

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00209 vom 5. Mai 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00209

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00209 du 5 mai 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00209 del 5 maggio 2008

Erwägungen

E. 1

6. Februar 2021 die bisher ausgerichtete Rente auf (Urk. 10/330 = Urk. 2).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

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 Zu spre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Ren tenan spruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesent lichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypo thetischen) 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 Beur teilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsun fähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bun desgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.5

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 Einkommens vergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Aus wir kungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtspre chung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) . Dabei 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 des wegen 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_441/2 012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.6

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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

4. März 2021 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 16. Februar 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1), und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm weiterhin die bisherigen Rentenleistungen auszurichten (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei er durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen (S. 2 Ziff. 3), subeventuell sei die Sache zwecks Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2021 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde .

Mit Gerichtsverfügung vom 18. Mai 2021 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers erfreulicherweise verbessert habe. Ab dem Untersuchungszeitpunkt sei für eine angepasste Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Da der Beschwerdeführer längere Zeit nicht mehr arbeitstätig gewesen sei, seien berufliche Eingliederungsmassnahmen eingeleitet worden. Diese seien im Juni 2020 abgeschlossen worden. Es sei weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine höhere psychiatrische Konsultationsfrequenz in Verbindung mit einer Optimierung der psychopharmakologischen Therapie könnte die gesundheitliche Situation weiter stabilisieren. Der erwähnte Observationsbericht habe keinen Einfluss auf den Entscheid. Dieser sei aufgrund der Verbesserung der gesundheitlichen Situation gefällt worden.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, es sei keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Aus dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten vom Mai 2017 gehe keine solche Verbesserung hervor. Es seien unveränderte Diagnosen gestellt und eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen worden, dies ohne hinreichende Begründung. Es werde insbesondere keine Veränderung des Gesundheitszustandes nachvollziehbar aufgezeigt. Sein Gesundheitszustand habe sich zudem im Verlauf sowohl somatisch als auch psychisch noch verschlechtert (S. 9 f.) . Die Beschwerdegegnerin habe in Verletzung ihrer Untersuchungspflicht keine weiteren Abklärungen vorgenommen (S. 14) .

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache anspruchsrelevant verbessert hat (vgl. vorstehend E. 1.5).

E. 2.7

und 3.1).

Bezüglich der Funktionseinschränkungen werde auf den zusammenfassenden N.____-Bericht verwiesen. Es hätten sich nach kurzer Tätigkeit starke körperliche Beschwerden

(Schulter - , Rücken - und Beinschmerzen) gezeigt. Trotz der Bemühungen seien die körperlichen Schmerzen jeweils so stark angestiegen, dass der Beschwerdeführer regelmässig das Training habe früher beenden müssen. Aufgrund des schlechten körperlichen und psychischen Zustandes sowie der mangelnden Deutschkenntnisse seien die Leistungsfähigkeit sowie das Bearbeitungs tempo stark eingeschränkt gewesen (S. 6 Ziff. 3.4).

E. 3.1

). Zusammenfassend mangelt es vorliegend in psychiatrischer Hinsicht an einem richtig und vollständig festgestellten Sachverhalt, wobei unklar ist und sich anhand der vorliegenden Akten nicht feststellen lässt, ob sich die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht verändert hat oder nicht. Dies gilt vorliegend umso mehr, als nach der Beurteilung durch die Medizinal-Gutachter (und vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung) eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes geltend gemacht wird. So ist dokumentiert, dass es beim Beschwerdeführer im Jahre 2017 zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik mit Angst und Panik gekommen sei (vgl. vorstehend E. 4.5), was schliesslich

auch zu zwei stationären Klinikaufenthalten geführt hatte (vgl. vorstehend E. 4. 6 und E. 4.7). Die behandelnde Psychiaterin Dr. G.____ beschreibt sodann, dass es auch nach Austritt aus der Klinik I.____ immer wieder zu schweren depressiven Episoden gekommen sei und die therapeutischen Massnahmen

trotz gesteigerter Medikation und Behandlung nur eine relative Stabilisierung bewirken hätten (vgl. vorstehend E. 4.

E. 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ berichteten mit Abschlussbericht vom 2. Februar 2005 (Urk. 10/31/2-10) über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 9. Dezember 2004 bis 26. Januar 2005 und nannten folgende , verkürzt wieder gegebene Diagnosen (S. 1) : - Unfall vom 9. November 2001 (Verletzung der linken Schulter beim Fuss ballspielen mit traumatischer Schulterluxation anterior/inferior , typische Bankart-Läsion mit relativ grosser Ablösung der Gelenkkapsel, kleine gelenksseitige Partialruptur ansatznahe der Supraspinatussehne) - l ängere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Alkoholabhängigkeit vom Gamma-Typus mit protrahiertem Beginn und Verlauf (ICD-10 F10.21) - mangelhafte transkulturelle Sozialisation (ICD-10 Z60.3), familiäre und Paarkonflikte (ICD-10 Z63.8)

Sie führten aus, aus medizinischer Sicht seien aktuell halbtags leichte Arbeiten, schulterchonend links (dominante Seite), mit Einsatz des linken Armes als Gegenhaltehand sowie links feinmotorische Tätigkeiten auf der Tischhöhe zumutbar. Der Beschwerdeführer werde mit einem dem Austrittszustand entsprechenden Übungsprogramm zum Eigentraining nach Hause entlassen mit physiotherapeutischer Begleitung ein- bis zweimal in der Woche. Es werde eine kreisärztliche Verlaufsuntersuchung in zwei Monaten empfohlen, um das weitere Prozedere hinsichtlich beruflicher Wiedereingliederung nach Ausschöpfung der medizinischen Massnahmen zu überprüfen (S. 2) .

E. 3.3

Dr. med. A.____ , praktischer Arzt, Suva-Kreisarzt, berichtete am 12. Mai 2005 (Urk. 10/39/4-7) über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom gleichen Tag und führte

aus, es lägen keine Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation vor. Andererseits könnten die Beschwerden und auch die starke aktive Bewegungseinschränkung mit dem klinischen wie auch Röntgenbefund nicht in Korrelation gebracht werden. Die Tatsache, dass die Schulter in halb sitzender Stellung mindestens 90° locker passiv bewegt werden könne, weise irgendwie darauf hin, dass der Beschwerdeführer die Schulter in seiner Freizeit besser bewege als in der Untersuchungssituation. Dies sei wohl durch die psychiatrische Diagnose und die weiteren psychiatrischen Co-Faktoren bedingt.

Nur die rein organischen Unfallfolgen an der linken Schulter berücksichtigt, könne dem Beschwerdeführer eine leichte Halbtagsarbeit schulterchonend zugemutet werden. Der Einsatz des linken Armes sei nur noch als Gegenhand möglich. Fein motorische Tätigkeiten auf Tischhöhe wären aber mit der linken Hand auch noch möglich und zumutbar. Ausgeschlossen seien per se

sämtliche Arbeiten auf Leitern, das Auf- und Absteigen auf Maschinen, das Lenken eines Fahrzeuges, sämtliche monotonen Tätigkeiten, welche eine Auf- und Abbewegung des linken Armes voraussetzen würden. Die Gewichtslimite mit der linken Hand auf Tischhöhe eingesetzt betrage 2-3 kg. Neben dem klaren Schulterbefund sei aber die Arbeitsfähigkeit/Leistungsfähigkeit durch die psychiatrischen Diagnosen zusätzlich eingeschränkt. Diesbezüglich sei aber administrativ die Adäquanz verneint worden (S. 3).

E. 3.4

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 20. Juni 2005 (Urk. 10/72) und führte aus, durch den Unfall und sekundär durch den schweren Schmerzzustand bedingt habe sich eine chronifizierte Depression mit schwerer Verzweiflung, Vereinsamung und weitgehendem Verlust der vorher guten sozialen Beziehungen entwickelt. Im jetzigen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer wegen seines Unfalls nicht arbeitsfähig. Die Prognose bezüglich Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit sei primär davon abhängig, ob der Beschwerdeführer einen Umgang mit seinen Schmerzen finde, parallel dazu bedürfe er der Behandlung seiner Depression.

E. 3.5

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suva-Kreisarzt, berichtete am 7. Dezember 2006 (Urk. 10/87/5-15) über die psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 12. September 2006 und führte aus, bei der Untersuchung seien weiterhin Hinweise auf eine klinisch erhebliche depressive Störung zu finden, ersichtlich an allgemeinem Verlust der Lebensfreude, an Resignation und Hoffnungslosigkeit, an sozialer Ängstlichkeit, Hemmung, innerer Unruhe und Schlafstörungen. Klassifikatorisch bestehe am ehesten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Unter psychodynamischen Gesichtspunkten könne die Depression als blockierte Trauerreaktion interpretiert werden, das heisse als Stagnation im Prozess der Auseinandersetzung mit dem Verlorenen (körperliche Integrität, Entfaltung von Aktivitäten im Beruf und in der Freizeit, Verlust von sozialer Integration etc.). Eine verlässliche Aussage zum Leistungsvermögen des Beschwerdeführers sei leider nicht möglich (S. 9 f.).

E. 3.6

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 28. November 2007 (Urk. 10/105) und nannte folgende Diagnosen (S. 8): - rezidivierende depressive Störung,

derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1)

Er führte aus, anamnestisch bestünden Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Die Denkabläufe würden verlangsamt und etwas umständlich wirken. Der Antrieb sei deutlich reduziert, die Mimik und Gestik seien vermindert. Es bestehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug sowie Ein- und Durchschlafstörungen mit Verkürzung der Schlafdauer, Früherwachen und Müdigkeit tagsüber (S. 7). Sowohl die Schmerzsymptomatik wie auch die Depression hätten sich durch die bisher durchgeführten Therapien nicht verändern lassen beziehungsweise hätten sich sogar verschlechtert (S. 8). Es lägen eine psychiatrische Komorbidität, der Verlust der sozialen Indikation mit Ehescheidung und Verlust der zweiten Partnerschaft, Arbeitsplatzverlust und ausgeprägtem sozialem Rückzug, ein mehrjähriger Verlauf mit progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und stationärer Massnahmen mit unterschiedlichem Ansatz und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen vor. Damit müsse die Einschätzung des sehr erfahrenen und kompetenten Suva-Kreisarztes Dr. C.____ bestätigt werden, dass eine berufliche Reintegration im Prinzip nicht mehr möglich sei. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die psychosozialen Faktoren würden bezüglich der Bemessung der Arbeitsfähigkeit nicht ins Gewicht fallen. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit dem 9. November 2001 in unverändertem Ausmass (S. 9).

E. 4.1

3

Dr. G.____ berichtete am 22. April 2019 (Urk. 10/252/20-21) und führte aus, seit Oktober 2018 habe sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers nicht verbessert. Er leide an schweren depressiven Symptomen, Angst mit zum Teil Panik verbunden, sei in seinen sozialen Kontakten sehr eingeschränkt und lebe isoliert. Dies entspreche dem bereits im Oktober 2018 deutlich schwereren Krankheitsbild gegenüber Mitte 2017. Es sei im Zusammenhang mit den somatischen Krankheitsereignissen 2016 zu einer langsamen und progredienten Verschlechterung der depressiven und zunehmend angstgefärbten Symptomatik gekommen, welche in einer eigentlichen Dekompensation gemündet habe, als im Juli 2018 seine Familie nach Marokko gereist sei und er wegen seiner Krankheit alleine zu Hause zurückgeblieben sei. In der Folge habe sich der Beschwerdeführer trotz adäquater stationärer Behandlung nicht mehr stabilisieren können. Trotz ausreichendem Medikamentenspiegel und regelmässiger psychiatrisch psychotherapeutischer Behandlung (Sitzungsfrequenz ein- bis zweiwöchentlich) könne nicht von einer Verminderung der Depressivität und auch der Ängste und Panikgefühle berichtet werden (S. 1). Vor dem Hintergrund einer chronischen Wechselwirkung zwischen somatoformer Schmerzstörung, rezidivierender depressiver Störung und den chronischen Schulterschmerzen, zu welchen aus fachärztlicher Sicht keine Stellung genommen werden könne, bestehe aus psychiatrischer Sicht aufgrund der schweren depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von aktuell 100%. Es bestehe maximal eine Restarbeitsfähigkeit von 20% für leichte, die Konzentration und Ausdauer nicht zu überlastende Tätigkeiten. Prognostisch dürfte keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein (S. 2).

E. 4.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie, berichtete am 1. Dezember 2014 (Urk. 10/164/5-9) und nannte im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.2): - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts, sensomotorisch nicht defizitär - Status nach Schulterverletzung links mit wiederholten Operationen, zuletzt im Jahr 2005

Er führte aus, neu zu den zur Invalidität führenden Schulterproblemen sei eine quälende Lumboischialgie mit radikulärem Reizsyndrom L5 rechts hinzugekommen. Dem Beschwerdeführer sei es dadurch praktisch unmöglich, eine schmerzfreie Position zu finden und die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sei erheblich eingeschränkt (S. 1 Ziff. 1.3). Zum Ressourcenprofil für berufliche Tätigkeiten könne er keine Angaben machen (S. 1 Ziff. 2). Es sei eine wirbelsäulenchirurgische Intervention vorgesehen mit operativer Dekompression (S. 3 Ziff. 3.1).

E. 4.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Neurochirurgie, berichtete am 20. März 2015 (Urk. 10/168) und nannte als Diagnosen einen Status nach Fenestration L4/5 rechts mit mikrochirurgischer Recessotomie unter Neuromonitoring bei Recessusstenose und Spondylarthrose am 15. Januar 2015 sowie einen Status nach Schulterverletzung links mit 6 Operationen, zuletzt 2005. Er führte aus, die Operation sei komplikationslos verlaufen und die Beinschmerzen seien rückläufig gewesen. Es hätten aber noch starke belastungs- und bewegungsabhängige Rücken- und Kreuzschmerzen rechtbetont bestanden. Die Prognose sei bezüglich des Rückens günstig. Im Rahmen der Operation bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Tätigkeiten.

E. 4.4

Die Gutachter der Y.____ AG, Polydisziplinäre Begutachtungsstelle MEDAS, erstatteten ihr bidisziplinäres Gutachten am 18. Mai 2017 (Urk. 10/193) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34): - Funktionsstörung des linken Schultergelenks nach Schulterluxationen (erstmalig am 9. November 2001), stattgehabtem Infekt und multiplen operativen Eingriffen - Funktionsbehinderung der unteren LWS nach Bandscheibenoperation L5/S1 (15. Januar 2015) bei vorliegenden geringen Aufbrauchveränderungen und ohne radikuläre Ausfallssymptomatik - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Sie führten aus, orthopädisch stünden die Funktionseinschränkungen der linken oberen Extremität nach vielfachen operativen Eingriffen infolge zweimaliger Schulterverrenkung mit langwieriger Infektsituation im Vordergrund. Aktuell sei die Infektsituation seit über 10 Jahren beherrscht. Überkopfarbeiten seien dem Beschwerdeführer nicht möglich. Allerdings bestehe aus fachorthopädischer Sicht kein Grund, warum er für leichte Tätigkeiten mit Begrenzung der Beweglichkeit des linken Arms bis maximal Brusthöhe nicht einsetzbar sei. Hinsichtlich der unteren LWS seien Einschränkungen für Heben und Tragen von Lasten über 10 kg zu berücksichtigen (S. 35). Die ursprüngliche Tätigkeit als Lagerist sei dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich. Für leidensangepasste Tätigkeiten wie oben beschrieben, sei er sicherlich und vorbehaltlich der psychiatrischen Einschätzung zu 100% ab sofort einsetzbar (S. 13). Die vom Beschwerdeführer hinsichtlich der Schultereinschränkung berichteten und präsentierten Symptome seien aus orthopädischer

Sicht in sich nicht konsistent. So spreche das aktuelle Kernspintomogramm vom 2. März 2017 gegen eine gravierende organpathologisch erklärbare Funktionseinschränkung des linken Schultergelenks (keine degenerativen Veränderungen, keine entzündlichen Auffälligkeiten, keine Verschleisserkrankung und keine aktuelle Synovialitis). Letztendlich entscheidend für die Inkonsistenz der dargebotenen Symptome sei die Tatsache, dass inspektorisch keinerlei Muskelminderung links gegenüber rechts festzustellen sei (S. 3

E. 4.5

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 22. August 2017 (Urk. 10/202/6-7) und führte aus, die Behandlung sei regelmässig erfolgt mit einer Sitzungsfrequenz von 30-50 Minuten alle 2-3 Wochen. Die Arbeitsfähigkeit sei je nach gesundheitlichen Einschränkungen vollständig oder teilweise, jedoch mindestens 80 % eingeschränkt gewesen. Seit 2013 seien diverse somatische Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Herzens und des Gehirns dazugekommen, welche anhaltend zu einer Verschlechterung der vorbestehenden depressiven Störung geführt hätten. 2017 sei es zu einer massiven Zunahme der depressiven Symptomatik mit Angst und Panik gekommen, so dass der Beschwerdeführer am 5. August ins Kriseninterventionszentrum der H.____ eingewiesen worden sei, wo er bis zum 15. August stationär-psychiatrisch behandelt worden sei. Falls es nicht zu weiteren Krankheiten oder einer erneuten Verstärkung der depressiven Symptomatik komme, wäre der Beschwerdeführer motiviert, mit der notwendigen Unterstützung einen Versuch einer Arbeitsintegration zu machen, dies allerdings in behinderungsangepasstem Pensum ausgehend von nicht mehr als zwei Stunden an maximal vier Tagen.

4. 6

Die Ärzte der Integrierten Psychiatrie H.____ berichteten am 25. August 2017 (Urk. 10/233/11-12) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 5. bis 15. August 2017 und führten aus, neben seinen psychosomatischen Beschwerden habe sich der Beschwerdeführer stark durch die Abwesenheit seiner Familie beeinträchtigt gezeigt. Eine stationäre Psychotherapie auf einer Station für Psychosomatische Erkrankungen erscheine sinnvoll, und der Beschwerdeführer sei für ein Vorgespräch in der Klinik I.____ angemeldet worden. Der Austritt sei in leicht gebessertem Zustand erfolgt.

E. 4.7

Die Ärzte des Spitals J.____, psychiatrische Klinik I.____, berichteten am 9. Januar 2018 (Urk. 10/233/13-20) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 18. September bis 30. November 2017 und nannten als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), teilremittiert, sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; S. 1). Sie führten aus, der Beschwerdeführer habe bei der Aufnahme psychopathologisch ein schweres depressives Zustandsbild mit einer durchgehend depressiv gefärbten Stimmungslage mit deutlich reduzierter Schwingungsfähigkeit, Freudlosigkeit, innerer Unruhe mit Gereiztheit, schweren Durchschlafstörungen mit Früherwachen sowie pessimistischen Denkinhalten und Zukunftsperspektiven gezeigt. Der Behandlungsverlauf beim Beschwerdeführer sei trotz gegebener hoher Therapiemotivation schwierig gewesen. Über weite Teile der Behandlung habe er krankheitsbedingt – aufgrund der von somatischen Erkrankungen und Schmerzen überlagerten depressiven Störung – nur eingeschränkt am integrierten Behandlungsprogramm der Station teilnehmen können. Aufgrund des schwierigen

Therapieverlaufs, der am ehesten auf eine chronifizierte und somit auch medikamentös schwierig einzustellende Depression zurückzuführen sei, seien über die letzten Wochen mehrere medikamentöse Anpassungen unternommen worden, was zu einer sichtlichen Besserung von Stimmung und Antrieb geführt habe. Bei Austritt habe der Beschwerdeführer ein teilremittiertes Zustandsbild gezeigt, eine volle Belastbarkeit sei noch nicht gegeben gewesen (S. 4).

E. 4.8

Die Ärzte des Universitätsspitals K.____, Universitäres Herzzentrum L.____, berichteten am 19. Februar 2018 (Urk. 10/230/7-11) und nannten als Diagnose einen kleinen Vorhofseptumdefekt vom Sekundum-Typ, Erstdiagnose November 2016 (S. 1). Sie führten aus, im Rahmen eines Schwächegefühls des linken Beins sei am 5. November 2016 die Diagnose eines ischämischen cerebravaskulären Insults gestellt worden mit Nachweis im Schädel-MRI von mehreren frischen kleinen kortikalen Infarkten im Bereich der Arteria cerebri anterior rechts (S. 2). Der Verlauf sei erfreulich. Dem Beschwerdeführer mit Status nach ASD Verschluss wegen paradoxen Embolien mit cerebralen Ischämien gehe es recht. Das CT der Koronarien zeige kalk- und stenosefreie Herzkranzgefäße (S. 4).

E. 4.9

Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 24. Juli 2018 (Urk. 10/226) und führte aus, aktuell bestünden tief lumbale Schmerzen mit Ausstrahlungen ins rechte Bein über Dermatome L5/S1 bei deutlichen degenerativen Veränderungen lumbosakral und der ISG beidseits mit Protrusion L5/S1 sowie Kontakt zur Nervenwurzel L5/S1 rechts. Nebenbei leide der Beschwerdeführer seit dem Unfall im Jahr 2001 an Schulterschmerzen links. Trotz der Therapien und Operationen klagte er weiterhin über Schulterschmerzen links mit Bewegungseinschränkung. Seit der Operation träten gelegentlich Parästhesien in den Fingern 3-5 links auf. Er klagte auch über Schmerzen am Nacken und Schulterbereich, und es bestehe eine Handschwäche links (S. 2 Ziff. 2.1). Beim Beschwerdeführer sei im Integrationszentrum N.____ eine Abklärungsuntersuchung durchgeführt worden. Dabei seien die Ziele bezüglich der Präsenz nicht erreicht worden. Bei einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation könne eine Wiederaufnahme der Integration geprüft werden. Aufgrund dieser Beurteilung, welche auf einer professionellen Abklärung zur beruflichen Eingliederung durchgeführt worden sei, könne beim Beschwerdeführer zurzeit und bis auf weiteres keine berufliche Reintegration durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer sei zurzeit bis auf weiteres für jegliche Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig (S. 5 Ziff.

E. 4.10

Dr. G.____ berichtete am 8. Oktober 2018 (Urk. 10/233/9-10) und führte aus, die seit 2001 bestehende chronisch rezidivierende depressive Störung sei seit 2017 deutlich verstärkt im Rahmen oder als Folge der konkomitierenden somatischen und sich verschlechternden Erkrankungen. Insbesondere der zerebrale Infarkt mit Lähmungserscheinungen habe auf dem Hintergrund einer vorbestehenden depressiven Erkrankung eine Zunahme der Angstsymptomatik ausgelöst. Die Ängste und Panikattacken hätten zu einem sozialen Rückzug und zu einer Verschlechterung der Alltagsfunktionen geführt. Durch diese Veränderung sei keine Teilnahme an familiären sozialen Geschehen mehr möglich gewesen, und es habe sich eine negative Spirale entwickelt, welche zur völligen Destabilisierung geführt habe (S. 1). Alle therapeutischen Massnahmen hätten nur eine relative

Stabilisierung bewirken können, da die chronische Depression auch die Therapiefähigkeit beeinträchtigt habe. Die Arbeitsfähigkeit sei seit Behandlungsbeginn und bis auf weiteres nicht gegeben. Die bisherige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sollte soweit wie möglich fortgesetzt werden. Allenfalls habe eine Anpassung der Medikation bei Bedarf sowie der Sitzungsfrequenz in Krisensituationen zu erfolgen. Eine intensivere therapeutische Massnahme sei aufgrund der oben erwähnten Einschränkungen nicht indiziert (S. 2).

E. 4.12

Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 6. Februar 2019 (Urk. 10/252/5-10) und nannte folgende Diagnosen (S. 5): - schwere depressive Episode ohne (eindeutige) psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - Agoraphobie mit Panik (ICD-10 F40.01) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61)

Er führte aus, der Beschwerdeführer werde seit Juli 2017 mit wöchentlichen Terminen unter Einbeziehung der psychopharmakologischen Medikation behandelt. Er sei am 25. November 2018 test- und neuropsychologisch untersucht worden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass es ihm seit Juli 2017 zunehmend schlechter gehe. Er leide an Kraft- und Motivationslosigkeit sowie unter Ein- und Durchschlafstörungen und habe einen verminderten Appetit. Der Beschwerdeführer spüre keine Freude und keine Lust mehr, seine Stimmung sei die meiste Zeit deutlich bedrückt. In zahlreichen, vor allem sozialen (Menschengedränge) Situationen bekomme er eine starke Angst, die sich bis zu panikartigen Angstzuständen steigern (S. 1 f.). Die neuropsychologische Testung habe ergeben, dass die Konzentrationsfähigkeit als schwer beeinträchtigt eingestuft werden müsse. Zudem habe eine klinisch relevante Angststörung testpsychologisch bestätigt und eine schwere depressive Erkrankung diagnostiziert werden können. Während der Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise auf ein Simulations- beziehungsweise Aggravationsverhalten gezeigt (S. 3). Die Testresultate hätten Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung gezeigt. Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers weise mehrere klinische Auffälligkeiten auf. Aufgrund der Untersuchung, die sowohl das diagnostische Gespräch als auch die Objektivierung der Befunde in Form von test- und neuropsychologischen Testungen umfasst habe, müsse dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert werden. Die Prognose erscheine vor dem Hintergrund der vorhandenen Chronifizierung und der Komorbidität sehr ungünstig. Da die Störungen einen Krankheitswert aufweisen würden und behandlungsrelevant seien, sei dem Beschwerdeführer empfohlen worden, seine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung fortzuführen (S. 5).

E. 4.14

Die Ärzte des Zentrums Q.____ berichteten am 11. Februar 2020 (Urk. 10/305) und führten aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 29. Oktober 2019 bei ihnen in Behandlung. Die Behandlungsfrequenz betrage zirka einmal im Monat. Seit 2001 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer weniger als zwei Stunden pro Tag zumutbar. Der Beschwerdeführer sei kognitiv in der Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und im Gedächtnis verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt. Die Prognose sei in Anbetracht der deutlichen Chronifizierung schlecht.

E. 4.15

RAD-Arzt Dr. O.____ nahm am 3. August 2020 Stellung (Urk. 10/318/14) und führte aus, im Bericht des Behandlers Dr. P.____ würden testpsychologische Untersuchungen angeführt, jedoch ohne die Ergebnisse durch Symptomvalidierungstests zu objektivieren. Die im Bericht des Q.____ gestellten oder übernommenen Diagnosen seien unter Berücksichtigung der dokumentierten Alltagsfertigkeiten des Beschwerdeführers (Integration in Gruppe von Teilnehmern, zeige sich im Umgang mit anderen empathisch, Präsenzzeit von vier Stunden täglich an fünf Tagen) nicht nachvollziehbar. Es liege ein unveränderter Sachverhalt vor. 5.

E. 5

f.) . Aufgrund der Schulter- und Wirbelsäulenproblematik bestehe auf orthopädischem Gebiet weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Insoweit habe sich keine Änderung ergeben. In den letzten Jahren sei keine aussagekräftige Befunderhebung der linken Schulter mehr erfolgt. Über die vergangenen 10 Jahre könne daher die Arbeitsfähigkeit auf orthopädische m Gebiet in einer leidensangepassten Tätigkeit zeitlich nicht näher belegt werden. Spätestens ab dem Untersuchungsdatum vom 28. März 2017 bestehe jedoch in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Vermeidung von Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und mit Tätigkeiten bis Brusthöhe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 3

E. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum (vgl. E. 2.3 hiervor) verbessert und sich daraus eine (höhere) Arbeitsfähigkeit in der angestammten beziehungsweise einer angepassten Tätigkeit ergeben hat.

Die 2008 erfolgte Zusprache einer ganzen Rente ab November 2002 (Urk. 10/112-113) basierte im Wesentlichen auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.6), welcher von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.1) ausging und gestützt darauf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab November 2001 annahm. In somatischer Hinsicht ging Suva-Kreisarzt Dr. A.____ ausgehend von der Verletzung der linken Schulter mit traumatischer Schulterluxation von einer Zumutbarkeit einer leichten, schulterschonenden Halbtagsarbeit aus (vgl. vorstehend E. 3.3).

E. 5.2

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten vom Mai 2017 (vgl. vorstehend E. 4. 4) davon aus, dass seit der Renten zusprache eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes bestehe und dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar sei.

E. 5.3

In somatischer Hinsicht hielt der orthopädische Gutachter ausdrücklich fest, im Grad der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei angesichts der im Jahre 2000 erhobenen Befunde im Vergleich zur aktuellen Untersuchung eine gewisse Verbesserung dahingehend erreicht worden, als jetzt eine Vor- und Seit hebemöglichkeit des linken Arms im Schultergelenk bis 90° möglich sei (Urk. 10/193 S. 15) . Betreffend die im Jahre 2014 neu dazugekommene Lumbo ischialgie beziehungsweise Rückenbeschwerden wurde eine günstige Prognose gestellt. Die Operation ist komplikationslos verlaufen und die

Beinschmerzen waren rückläufig. Dem Beschwerdeführer wurde im Rahmen der Operation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Tätigkeiten attestiert (vgl. vorstehend E. 4.3). Der orthopädische Gutachter beurteilte die ursprüngliche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Lagerist ebenfalls nach wie vor als nicht zumutbar. Für angepasste Tätigkeiten hingegen sei vorbehaltlich der psychiatrischen Einschätzung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Der kortikale Infarkt erfolgte sodann vor der gutachterlichen Untersuchung und wurde im Gutachten auch erwähnt (Urk. 10/193 S. 19). Die Ärzte des Herzzentrums des K. ___ hielten im Februar 2018 aus kardiologischer Sicht einen erfreulichen Verlauf fest (vgl. vorstehend E. 4.8). Eine diesbezügliche andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

ist nicht ausgewiesen. In der Zeit nach der Begutachtung des Beschwerdeführers klagte dieser nach wie vor über lumbale Beschwerden sowie Schulter schmerzen. Die vom Gutachten abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. M. ___ (vgl. vorstehend E. 4.9) erfolgte jedoch nicht gestützt auf eine eigene, sorgfältig erläuterte und nachvollziehbare Befunderhebung. Dr. M. ___ begründete seine Angaben, insbesondere auch diejenigen zu den Funktionseinschränkungen, ausdrücklich mit den Ausführungen im Abschlussbericht der N. ___ AG. Nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung jedoch in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis). Der Arzt oder die Ärztin sagen somit, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen respektive geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass sie sich vor allem zu jenen Funktionen äussern, welche für die nach ihrer Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Fachleute der Berufsberatung dagegen sagen, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, wobei unter Umständen entsprechende Rückfragen beim Arzt oder der Ärztin erforderlich sind (BGE 107 V 17 E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 6.2 und I 588/05 vom 27. April 2006 E. 3).

Nach dem Gesagten vermögen die Ausführungen von Dr. M. ___ die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch den orthopädischen Gutachter nicht umzustossen. Ausserdem bleibt anzumerken, dass aufgrund der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten es recht sprechungs gemäss nicht geboten ist, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4). Solches liegt vorliegend

nicht vor.

Es ist somit

gestützt auf das Medas -Gutachten in somatischer Hinsicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepassten Tätigkeiten gemäss beschriebenem Profil auszugehen, womit sich mit der Beschwerdegegnerin eine Verbesserung des Gesundheitszustandes aus somatischer Sicht festhalten lässt und ein Revisionsgrund zu bejahen ist (vgl. vorstehend E. 1.4).

E. 5.4

Im Weiteren ist zu beurteilen, ob vorliegend auf das von der Beschwerdegegnerin zwecks Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes eingeholte interdisziplinäre Gutachten vom Mai 2017 (vorstehend E. 4.4) auch in psychiatrischer Hinsicht abgestellt werden kann.

Der Beweiswert eines zwecks Rente nevision erstellten Gutachtens hängt

gemäss geltender und auch nach BGE 141 V 9 ergangener Rechtsprechung wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Be weisthema - erhebliche Änderung (en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet voll s tändigen, nach vollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hin blick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hin reichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesund heitszu stands statt gefunden hat.

Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2018 vom 5. Dezember 2018 E. 3.1 mit Hin weis).

E. 5.5

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes wurde im Gutachten von Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.6) eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1) diagnostiziert und gestützt darauf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert . Im Medas -Gutachten (vgl. vorstehend E. 4.4) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) , als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten attestiert . Somit lagen in beiden Beurteilungszeitpunkten die gleichen Diagnosen vor. Der Medas -Gutachter führte aus, die dokumentierten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit zeigten ab Juli 2009 eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Dieses Datum falle zusammen mit dem Heiratsdatum des Beschwerdeführers. Von Seiten der behandelnden Psychiaterin sei im Bericht vo m Februar 2015 noch keine Arbeitsfähigkeit in der angestamm ten Tätigkeit attestiert worden. Neuere V erlaufsberichte lägen nicht vor. Aufgrund der aktuell erhobenen psychiatrischen Befunde sei eine Besserung festzustellen. Wann diese genau eingetreten sei, lasse sich anhand der spärlichen Dokumenta tion im Revisionszeitraum nicht feststellen, spätestens aber ab dem Datum der aktuellen Untersuchung vom 5. Mai 2017 (Urk. 10/193 S. 33) . Der

psychiatrische Gutachter setzte sich mit dem Gutachten von Dr. D.____ sowie dessen Befund erhebung in keinsten Weise auseinander. Er stellte nach seiner Exploration die gleichen Diagnosen, begründete jedoch nicht, wieso er den Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit anders einschätzte. Seine Ausführungen zur revisionsrechtlichen Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit wesentlich verändert hätten, erscheinen nicht nachvollziehbar und sind denn auch nicht durch entsprechende Befunde erklärbar.

Identisch gebliebene Diagnosen schliessen eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) grundsätzlich nicht aus. Dies gilt namentlich dann, wenn der Schweregrad eines Leidens sich verringert hat oder es der versicherten Person gelungen ist, sich besser an das Leiden anzupassen

(Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1). Ob eine derartige tatsächliche Änderung vorliegt oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands, bedarf auch mit Blick auf die mitunter einschneidenden Folgen für die versicherte Person einer sorgfältigen Prüfung

(Urteil 8C_49/2011 vom 12. April 2011 E. 4.2). An einer solchen sorgfältigen Prüfung fehlt es vorliegend.

Dass sich der Schweregrad der Depression geändert hat oder es dem Beschwerdeführer gelungen ist, sich besser an die Depression anzupassen, wird vom Gutachter weder beschrieben noch näher dar gelegt.

Nach dem Gesagten nahm der psychiatrische Gutachter vorliegend weder eine genügende Auseinandersetzung mit den Vorakten oder den bestehenden psychiatrischen Diagnosen vor, noch setzte er sich mit dem Beweisthema einer erheblichen Änderung des Sachverhalts nachvollziehbar auseinander. Einer neuen ärztlichen Einschätzung, die sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern im Vergleich zur früheren Beurteilung eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten ist, kommt für die Belange der Rentenrevision kein genügender Beweiswert zu (Urteil 9C_137/2017 vom 8. November 2017 E.

E. 5.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen;

Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1) .

Nach dem Dargelegten mangelt es vorliegend in psychiatrischer Hinsicht an einem richtig und vollständig festgestellten Sachverhalt, wobei unklar ist und sich anhand der vorliegenden Akten nicht feststellen lässt, ob sich die Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht verändert hat oder nicht.

Der psychiatrische Gutachter nahm vorliegend weder eine genügende Auseinandersetzung mit den Vorakten oder den bestehenden psychiatrischen Diagnosen vor, noch setzte er sich mit dem Beweisthema einer erheblichen Änderung des Sachverhalts auseinander. Die Verfügung ist nach dem Gesagten aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen . 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin trotz Aufforderung (vgl. Urk. 13) keine Honorarnote eingereicht hat, ist ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'600.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 16. Februar 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schüpbach

E. 7

f.).

Die Aufmerksamkeit könne für die Dauer des Gesprächs anlässlich der psychiatrischen Exploration durchgehend aufrechterhalten werden. Die Konzentration könne nicht durchgehend aufrechterhalten werden. Es zeigten sich keine Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und keine Merkfähigkeitsstörungen, und das Langzeitgedächtnis erweise sich als klinisch unauffällig. Der Beschwerdeführer sei in depressiver Stimmung und vermindert schwingungsfähig. Die affektive Modulationsfähigkeit sei somit reduziert. Psychomotorisch bestehe eine reduzierte Mimik und Gestik (S. 25 f.). Klinisch fänden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung (S. 27). Es falle eine demonstrative Wirkung des Vorbringens der Klagen auf. Weiter falle eine undifferenzierte Symptombeschreibung in Form global, plakativer und stereotyper Symptomdarstellung auf. Regression und sekundärer Krankheitsgewinn seien anzunehmen, ebenso mangelnde Leistungsbereitschaft und Selbstlimitierung (S. 29 f.).

Die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit seien jeweils mittelgradig, die Kontaktfreudigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit sei leichtgradig eingeschränkt. Die mangelnden Sprachkenntnisse, das niedrige Bildungsniveau, psychosoziale Belastungen seien invaliditätsfremde Faktoren, welche per se nicht zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit führten. Die bisherige psychiatrische Therapie könnte noch ausgebaut werden. Es ergebe sich klinisch-anamnestisch kein Anhalt für eine verminderte Therapieadhärenz. Eine höhere psychiatrische Konsultationsfrequenz in Verbindung mit einer Optimierung der psychopharmakologischen Therapie in Form einer medikamentösen Umsetzung und/oder Augmentation sei sinnvoll und sollte mit einer Kontrolle des Serumspiegels erfolgen (S. 30). Aus rein psychiatrischer Sicht sollte eine Wiedereingliederung in einer angepassten Tätigkeit medizinisch-theoretisch mit einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 100 % möglich sein. Aufgrund der langen beruflichen Pause empfehle sich jedoch ein schrittweiser Einstieg. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, zu ausserberuflichen Aktivitäten und die Wegfähigkeit seien nicht beeinträchtigt und stellen ebenso wie die familiäre Unterstützung und die Therapieadhärenz mobilisierbare Ressourcen dar (S. 31). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Zum Untersuchungszeitpunkt sei zwar ein Leidensdruck spürbar, jedoch habe der

Beschwerdeführer 2009, als eine chronifizierte Depression bei langanhaltendem schweren Schmerzzustand mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden sei, geheiratet und drei Jahre später seien Zwillinge geboren worden. Dies spreche dafür, dass zumindest in diesem Zeitraum die krankheitsbedingten psychosozialen Einschränkungen weniger ausgeprägt gewesen seien (S. 32) .

Von Seiten der behandelnden Psychiaterin sei im letzten Bericht im Februar 2015 noch keine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit gesehen worden. Aufgrund der aktuell erhobenen psychiatrischen Befunde sei eine Besserung festzustellen. Wann diese genau eingetreten sei, lasse sich anhand der knappen Dokumentation im Revisionszeitraum nicht feststellen. Spätestens ab dem Datum der aktuellen Untersuchung vom 5. Mai 2017 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 %

in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Die letzte Tätigkeit als Lagerist, die teilweise zeitkritisches und eigeninitiatives Handeln erfordere, erscheine aus psychiatrischer Sicht als nicht ideal angepasst. In einer angepassten Tätigkeit sei ab dem aktuellen Untersuchungszeitpunkt von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 33).

E. 10

und E. 4.13). Zudem geht aus den Akten hervor, dass sich der Beschwerdeführer nicht nur bei Dr. G.____ , sondern offensichtlich auch bei Dr. P.____ (vgl. vorstehend E. 4.12) sowie im Q.____ (vgl. vorstehend E. 4.14) behandeln lässt.

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