosakraler Übergangsanomalie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 9/66/19). Dies hatte das Gericht in seinem Urteil festgestellt und auch dargelegt, dass somatischerseits keine neuen Abklärungen notwendig seien (Urk. 9/174/8). Die vom Beschwerdeführer den damaligen MEDAS-Gutachtern gegenüber geklagte übermässige Müdigkeit, sein verminderter Antrieb, das tiefe Selbstwertgefühl, die soziale Isolierung und die geringe Motivation bildeten die Basis für die Einschätzung einer mittelschweren depressiven Störung (ICD-10 F32.1) bei Alexithymie («Gefühlsblindheit», Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken) und ausgeprägter Somatisierung, die als Ausdruck der affektiven Störung gesehen wurde ; diese affektive, krankheitswertige Störung

hatte aus ärztlicher Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten und in einer angepassten Tätigkeit zur Folge . Diese übermässige Müdigkeit war gemäss den damaligen Gutachtern das zentrale Element, die Hauptklage des Versicherten, die sich in seiner Darstellung allerdings von einem allgemeinen Muskelschwächegefühl im Körper kaum trennen liess. Der Beschwerdeführer berichtete damals von dieser allgemeinen Müdigkeit, die unvorhersehbar auftreten könne, die keinem Tagesfahrplan folge, von einer Ganzkörperschwäche, die ihm Pausen abverlangte (Urk. 9/66/16); sie war damals täglich präsent (Urk. 9/66/14). Diese Müdigkeit bzw. Schwäche hinderte ihn an den vormals ausgeübten Sportarten wie ausgiebigem Schwimmen und Velofahren; daneben hielt der Beschwerdeführer dafür, dass er als Begleitphänomene dieses Zustandes nichts mehr ertrage, er sich immer mehr zurückziehe und er zu nichts mehr Lust habe (Urk. 9/66/14). Auch die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit konnte er sich so nicht vorstellen (Urk. 9/66/15). Zusammen mit der psychiatrischen Einschätzung, dass der Beschwerdeführer isoliert sei , ohne Bezug zur Umwelt, in seinem Selbstbild gestört und leidend wirkend, aufgrund seiner Entwicklung mit wenig Zugang zu seinen Gefühlen und nicht fähig sei , seine psychische Situation einzuschätzen und deshalb die körperlichen Schmerzen stellvertretend für das seelische Leiden nehme (Urk. 9/66/35), führte dies zur erwähnten kombinierten psychiatrischen Diagnose mit der Hauptdiagnose der mittelschweren depressiven Störung und zur damaligen Einschätzung der Fachärzte einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit , wobei im Gesamtgutachten betont wurde, dass es sich um eine «momentane» Arbeitsunfähigkeit handle . Sodann betonten die Gutachter die grosse Wichtigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung auch für die berufliche Wiedereingliederung (Urk. 9/66/20). 4.2

Wie das Gericht in seinem Urteil angewiesen hatte, erfolgte das neue psychiatrische Gutachten der D.____

unter stationären Bedingungen, so dass das Verhalten des Beschwerdeführers über einen gewissen Zeitraum hinweg beobachtet werden konnte, damit nicht ausschliesslich seine Darlegungen für die Beurteilung des Gesundheitszustandes, sondern daneben auch die Beobachtungen in der Klinik dienen konnten. Das Gutachten kam somit unter Berücksichtigung der Vorakten , eigener Beobachtungen, zahlreicher Untersuchungen , Testungen von verschiedenen Disziplinen und unter Berücksichtigung des vom Beschwerdeführer Vorgebrachten zu Stande.

Die vom Beschwerdeführer in der Vergangenheit beschriebene und wie erwähnt als Hauptproblempunkt erkannte, vormalige affektive Störung mit der grossen Müdigkeit bzw. körperlichen Schwäche war in der neuen Begutachtungssituation nicht mehr zentral. Der Beschwerdeführer selber berichtete von einer Besserung diesbezüglich seit einem bis eineinhalb Jahren (Urk. 9/202/36). Auch die durchgeführten Tests und die Befragungen des Versicherten objektivierten keine relevante Depression mehr (Urk. 9/202/ 51+52 : Beck Depression-Inventar-II : leichter subjektiver Schweregrad, Montgomery- Asperg Depression Rating Scale : Kein Schweregrad in der Fremdbeurteilung). In der Verhaltensbeobachtung wurde der Beschwerdeführer als kooperative, aktiv wirkende Person wahrgenommen, er wurde im Affekt als eher euphorisch mit gesteigertem Selbstwertgefühl beschrieben, mit leichter Distanzlosigkeit und Logorrhoe (Urk. 9/202/61).

Im Vordergrund standen hingegen nun deutliche Klagen über unregelmässige Schmerzen, auch Schwindel und Gleichgewichtsstörungen (Urk. 9/202/36), ohne dass der Beschwerdeführer aber Anzeichen eines beobachtbaren Schmerzverhaltens zeigte (Urk. 9/202/61).

Die Gutachterin beschrieb, der Versicherte bewege sich ohne sichtbare körperliche Einschränkungen, im Sitzen habe er kein Schmerzverhalten und keine Positionswechsel gezeigt (Urk.

9/202/46). Auch das psychologische Testverfahren SCL-90 R -S brachte

vor allem somatisch wahrgenommene Beschwerden und eine leichte allgemeine subjektive Belastung zu Tage (Urk. 9/202/61).

Die im Testverfahren erhobenen leichtgradigen, subjektiven depressiven Symptome wurden als durch diese im Vordergrund stehende Schmerzwahrnehmung gesehen, ein Testverfahren zur Somatisierungsstörung bestätigte diese (Urk. 9/202/62). 4.3

Die Gutachterin stellte mittels der biographischen Vorakten, der Tests, der Verhaltensbeobachtung und der Befragung die sorgfältig erhobene und nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, begründete Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0 ; 9. A., S. 225), die nun das Erleben und die Klagen des Beschwerdeführers bestimmte.

Dazu gehören die geklagten körperlichen Symptome, die umfassend somatisch abgeklärt wurden, für die jedoch keine Ursache gefunden werden konnten. Die Beschwerden waren multipel und häufig wechselnd (chronische Gelenk- und Muskelschmerzen, Rückenschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Gleichgewichtsstörungen, Kopfweh, Magenbeschwerden, Lungenfunktionsstörungen, Schlafstörungen, Essstörungen, Rötungen der Haut, Wärmeempfindungen), typischerweise klagte der Versicherte auch über gastrointestinale Beschwerden (Urk. 9/202/37, 9/202/56). Durch diese Beschwerden erachtete sich der Beschwerdeführer in seinen Möglichkeiten stark limitiert (Urk. 9/202/56).

Diese Somatisierungsstörung sah die Gutachterin auf dem Boden der ebenfalls diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, schizoiden und zwanghaften Zügen (ICD-10 F61.0), die sie ebenfalls aufgrund der Biographie des Versicherten, der Akten, dem Behandlungsverlauf und den klinischen wie auch mittels Tests erhobenen Untersuchungsbefunden diagnostizierte.

Sie testete auch direkt das Vorliegen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60), wobei der cut-off für eine solche nicht erreicht wurde. Hingegen waren Auffälligkeiten (vier Items für eine narzisstische Störung, zwei für eine zwanghafte Störung und zwei Items für eine schizoide Störung) vorhanden, was zur erwähnten kombinierten Persönlichkeitsstörung führte (Urk. 9/202/63).

Diese Beurteilung überzeugt. Die behandelnde Psychotherapeutin med. pract. C. ___ wich davon in ihrem Bericht vom 5. Dezember 2019 in dem Sinne ab, dass sie neben einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Angststörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F41.9), allenfalls eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) und eine spezifische Persönlichkeitsstörung im Sinne einer schizoiden Störung (ICD-10 F60.1) diagnostizierte (Urk. 3), räumte aber ein, dass keine psychologischen Tests angewendet wurden. Wie soeben gezeigt wurde, erreichte die Testung in D. ___ eben gerade das Mass einer eigenständigen spezifischen Persönlichkeitsstörung nicht. Auch nach einer eigentlichen Angststörung wurde im Rahmen der Erhebung des Psychostatus nach AMPD ge forscht, eine solche wurde vom Versicherten explizit verneint (Urk. 9/202/47). Im Rahmen eines Selbstbeurteilungsinstruments zur Erfassung psychischer und körperlicher Symptombelastung in den letzten 7 Tagen (SCL-90 R -S) fanden sich deutliche Auffälligkeiten für eine phobische Angst im Sinne einer Abneigung gegen Menschenmengen und auch leichte Auffälligkeiten bei der Ängstlichkeit (Urk. 9/202/55). Die Gutachterin erwähnte eine solche eigenständige Diagnose trotzdem nicht, im Unterschied zur behandelnden Ärztin, die im Besonderen auf das abwehrende Verhalten des Versicherten hinsichtlich der Terminwahrnehmung mit der Behörde verwies, wohin sie ihn schliesslich begleitete, und auf seinen Lebensstil, der auf weitere Ängste hinweise (Urk. 3).

Worauf sie damit anspielte, ist unklar.

Davon, dass eine eigentliche Angststörung vorliegt, die den Beschwerdeführer am Funktionieren im Alltag massgeblich hindern würde, ist aufgrund der Darlegungen im Gutachten nicht auszugehen, eine solche wurde auch in den psychiatrischen Vorakten nicht erwähnt. Im Rahmen des Aufenthaltes in der Klinik in D. ___

mit den zahlreichen Untersuchungssituationen und dem Kontakt mit den anderen Patienten fiel der Versicherte in keiner Weise als zurückhaltend oder ängstlich auf (Urk. 9/202/46). Auf die abweichende Diagnosestellung durch die behandelnde Ärztin ist mithin nicht abzustellen. Sowieso gilt es zu beachten, dass es invalidenversicherungsrechtlich nicht so sehr auf die Diagnose ankommt, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil e

des Bundesgerichts 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1, 9C_634/2015, 9C_665/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1).

Trotz Wegfalls der Depression attestierte die Gutachterin dem Beschwerdeführer nun eine quantitativ eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer ganztägigen Anwesenheit von 20% wegen eines vermehrten Pausenbedarfes, dies für die Somatisierungsstörung; wegen der Persönlichkeitsstörung sei eine Tätigkeit überwiegend in Eigenverantwortung, mit geringen Ansprüchen an die Teamfähigkeit und mit einem wohlwollenden Arbeitgeber notwendig (Urk. 9/202/76 f.). 4.4

Wenn bei dieser Sachlage die Beschwerdegegnerin zur Auffassung gelangte, dass es im rentenrelevanten Punkt zu einer massgeblichen Besserung der Gesundheit seit der

Begutachtung durch die MEDAS gekommen ist, ist das nachvollziehbar. Der laufenden Rente lag klar die affektive Krankheit zu Grunde, mit den beschriebenen relevanten Auswirkungen auf das Befinden des Beschwerdeführers, der gar eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit beigemessen worden war. Der Beschwerdeführer berichtete damals von einem sehr zurückgezogenen Leben in seinem Einpersonenhaushalt, über eine aktive Freizeitgestaltung und Interessen berichtete er nicht (Urk. 9/66/34). Wegen seiner übermäßigen Müdigkeit müsse er Pausen machen und absitzen, gegen die geklagten Rückenschmerzen mache er Übungen, die aber nichts nützten (Urk. 9/66/14).

Demgegenüber konnte die Gutachterin in D.____

keine beeinträchtigende depressive Störung mehr feststellen und eine solche wurde vom Beschwerdeführer auch als nicht mehr gegeben bestätigt (Urk. 9/202/49, 9/202/78). Die Gutachterin beschrieb, es bestehe keine anhaltend depressive Stimmungslage, kein verminderter Antrieb und keine Interessenlosigkeit (Urk. 9/202/66). Nach wie vor lebt e

der Versicherte zwar alleine und auch zurückgezogen; aufgrund seiner Ausführungen zu seinem Alltag wurde jedoch ein aktiver geführtes Leben sichtbar; so berichtete er von einem Hobby zu fotografieren, seinem Interesse an Natur sendungen, Musiksendungen und Sport im Fernsehen und seinem Interesse am Basteln, das er zu Hause mache, und von wöchentlichem

Ausgang in eine Bar (Urk. 9/202/43). Während des Aufenthalts in D.____

konnte auch festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer zu Mitpatienten einen unkomplizierten Kontakt aufnehmen konnte und er auch humorvoll war (Urk. 9/202/45, 9/202/76, 9/202/43). Er berichtete sodann von täglichen Körperübungen am Morgen und am Abend, um gegen seine Schmerzen anzugehen, und er zeigte sie auch vor (Urk. 9/202/36). Diese Übungen empfand er als sehr entlastend, diese hätten ihm neuen Lebensmut gegeben (Urk. 9/202/35).

Auch die durchgeführten Tests zur Beurteilung des Funktionsniveaus und der Krankheitsbewältigung brachten hervor, dass der Versicherte adäquate Copingstrategien zum Umgang mit Schmerz gefunden hatte (Urk. 9/202/62).

Damit ist der Schluss der Gutachterin, dass sich die gesundheitliche Situation zwischen dem Zeitpunkt der Rentenzusprechung und der neuerlichen Begutachtung verbessert habe (Urk. 9/202/78), nachvollziehbar und begründet und es kann nicht von einer nur anderen Beurteilung der gleichen Situation gesprochen werden, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wurde (Urk. 1 S. 13).

Die Tatsache, dass die Gutachterin die Diagnose der Persönlichkeitsstörung bereits im vormaligen Zeitpunkt als gegeben erachtet (Urk. 9/202/78), obwohl dies im Gutachten der MEDAS so nicht diagnostiziert worden war, sie mithin in diesem Punkt tatsächlich eine andere Beurteilung vornahm, ändert daran nichts. Sie legte richtig und schlüssig dar, dass das von Dr. F.____ für die somatoforme Symptomatik verwendete Konstrukt einer Alexithymie keinen Eingang in die ICD-10 gefunden habe, und korrigierte dies in diesem Sinne (Urk. 9/202/67).

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Gutachterin in D.____

im Vergleich zur Situation bei Rentenbeginn eine Besserung in der ursprünglich für die Rente entscheidenden Diagnostik und in den Auswirkungen eingetreten war, womit ein Revisionsgrund gegeben ist. 5. 5.1

Die Gutachterin attestierte bei einer ganztägigen Präsenz eine 20%ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit als ehemaliger Verkäufer aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei Somatisierungsstörung, legte aber gleichzeitig dar, dass aufgrund der nicht-authentischen Präsentation verschiedener Beschwerden und Einschränkungen eine valide Einschätzung der Durchhaltefähigkeit und der zeitlichen Belastbarkeit erschwert und nur medizinisch-theoretisch sei. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung sei der letzte Arbeitsplatz optimal angepasst gewesen. Auch in einer anderen körperlich angepassten Tätigkeit sei eine ganztägige Präsenz mit einer 20%igen Einschränkung zumutbar, wobei jedoch der Versicherte wegen der Persönlichkeitsstörung auf einen wohlwollenden Arbeitgeber angewiesen sei (Urk. 9/202/77).

Ob diese eingeschränkte Arbeitsfähigkeit überzeugt ist, ist im Folgenden anhand der dargelegten Rechtsprechung zu den psychischen Beeinträchtigungen (oben E. 1.5, 1.6) zu überprüfen. Das Gutachten mit der attestierten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit wurde nach der Rechtsprechungsänderung Ende 2017 erstellt, es folgte jedoch nicht den konkreten Vorgaben der Rechtsprechung. Dies schadet dann nicht, wenn der gezogene Schluss auf die Arbeitsfähigkeit anhand der durch das Gericht überprüften Indikatoren mithilfe des Gutachtens oder allenfalls anderer medizinischer Berichte überzeugend erscheint (vgl. oben E. 1.8). 5.2

Im Rahmen der Analyse des Indikators «funktioneller Schweregrad» ist zunächst über die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome zu befinden. Mit der Diagnose einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) allein ist noch nichts über den Schweregrad der Störung gesagt, nimmt doch die Diagnosestellung auf keinen Schweregrad Bezug (vgl. BGE 143 V 418 E. 5.2.1).

Der Beschwerdeführer berichtete über unregelmässig auftretende, täglich wechselnde multiple Beschwerden wie Rückenschmerzen, Lungenfunktionsstörungen, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen mit Kopfschmerzen, Magenprobleme, Verdauungsprobleme und unklare Muskelversteifungen, Schlafstörungen und Hautprobleme (Urk. 9/202/37) und dies seit langer Zeit, denen keine somatischen Ursachen zugewiesen werden konnten, trotz vielfältiger Abklärungen. Schmerzfreie Tage seien keine vorhanden (Urk. 9/202/36).

Trotz der Überzeugung des Beschwerdeführers, durch diese diversen wechselhaften Beschwerden in einem erheblichen Mass eingeschränkt zu sein und deshalb auch keine berufliche Tätigkeit ausüben zu können (Urk. 9/202/41), - was sich auch in durchgeführten Tests mit einem Resultat von 7-9/10 Punkten zeigte (Urk. 9/202/62) - war kein beobachtbares Schmerzverhalten oder ein Leidensdruck

des aktiv wirkenden Beschwerdeführers zu erkennen. Der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) als Selbstbeurteilungsinstrument liess auf adäquate Copingstrategien im Umgang mit Schmerz schliessen, lagen die Resultate hinsichtlich der Schmerzbewältigung und der schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigung doch im Normbereich (Urk. 9/202/62).

Die Psychiaterin wies denn auch auf das während des Klinikaufenthaltes beobachtete kompetente Verhalten und das beschriebene aktive Freizeitverhalten hin, was nicht auf

grosse Einschränkung en hindeutete und als diskrepant bezeichnet wurde. Damit ist der Schluss zu ziehen, dass die Gesundheitsstörung eher gering ausgeprägt ist. 5.3

Die Bedeutung der Komplexe »Komorbiditäten« und « Persönlichkeit des Beschwerdeführers » sind zusammen zu betrachten. Es besteht mit der zusätzlichen Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit narzisstischen, schizoiden und zwanghaften Zügen eine

Komorbidität und Auffälligkeit

die Persönlichkeit betreffend, die für den Beschwerdeführer keine Ressource, sondern eine Behinderung darstellt. Aufgrund der Darstellung der Gutachterin muss bei einer Gesamtbetrachtung von einer ungunstigen Wechselwirkung zwischen den beiden Diagnosen ausgegangen werden, indem die Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen Anteilen die Entwicklung einer Somatisierungsstörung mitbegünstigt und bei der Gestaltung des Arbeitsumfeldes berücksichtigt werden muss (Urk. 9/202/63). 5.4

Der soziale Kontext des Beschwerdeführers hält von aussen betrachtet wenige Ressourcen für ihn bereit. So lebt der Beschwerdeführer alleine und ohne feste und ihn stützende Beziehung. Auch die Beziehungen innerhalb der noch existierenden Familie scheinen dürftig, indem der Beschwerdeführer nur noch zu einem nahe wohnenden Bruder sporadischen Kontakt hat, hingegen praktisch keine Kontakte zu den anderen beiden Brüdern und dem Vater pflegt.

Im Gesamtkontext ist dagegen festzustellen, dass sich der Beschwerdeführer mit seiner Lebenssituation abgefunden zu haben scheint, indem er sich nicht über fehlende Kontakte beschwert, sich nicht als unwohl fühlend, vielmehr sich selber als selbstbestimmt bezeichnet; so muss das geringe soziale Netz auch nicht unbedingt als Belastung angesehen werden (Urk. 9/202/42). 5.5

Unter dem beweisrechtlich entscheidenden Aspekt des konsistenten Verhaltens (BGE 143 V 281 E. 4.4) ist festzustellen, dass sich der Beschwerdeführer als gänzlich unfähig für eine denkbare Arbeit sieht, gemäss Gutachter zeigte er sich keiner sachlichen Diskussion darüber zugänglich (Urk. 9/202/51), er habe eine mögliche Arbeitstätigkeit kategorisch wegen der Unregelmässigkeit seiner erheblichen geklagten Beschwerden im ganzen Körper abgelehnt, auch berufliche Eingliederungsversuche hätten nie stattgefunden (Urk. 9/202/19, 9/202/36). Allerdings vermochten die Gutachter während der Begutachtung und des Aufenthaltes in der Klinik kein beobachtbares Schmerzverhalten erkennen, es habe eine erkennbare Tendenz zur übertriebenen Darstellung der somatischen Beschwerden bestanden, ohne dass ein Leidensdruck erkennbar gewesen sei (Urk. 9/202/61).

Diese Inkongruenz zeigt sich auch darin, dass sich der Beschwerdeführer als durch die somatischen Beschwerden sehr eingeschränkt empfindet, jedoch ein durchaus aktives, selbstbestimmtes Leben führt, wie die Gutachter darlegten. Der Beschwerdeführer gestaltet seinen Alltag nach seinen Interessen und kommt auch seinen häuslichen Pflichten in seinem Einpersonenhaushalt nach. Er achtet auf gesunde Ernährung, er fotografiert und bearbeitet die Bilder am Computer, bastelt, er bewegt sich und geht wöchentlich einmal in den Ausgang (Urk. 9/202/43). Auch wenn er früher mehr Dinge unternommen hat

und damit eine gewisse Einschränkung erlebt – nach seinen Angaben habe er viel Sport auf hohem Niveau gemacht (Urk. 9/202/43)

–

kann nicht von einem eigentlichen sozialen Rückzug gesprochen werden, vielmehr scheint der Beschwerdeführer immer schon ein etwas einzelgängerisches Verhalten gezeigt zu haben, was sich auch aus den Darlegungen eines ehemaligen Arbeitgebers ergibt (Urk. 9/202/27).

Von einem durchgehend konsistenten Verhalten kann daher nicht gesprochen werden.

Da zu gehört auch, dass sich der Beschwerdeführer zwar über Jahre immer wieder in psychotherapeutische wie auch somatische Therapien begab. Diese werden seitens der begutachtenden Ärzte hinsichtlich der

Intervalle, der Art der Therapie und auch mangels einer regelrechten Medikation jedoch als ungenügend und dem

geltend gemachten grossen schmerzbedingten Leidensdruck - mit der selber erklärten gänzlich en

Unmöglichkeit jeglicher Arbeitstätigkeit

-

als nicht korrespondierend beurteilt (Urk. 9/202/66). Dem ist zuzustimmen und es ist als Teil des nicht ganz konsistenten Verhaltens zu würdigen. 5.6

Aus dem Gesagten folgt, dass die ärztliche Einschätzung einer grundsätzlich 100%igen Präsenz bei einer Tätigkeit im Verkauf

– wie in der Vergangenheit ausgeübt - grundsätzlich überzeugt. Wenn dabei der nicht zu vernachlässigenden Komorbidität mit der ungünstigen Persönlichkeitsstruktur und der einhergehenden und in einem gewissen Mass gelebten körperlichen Einschränkung im Alltag mit einem erhöhten Pausenbedarf - und damit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %

- sowie mit der Forderung nach einer grösseren Rücksichtnahme durch einen künftigen Arbeitgeber Rechnung getragen wird, ist das nicht zu beanstanden; dieser ärztlichen Einschätzung ist zu folgen. Sie gilt, wie dargetan, mindestens ab dem Zeitpunkt der Erstellung des Gutachtens des B.____ im Jahr 2014 (Urk. 9/202/77). 6.

6.1

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. Valideinkommen). 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, 128 V 29 E. 1). 6.2

Die Beschwerdegegnerin hat in der Verfügung ein Valideneinkommen für das Jahr 2015 von Fr. 66'878.-- und ein Invalideneinkommen von Fr. 49'186.

ermittelt, beide gestützt auf lohnstatistische Angaben des Bundesamtes für Statistik und ohne weitere Abzüge beim Invalideneinkommen, als die 20 % Einschränkung aufgrund des Pausenbedarfes vorzunehmen (Urk. 2). Der Beschwerdeführer äusserte sich dazu nicht (Urk. 1). 6.3

Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Frage, welche Tätigkeit der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall Ende 2014 ausüben und welchen Lohn er dabei verdienen würde, auf allgemeine Grundlagen abgestellt hat und nicht auf das letzte Arbeitsverhältnis bei der K.____, das 2004 aufgelöst worden war.

Seither ging der Beschwerdeführer keiner Tätigkeit mehr nach (vgl.

IK-Auszüge vom 18. Oktober 2017, Urk. 9/188).

Das so gestützt auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014, TA1, monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Männer, Kompetenzniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf etc.), Ziffer 77-82 (sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen),

umgerechnet auf einen Jahreslohn (Fr. 5'330.-

: 40 x 41.7 x 12),

ermittelte Valideneinkommen

ergibt für 2014 Fr.

66'678.30. 6.4

6.4.1

Bei der Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer eine Leistungseinbusse von 20 % hat. Sodann ist er auf dem ersten Arbeitsmarkt einsetzbar, jedoch sollte er einen wohlwollenden Arbeitgeber haben und Tätigkeiten überwiegend in Eigenverantwortung mit geringen Anforderungen an Teamfähigkeit ausüben können; der letzte Arbeitgeber bei der Verkaufstätigkeit im Gartenbereich wurde als ideal bezeichnet (Urk. 9/202/77).

Weil vorliegend der ausgeglichene Arbeitsmarkt entscheidend ist, auf welchen bei der Invaliditätsbemessung im Sinne eines objektiven Tatbestandselements (BGE

140 V 267 E. 5.3; zum Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes siehe BGE

110 V 273 E. 4b) abzustellen ist (Art. 16 ATSG), darf davon ausgegangen werden, dass dieser solche Stellen kennt (Urteil des Bundesgerichts 9C_758/2015 vom 9. Dezember 2015 E. 4).

Da die Gutachter mithin die Validentätigkeit auch als eine zumutbare Invalidentätigkeit bezeichnen, kann das Valideneinkommen, reduziert um 20 %, auch als Invalideneinkommen genommen werden, was ein Invalideneinkommen von Fr. 53'342.60 ergibt. Die Beschwerdegegnerin verwendete dagegen bei der erwähnten LSE 2014, Tabelle TA1, die Kategorie 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) und dabei das Total, was bei korrekter Anwendung der Kategorie Männer (Fr. 5'312.-, und nicht Männer und Frauen zusammen, wie das die Beschwerdegegnerin gemacht hat) ein

leicht tieferes jährliches Invalideneinkommen von Fr. 53'162.50 ergibt. 6.4.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE

124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE

126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 6.4.3

Der vermehrte Pausenbedarf wurde bereits als reduziertes Pensum berücksichtigt und kann daher nicht mehr Gegenstand eines weiteren Abzuges sein. Nach der Gerichtspraxis ist sodann in der Regel eine psychisch bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt (Urteile des Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2, 9C_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1), wenn davon auszugehen ist, dass auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ein genügendes Spektrum an zumutbaren Tätigkeiten vorhanden ist. Das ist vorliegend mit dem nicht sehr eingeschränkten Profil einer Tätigkeit im Verkauf, allenfalls im Zusammenhang mit Garten- oder Landschaftsbau ,

gegeben. Weitere Gründe für einen allfälligen Abzug sind nicht erkennbar und wurden auch nicht geltend gemacht.

Damit ist bei einem Invalideneinkommen von Fr. 66'678.30 und bei einem Invalideneinkommen von Fr. 53'342.60 oder auch von Fr. 53'162.50 kein rentenbe gründender

Invaliditätsgrad von mindestens 40 % gegeben, weshalb die Rente zu Recht aufgehoben wurde.

Die Beschwerde ist abzuweisen. 7. 7.1

Abweichend von Art. 61 lit . a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200–1000 Franken festgelegt .

Vorliegend sind Fr.

800.

angemessen und sie sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen. 7.2

Da dem unterliegenden Beschwerdeführer keine Prozessentschädigung zuzusprechen ist, sind auch die Kosten von Fr. 187.50 für die Einholung des ärztlichen Berichts , der in keiner Weise für das Resultat relevant war , nicht

zu ersetzen , sondern vom Beschwerdeführer zu tragen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 FehrKlemmt

E. 3.5

mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen materiellen Revisionsgrund dar. Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen und auf einer

materiellen Prüfung des Renten anspruchs (mit rechtskonformer Sachverhaltsab klärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung) beruhenden Verfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_490/2014 vom 23.

Januar 2 015 E.

4.1).

E. 8

). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 1 8. Februar 2020 mitgeteilt (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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