

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00019 vom 15. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00019

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00019 du 15 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00019 del 15 febbraio 2016

Erwägungen

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 vorbehältlich 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 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 nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden. 1. 2.

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 Zuweisung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit 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 rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.2

Am 26. Juli 2017 stellte der Beschwerdeführer erneut ein Revisionsgesuch auf Erhöhung der Rente aufgrund einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands (Urk. 7/189). Die IV-Stelle klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und wies das Revisionsgesuch mit Verfügung vom 11. Februar 2020 ab (Urk. 7/256). Die hiergegen erhobene Beschwerde hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 1. Juli 2020 im Verfahren Nr. IV.2020.00186 in dem Sinne gut, als die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese, nach erfolgter weiterer Abklärung, neu verfüge (Urk. 7/259).

E. 1.3

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (BGE 145 V 209 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Fehlt der Eingliederungswille beziehungsweise die subjektive Eingliederungsfähigkeit, d.h. ist die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben, darf die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-)Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG herabgesetzt oder aufgehoben werden. Berufliche Massnahmen können zwar unter anderem dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen. Es bedarf indessen auch eines Eingliederungswillens beziehungsweise einer entsprechenden Motivation der versicherten Person. Es sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung beziehungsweise Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen respektive gestellten Anträge. Die subjektive Eingliederungsfähigkeit ist auch bei Personen, die das 55. Altersjahr bereits zurückgelegt haben und deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll (vgl. E. 1.3), Voraussetzung für einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3 sowie 9C_84/2021 vom 2. August 2021 E. 3.2.2 und E. 4.3-4).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet

sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 12. Januar 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Dezember 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm Arbeitsvermittlung oder weitere berufliche Massnahmen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. März 2022 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das polydisziplinäre Z.____-Gutachten vom Juli 2021 davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe und dieser für körperlich leichte Tätigkeiten, überwiegend im Sitzen, mit der Möglichkeit zu frei wählbaren Positionswechseln, zu 80 % arbeitsfähig sei (S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer habe aus invaliditätsfremden Gründen die bisherige Arbeitsfähigkeit nicht verwertet. Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt bestehe nicht aus gesundheitlichen Gründen, aufgrund der fehlenden Deutschkenntnisse sei er auf italienischsprechende Arbeitgeber eingeschränkt. Er fühle sich subjektiv nur an 1-2 wechselnden Tagen pro Woche arbeitsfähig. Entsprechend bestehe kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung (S. 2 Mitte). Aufgrund seiner bisherigen Restarbeitsfähigkeit von 50 % wäre es dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen, eine angepasste Tätigkeit zu suchen und anzunehmen, was aber in den letzten Jahren nicht erfolgt sei (S. 3 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), der Schluss der Z.____-Gutachter, dass sich die Situation verbessert habe, sei nicht nachvollziehbar, da sich die Befunde seit dem Y.____-Gutachten von 2015 nicht verbessert hätten. Es handle sich beim Z.____-Gutachten höchstens um eine Neu beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts (S. 5 Ziff. 1).

Gemäss dem Y.____-Gutachten von 2015 und dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. Juli 2020 bestehe für eine körperlich sehr leichte, adaptierte wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % . Diese Beurteilung sei rechtskräftig und könne nicht durch eine Neu beurteilung eines neuen Gutachtens ab geändert werden, ohne dass sich die Befunde verbessert hätten . Eine Rentenauf hebung beziehungsweise eine Reformatio in peius sei deshalb in diesem Fall nicht möglich. Der Invaliditätsgrad von 59 % sei nach wie vor rechtsgültig und könne auch durch das neue Gutachten nicht ab geändert werden. Gemäss dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. Juli 2020 habe die Beschwerdegegnerin nur eine Verschlechterung abzuklären gehabt und nicht eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (S. 5 Ziff. 2).

Das Gespräch der Eingliederungsberaterin mit dem Beschwerdeführer betreffend Arbeitsvermittlung genüge den Vorgaben zur Abklärung von Eingliederungs massnahmen nicht. Die Voraussetzungen für eine Arbeitsvermittlung, allenfalls sogar für eine Umschulung, seien gestützt auf die Akten, falls von einer Arbeits tätigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) gemäss Z.____-Gutachten ausgegangen werde, klar erfüllt (S. 5 f. Ziff. 3). Die Begründung der Beschwerdegegnerin, dass er trotz 50%iger Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache keine Arbeit gesucht habe, sei falsch und rechtswidrig. Er habe zwischen 2013 und 2018 vier Operationen mit langen Rehabilitationen gehabt. Kein Arbeitgeber

stelle eine Person neu ein, die monatelang aufgrund von Operationen arbeitsunfähig sei. Zudem sei er während Jahren im geschützten Rahmen tätig gewesen. Es könne also nicht die Rede davon sein, dass er seine Arbeitsfähigkeit aus invaliditäts fremden Gründen nicht ausgeschöpft habe (S. 6 Ziff. 5).

E. 2.3

Im Urteil vom 1. Juli 2020 (Urk. 7/259) hielt das hiesige Gericht fest, das zuletzt erstellte Belastungsprofil vom Herbst 2015 könne mittlerweile nicht mehr ohne Weiteres volle Gültigkeit beanspruchen, sondern es sei aufgrund der neuen Befunde zu überprüfen, und es seien die zeitliche Arbeitsfähigkeit wie auch die Leistungsfähigkeit aufgrund der aktuellen Gegebenheiten neu zu beurteilen. Weder das eine noch das andere lasse der Aktenstand mit der erforderlichen Zuverlässigkeit zu (dortige E. 5.4). Die Sache wurde daher an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese, nach ergänzender medizinischer Abklärung, eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge (dortige E. 5.5 sowie Dispositiv Ziff. 1).

Zwar ging das hiesige Gericht in seiner vorläufigen Einschätzung vom 1. Juli 2020 insgesamt von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aus (dortige E. 5.5). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (E. 2.2) schliesst dies jedoch nicht zum Vornherein aus, dass die zusätzlichen medizinischen Abklärungen in beweiskräftiger Weise einen verbesserten Gesundheitszustand ergeben, nachdem die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin ja gerade deshalb erfolgte, weil der Aktenstand keine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zulies. Der Beschwerdeführer ist sodann daran zu erinnern, dass bei Vorliegen eines Revisionsgrundes ohnehin keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (E. 1.2) , und dass das Ergebnis einer Rückweisung nicht voraussehbar ist .

E. 2.4

Strittig und frei zu prüfen ist demnach das Vorliegen eines Revisionsgrundes und eines allfälligen Anspruchs des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungs massnahmen.

3. 3.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 15. Februar 2016 (Urk. 7/128; Urk. 7/108) stützte sich auf das Y.____- Gutachten vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/97). 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt fest, aus allgemeininternistischer Sicht hätten keine Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eruiert werden können (S. 9 Ziff. 3.4). Zum selben Schluss gelangte Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner psychiatrischen Beurteilung (S. 12 f. Ziff. 4.1.4 f.). 3 .3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, nannte im Rahmen seiner rheumatologischen Beurteilung (S. 13-19) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 4.2.3): - chronisches zervikozephalales bis zervikobrachiales, rechtsseitig betontes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M53.1) - Differentialdiagnose (DD) cervikoradikuläres Schmerzsyndrom des 7. Halswirbels (C7) rechts - Status nach ventraler Mikrodiskektomie C5/6 beidseitig, Foraminotomie C5/6 beidseitig, ventraler Mikrodiskektomie und Foraminotomie C6/7 beidseitig, Status nach Neurolyse C6 und C7 rechts, Status nach interkorporeller Spondylodese mit Cages auf Höhe C5/C6 und C6/C7 am 25. September 2013 bei Diskushernie C5/6 und C6/7 mit klarer

Foramenstenose C6 und C7 rechtsbetont und progredienter Diskusprotrusion C3/4 - ausgeprägte reaktive schmerzhafte Myogelose der Subokzipital-, Trapezius- und der interskapulären Muskelgruppen im Rahmen einer muskulären Dysbalance und Oberkörperfehlhaltung - radiomorphologisch (Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule [MRT HWS] und HWS Funktionsaufnahmen vom 3. September 2015) keine wesentliche Befundänderung zur Voruntersuchung vom 3. Dezember 2014: Keine Spinalkanaleinengung, unauffälliges Myelon, rechts Einengung der Neuroforamen durch Unkovertebralarthrosen auf der Höhe der 5. bis 7. Halswirbelkörper [HWK 5-7], betont 6/7, links seitig durch Unkovertebralarthrose und geringe Bandscheibenprotrusion Einengung des Neuroforamens HWK 4/5, eine Irritation der Nervenwurzeln C7 ist möglich. In den Funktionsaufnahmen regelrechtes dorsales Alignment der Wirbelkörper, keine Listhese oder vermehrtes Aufklappen, unveränderte Lage des Cages auf Höhe HWK 5/6 und 6/7. - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (M54.5) - Status nach Ganglionzystenentfernung en bloc, Neurolyse des 4. Lendenwirbels (L4) links und Status nach Mikrodiskektomie L3/4 beidseitig von links am 25. September 2012 bei Ganglionzyste L3/4 epidural links, Diskushernie L3/4 links und absoluter Lumbalkanalstenose - Status nach Mikrodiskektomie L3/4 und L4/5 sowie Spondylodese L3-L5 am 20. Juni 2014 bei Rezidiv der Lumbalkanalstenose L3/4 rechts betont mit zusätzlicher Diskushernie L3/4 mit Wurzelkompression rezessal L4 rechts

- radiomorphologisch (MRT der Lendenwirbelsäule [LWS] vom 3. September 2015): Zur Voruntersuchung vom 3. Dezember 2014 geringe Zunahme der Bandscheibenprotrusion zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbelkörper [LWK 2/3]. Dorsale Instrumentierung von LWK 3 bis LWK, minimale ventrale Listhese von LWK 3 über LWK 2 und geringe ventrale Listhese von LWK 2 gegenüber LWK 1. Unverändert Abstützungsreaktionen sowie nach kaudal zunehmende Facettengelenksarthrose, Myelon unauffällig

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine klinisch leicht beginnende Femoropatellararthrose beidseitig (M17.9).

Der Explorand sei seit Jahren stets einer körperlich zum Teil schwer belastenden beruflichen Tätigkeit bei verschiedenen Arbeitgebern nachgegangen. Im Vordergrund stehe eine objektivierte ausgeprägte Lumbalkanalstenose.

Durch die bezüglich der Lendenwirbelsäule vorgenommenen Interventionen im September 2012 und im Juni 2014 seien die Intensität der Lumbalgien und vor allem das Ausmass der in die rechte untere Extremität ausstrahlenden Beschwerden durchaus positiv beeinflusst worden. Im Vordergrund der Schmerzsymptomatik stünden ganz klar persistierende und in den letzten 6 bis 12 Monaten sich akzentuierende zervikale, zervikozephal bis frontale und zervikobrachiale Schmerzen rechtsbetont mit zum Teil Ausstrahlung, vor allem bis zum Mittelfinger, Ringfinger und kleinem Finger (Dig. III-V) der rechten Hand. Diese Schmerzen führten dazu, dass er sich regelmässig bewegen müsse. Vor allem das fixierte Sitzen und Stehen sei deutlich schmerverstärkender als kurze Spaziergänge, welche jedoch nur für maximal 5 bis 10 Minuten ohne Unterbruch möglich seien (S. 17 Ziff. 4.2.4).

Im rheumatologischen Status präsentiere sich der Explorand mit einer Haltungsinsuffizienz bei einer Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung im Rahmen einer muskulären Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen. Der Weichteilstatus habe eine ganz erhebliche und schmerzhafte Myogelose im gesamten Nacken-Schultergürtel sowie thorakolumbal paravertebral ergeben.

Die segmentale Untersuchung der LWS, BWS (Brust wirbelsäule) und HWS habe ausgeprägte Bewegungseinschränkungen gezeigt, welche unter Berücksichtigung der mehrfach klar objektivierten pathoanatomischen Verhältnisse in den Bereichen HWS und LWS sowie bedingt durch die reaktiven Myogelosen somatisch orientiert weitgehend nachvollzogen werden könnten. Zusammenfassend könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat vollumfänglich nachvollzogen werden (S. 17 f. Ziff. 4.2.4).

Die früher während Jahren ausgeübten beruflichen Tätigkeiten auf dem Bau, als Maschinist und Hilfsarbeiter sowie generell jegliche körperlich mittel bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten seien dem Exploranden bleibend nicht mehr möglich. Aus rein rheumatologisch-theoretischer Sicht bestehe für eine körperlich sehr leichte und wegweisend wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 50 %, wobei die Arbeitszeit idealerweise auf zwei Mal 2 Stunden über den Tag verteilt werden sollte, um regelmässige Pausen zu gewähren, unter folgenden unabdinglichen Arbeitsplatzbedingungen: Dem Exploranden müsse ermöglicht werden, dass er seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln könne. Das fixierte Sitzen und Stehen sei auf maximal 15 bis 20 Minuten zu limitieren. Nicht möglich seien jegliche Tätigkeiten einerseits mit anhaltender Oberkörpervorneigeposition und andererseits verbunden mit stereotypen, fließbandähnlichen Rotationsbewegungen von HWS und LWS, ebenso wenig repetitive Überkopfarbeiten mit den Armen mit der konsekutiv notwendigen Hyperlordose der LWS. Vorstellbar sei die Durchführung von intermittierend manuellen Tätigkeiten in Schulterneutralstellung, vor allem bezüglich feinmotorischer Tätigkeiten. Das Heben, Tragen und Stossen von Lasten sei bis zur Taille auf maximal 5 bis selten 10 kg und über Taille auf maximal 5 kg zu limitieren. Überwachungsfunktionen in einem umschriebenen Bewegungsradius seien möglich. Spezifische administrative Tätigkeiten seien mangels beruflicher Qualifikation kaum erfolgreich umzusetzen. Dementsprechend verbleibe nur noch eine geringe theoretisch umsetzbare Restarbeitsfähigkeit unter spezifischen qualitativen Arbeitsbedingungen in der ersten Wirtschaft (S. 18 Ziff. 4.2.5). Diese Angaben gälten seit dem 28. Juni 2012 (S. 18 Ziff. 4.2.6). In Bezug auf eine baldige Reintegration in den Arbeitsprozess der ersten Wirtschaft bestehe eine überaus ungünstige Prognose (S. 19 Ziff. 4.2.8). 3. 4

Dr. med. D. ____, Facharzt für Neurologie, nannte im Rahmen seiner neurologischen Beurteilung (S. 19-23) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 4.3.3): - degeneratives HWS-Syndrom (M53.1) mit Zustand nach ventraler Diskektomie und Dekompression sowie Cage-Spondylodese HWK 5/6 und HWK 6/7 im September 2014 ohne persistierende radikuläre oder medulläre Beteiligung - degeneratives LWS-Syndrom (M54.5) mit kernspintomographisch beschriebener Spinalkanalstenose mit Zustand nach Spondylodese im September 2013

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Verdacht auf Symptomausweitung.

Die Untersuchung sei ganz von Schmerzäusserungen geprägt gewesen, habe aber objektiv nichts geboten. Die Reflexe seien seitengleich, die Extremitätenmuskulatur sei ebenfalls seitengleich ausgeprägt und konsistente Paresen seien gleichfalls nicht nachweisbar. Die Schmerzen könnten per se sicher nicht wegdiskutiert werden, zumal Restbeschwerden nach drei erfolgten Rückenoperationen gut denkbar seien. Bei der Bewertung dieser Schmerzen sei aber das diskrepante Verhalten beim Prüfen des Lasègues zu berücksichtigen, was

eindeutig für eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung spreche (S. 22 Ziff. 4.3.4).

Arbeiten als Fliesenleger oder andere vergleichbare Arbeiten mit mittlerer und stärkerer Rückenbelastung könnten nicht mehr verrichtet werden. Körperlich leichte Arbeiten vorzugsweise in Wechselbelastung könnten hingegen voll verrichtet werden. Vorstellbar seien zum Beispiel Arbeiten als Parkplatzwächter oder Regale auffüller (S. 22 Ziff. 4.3.5).
3.5

In der Gesamtbeurteilung (S. 23-26) kamen die Gutachter zum Schluss, es liege aus polydisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bis anhin ausgeübten Tätigkeiten sowie für andere körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten vor. Dagegen bestehe für eine körperlich sehr leichte, adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, idealerweise auf zweimal 2 Stunden über den Tag verteilt (S. 24 Ziff. 6.2). Von diesem Arbeits- und Leistungsprofil könne seit dem 28. Juni 2012 ausgegangen werden, wobei unmittelbar nach den im September 2012, September 2013 und Juni 2014 durchgeführten Operationen jeweils eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit vorgelegen habe (S. 24 f. Ziff. 6.3). 4.

4.1

Nach der Verschlechterungsmeldung vom 26. Juli 2017 (Urk. 7/189) ergingen im Wesentlichen die folgenden Berichte. 4.2

Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 30. Januar 2017 (Urk. 7/180 = Urk. 7/184) aus, im MRI der LWS vom 1. Dezember 2016 sei ein uncarthrotisches

Foramen C3/C4 rechts und C4/C5 links mit starker Kompression der Wurzel C4 foraminal beidseits dokumentiert. Der Patient habe progressive Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in beide Arme und dazu eine Verschlechterung der LWS-Problematik mit Pollakisurie und und

Urgeinkontinenz

berichtet (S. 2 Mitte). Er könne nur in einer leichten Tätigkeit in einem maximalen Pensum von 40 % arbeiten (S. 3 unten). 4.3

Die Ärzte der Abteilung Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie der Klinik F.____ berichteten am 16. Juni 2017 über die Konsultation vom 7. Juni 2017 (Urk. 7/188). Dabei nannten sie folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der LWS mit Ausstrahlungen in beide untere Extremitäten

und in den Bereich der HWS mit Ausstrahlung in beide oberen Extremitäten, rechtsbetont mit/bei - Status nach Mikrodiskektomie L3/4 beidseitig von links her am 25. September 2012 - Status nach Transforaminal

Lumbar Interbody Fusion (TLIF) L3/4 und L4/5 am 20. Juni 2014 mit aktuell radiographischem Nachweis einer Schraubenlockerung L3 und Pseudoarthrose L3/4 sowie Verdacht auf Pseudoarthrose L4/5 und mit Segmentdegeneration L2/3 und L1/2 mit konsequenter Spinalkanalstenose an diesen zwei Höhen - Status nach Anterior Cervical

Discectomy and Fusion (ACDF) C5/6 und C6/7 am 25. September 2013 mit aktuellem radiographischen Nachweis für Pseudoarthrose C5/6 und C6/7 sowie Segmentdegeneration

C4/5 und insbesondere C3/4 mit zirkumferentieller Protrusion und diskora dikulärem Konflikt C4 rechts

Es liege eine invalidisierende Schmerzsymptomatik vor. Es werde eine Revisions chirurgie empfohlen, deren Resultat bezüglich der Schmerzsituation jedoch nicht vorausgesehen werden könne (S. 1 f.). 4.4

Im Austrittsbericht vom 26. Januar 2018 berichteten die Ärzte der Klinik F.____ über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 4. bis 23. Januar 2018 (Urk. 7/224/13-15). Die Operation vom 5. Januar 2018 habe eine Respondylodese mit TLIF L2/3 und Cage-Explantation L3/4 mit Neupositionierung in L3/4 und Setzen von Schrauben beidseits sowie eine Knochenspanentnahme aus dem rechten Beckenkamm umfasst (S. 1 unten). 4.5

Im Bericht zur Konsultation vom 27. Februar 2018 (Urk. 7/200/1-2 = Urk. 7/206/7-8) nannten die Ärzte der Klinik F.____ als neue Diagnose eine Innenmeniskusläsion am linken Kniegelenk, DD periartikulär bedingt, DD lumbal bedingt (S. 1 oben). Das gleichentags durchgeführte MRI des linken Knies habe einen ausgedehnten Riss im medialen Meniskus mit Ausbildung von kleinen Meniskuszysten und Verdacht auf Lappenbildung gezeigt. Es liege eine diskrete, mukoide Degeneration des vorderen Kreuzbandes vor, eine mittelgradige lateral betonte Femoropatellararthrose mit deutlichen Aktivierungszeichen im lateralen femoropatellären Gleitlager und eine beginnende mediale Gonarthrose mit zudem diskreten Aktivierungszeichen in den medialen Anteilen des lateralen Tibia plateaus am Übergang zur Area interkondylaris

posterior (S. 2 oben; vgl. auch Urk. 7/206/6). 4.6

Im Bericht zur Konsultation vom 7. Mai 2018 (Urk. 7/206/4-5) führten die Ärzte der Klinik F.____ aus, aufgrund der Schmerzen sei die aktuelle Gehstrecke trotz ausgebauter Analgesie auf etwa 10 Meter reduziert. Vor allem nachts sei der Patient durch stärkste Schmerzen geplagt. Das Schuhwerk habe auf Bettelsanda len gewechselt werden müssen, da das Laufen schmerzbedingt nur in diesen möglichen sei. Eine Lebensqualität sei aktuell nicht vorhanden (S. 1 f.). Die starken Schmerzen liessen sich weder klinisch noch radiologisch durch ein Kniegelenks leiden ausreichend erklären, insbesondere bei Ausbleiben jeglicher Wirkung der Kniegelenksinfiltration (S. 2 unten). 4.7

Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurochirurgie, Klinik F.____, berichtete am 30. Mai 2018 über die Konsultation vom 28. Mai 2018 (Urk. 7/214/3-5). Als neue – hier verkürzt wiedergegebene Diagnose – nannte sie eine L2-Radikulopathie linksseitig mit/bei Anschlusssegmentsdegeneration L1/2 bei Status nach Respondylodese am 5. Januar 2018 (S. 1 Mitte).

Im Verlaufsbericht vom 30. Juli 2018 (Urk. 7/224/1-3 = Urk. 7/228/3-5) führte Dr. G.____ aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert (Ziff. 1.1). Es sei aktuell nicht möglich, die bisherige Tätigkeit durchzuführen (Ziff. 2.1). Es liege eine schwere sagittale Dysbalance

mit möglicher L4- oder L5-Radikulopathie postoperativ vor. Er könne keine schweren körperlichen Arbeiten bewältigen. Es sei aktuell nicht möglich, die Arbeitshaltung einzu schätzen (Ziff. 2.2). Im Bericht zur gleichentags stattgehabten Konsultation (Urk. 7/224/11-12 = Urk. 7/225/10-11) führte Dr. G.____ aus, der Patient sei sozial sehr isoliert, könne im Alltag kaum etwas machen. Auch der Schlaf sei massiv gestört, eine liegende Position sei auch nicht erträglich. Insgesamt liege eine deutliche Einschränkung

der Lebensqualität vor, gemäss Patient stärker als präoperativ (S. 2 oben).

Im Bericht zur Konsultation vom 30. Oktober 2018 (Urk. 7/228/11-12) führte Dr. G.____ aus, die aktuelle Schmerzexazerbation zeige sich durch eine Zunahme der Anschlusssegmentdegeneration im Segment L1/2 mit einer relativen Spinalkanalstenose und deutlichen osteophytären Abstützungsreaktionen rechts betont, dies korreliere klinisch deutlich mit der Symptomatik des Patienten .

Im Bericht zur Konsultation vom 23. November 2018 (Urk. 7/230 = Urk. 7/231) nannte Dr. G.____ folgende, hier verkürzt wiedergegebene, Diagnosen (S. 1): - Failed Back Surgery Syndrom - ausgeprägte Arm- und Handschmerzen mit Koordinationsstörungen und Verminderung der Sensibilität

Die Beschwerden in der Rückenmuskulatur seien auf die sagittale Dysbalance bei Status nach multiplen Operationen zurückzuführen. Aktuell sei eine langfristige Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorhanden. Der Fall werde nach der Infiltration im Januar 2019 abgeschlossen (S. 2 Mitte). 4.8

Die Ärzte des Instituts H.____ beurteilten nach dem MRI der LWS vom 6. Februar 2019 (Urk. 7/235/1) im Vergleich zur Voruntersuchung vom 3. August 2017 eine Verlängerung der Spondylodese L3-5 in das Segment L2/3 mit unverändert leichtgradigen foraminale Stenosen ohne aber abgrenzbare Kompression neuraler Strukturen, eine stationäre leichtgradige Retrolisthesis von L2 gegenüber L3 und Anterolisthesis Grad I L3/4, eine Reizung der austretenden Nervenwurzel L4 beidseits sowie auch L2 und L3 links. Es liege keine Kompression der Cauda

equina vor. Epifusionell bestehe eine progrediente Einengung des Spinalkanals L1/2 mit zumindest Reizung der Cauda

equina und ebenfalls eine linksbetonte foraminale Stenose mit Reizung der austretenden Nervenwurzel L1, unverändert. Es liege eine hypofusionell unveränderte Reizung der austretenden Nervenwurzeln L5 mit Betonung links vor. 4.9

Dr. med. I.____ , Leitende Oberärztin Neurologie, Klinik F.____ , führte in ihrem Bericht über die Konsultation vom 6. Februar 2019 (Urk. 7/234) aus, im Bereich der LWS bestehe vermutlich eine Failed Back Surgery -Symptomatik. Betreffend die HWS zeigten sich aktuell keine behandelbaren Ursachen der Schmerzen , insbesondere keine Nervenengpasssyndrome oder auch keine manifesten Radikulopathien. Aufgrund der klinischen Untersuchung sei auch eine Facettengelenksdegeneration oder Wurzelreizung schwer auszumachen (S. 2 unten). 4.10

Dr. G.____ führte im Bericht zur Sprechstunde vom 5. Februar 2020 (Urk. 7/257/16-18 = Urk. 7/267/7-9) aus, der Patient präsentiere aktuell ein desolates klinisches Bild mit deutlicher Einschränkung der Gehfähigkeit im Alltag und mit Exazerbation der Schmerzen nicht nur im thorakolumbalen Übergang, sondern auch im Halswirbelsäulenbereich. Die Gehunfähigkeit sei multifaktoriell bedingt, nicht nur aufgrund einer Dysbalance bei iatrogener Hyperlordose im Rahmen multipler Wirbelsäuleneingriffe, sondern auch aufgrund zusätzlicher Arthrosen im Knie- und Hüftbereich auf der linken Seite (S. 2 unten).

Im Bericht zur Sprechstunde vom 23. September 2020 (Urk. 7/263 = Urk. 7/267/4-6) führte Dr. G.____ aus, der Patient habe über eine Exazerbation der Schmerzen in der linken und rechten unteren Extremität bei sonst gleich bleibenden Beschwerden sowie von einer Gehstrecke von weiterhin maximal 10 Metern berichtet, so dass als nächste Massnahme ein

Rollator rezeptiert worden sei (S. 2 oben). 4.11

Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2020 (Urk. 7/267/1-3) aus, sie beurteile die Motivation bei ihrem Patienten auf einer Skala von 1-10 mit 4 (Ziff. 4.3). 4.12

Dr. G.____ berichtete am 2. Februar 2021 über die Sprechstunde vom 26. Januar 2021 (Urk. 7/272). Gleichentags sei ein MRI der HWS und der LWS durchgeführt worden. Letzteres habe eine deutliche Anschlusssegmentdegeneration L1/L2 mit breitbasiger Diskusprotrusion und mässiger Forameneinengung beidseits, eine mässige zentrale Spinalkanalstenose bei Facettengelenksarthrose beidseits und keine Hinweise auf eine Zunahme der Stenose in diesem Bereich gezeigt. Die Bilder zeigten aktuell einen stabilen Verlauf, ohne Zunahme der zentralen Spinalkanalstenose im zervikalen oder lumbalen Bereich, so dass ein exspektatives Verfahren angestrebt werden könne (S. 2 unten). 4.13 4.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 31. März 2022 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 6.1

Der im Jahr 1963 geborene Beschwerdeführer hat das 55. Altersjahr bereits zurückgelegt. Nachdem ein Revisionsgrund vorliegt (E. 5. 7), sind somit grund sätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen vor einer allfälligen Herab setzung oder Aufhebung der Rente (E. 1.3). Entsprechend lud die Beschwerde gegnerin den Beschwerdeführer zum Erstgespräch mit ihrer Eingliederungsberaterin ein, welches am 7. Oktober 2021 stattfand (E. 4.15).

Strittig ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin im Anschluss zu Recht einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung verneinte, oder ob dem Beschwerdeführer Arbeitsvermittlung beziehungsweise weitere berufliche Massnahmen zuzu sprechen sind (vgl. Sachverhalt E. 1.2-3 sowie E. 2).

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren ablehnenden Entscheid damit, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Arbeitsfähigkeit aus invaliditätsfremden Gründen nicht verwertet habe , mithin die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt nicht aufgrund von gesundheitlichen Gründen bestehe (E. 2.1). Dies erscheint als zumindest fraglich. Zu Recht wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass zwischen 2013 und 2018 vier Operationen mit langen Rehabilitationen eine erfolgreiche Arbeitssuche erschwert hätten (E. 2.2). Zu beachten ist auch, dass die Zusprache einer halben Rente ab Juni 2012 erst im Februar 2016 erfolgte und der Beschwerdeführer bereits am 26. Juli 2017 ein e Verschlechterung geltend machte , worüber aufgrund des Rückweisungsentscheids des hiesigen Gerichts vom 1. Juli 2020 und der nachfolgenden Abklärungen bislang noch nicht mittels Verfügung entschieden wurde (vgl. Sachverhalt E. 1.1-2).

So oder anders besteht jedoch bei fehlendem Eingliederungswillen kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (E. 1.4). Nachdem hierfür Anhaltspunkte bestehen, ist diesbezüglich eine nähere Prüfung angezeigt.

E. 6.3

Beim Beschwerdeführer besteht eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung. Gegenüber dem orthopädischen Teilgutachter Dr. K. ___ gab er an, er schätze sich als vollständig arbeitsunfähig für jegliche Tätigkeit ein. Bemühungen, beruflich wieder tätig zu werden, bestünden nicht und würden auf Nachfrage abgelehnt (E. 4.13.2). Das Gespräch vom 7. Oktober 2021 mit der Eingliederungsberaterin der Beschwerdegegnerin wurde denn auch nicht vom Beschwerdeführer verlangt, sondern von der Beschwerdegegnerin initiiert, welche sich aufgrund seines Alters als verpflichtet erachtete, ihm Eingliederungsmassnahmen anzubieten (vgl. Schreiben vom 5. August 2021 [Urk. 7/290]).

Anlässlich dieses Gesprächs konnte die Eingliederungsberaterin keine reelle Motivation für eine Arbeit erkennen. Dem ausführlichen Protokoll lässt sich ohne Weiteres entnehmen, wie sie zu dieser Einschätzung gelangte.

So habe der Beschwerdeführer bei Fragen in Richtung Arbeit immer wieder auf das Thema Gesundheit gelenkt und unter anderem auf seine Ärzte verwiesen, welche gesagt hätten, dass er nicht mehr arbeiten könne. Bei konkreten Fragen habe er angegeben, gesundheitsbedingt keine Schritte in Richtung Arbeit machen zu können. Selbst nach konkretem Angebot einer Eingliederungsmöglichkeit beharrte er darauf, aus seiner Sicht sei dies nur an 1-2 Tagen pro Woche möglich. Nachdem nicht einmal diese 1-2 Tage zum Vornherein festgelegt werden könnten, sondern frei wählbar sein müssten, da Rücksicht auf seine Tagesform respektive seine tagesaktuelle Schmerzsituation zu nehmen wäre, erscheint eine erfolgreiche Eingliederung derzeit als unrealistisch. Der Beschwerdeführer scheint derart von der Schwere seiner Einschränkungen überzeugt zu sein, dass er das erforderliche Minimum an Einsatzbereitschaft und Motivation für eine aussichtsreiche Eingliederung nicht aufzubringen vermag. Seine Krankheitsüberzeugung erscheint derzeit als zu stark, ein relevanter Eingliederungswille ist nicht vor handen.

Stimmiger Weise gab denn auch die Hausärztin Dr. J. ___ im Dezember 2020 an, sie beurteile die Motivation des Beschwerdeführers auf einer Skala von 1-10 lediglich mit 4 (E. 4.11).

Entsprechend vermochte der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift auch nicht näher beziehungsweise positiv zu begründen, inwiefern die Voraussetzungen für eine Arbeitsvermittlung klar erfüllt seien (E. 2.2). Nachdem offenbar kaum Motivation für eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt besteht, ist auch nicht ersichtlich, was der Beschwerdeführer aus seiner früheren Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt für seinen Standpunkt ableiten möchte. Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) war er dort denn auch entgegen seinen Angaben nicht «während Jahren» (vgl. E. 2.2), sondern lediglich von März 2017 bis Februar 2019 tätig (Urk. 7/297). Anhaltspunkte dafür, dass er aus gesundheitlichen Gründen einzig an einem geschützten Arbeitsplatz tätig sein kann, bestehen zu dem nicht.

E. 6.4

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Arbeitsvermittlung zu Recht verneint. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit besteht auch kein Anspruch auf andere berufliche Massnahmen.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - 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 Grieder-Martens Boller

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8.5

Stunden pro Tag bei einer Leistungsfähigkeit von 80 % (S. 14 Ziff. 4.8). Die im Y.____-Gutachten von 2015 festgestellten Veränderungen auf rheumatologischem Fachgebiet seien aktuell in der dort beschriebenen Form nicht mehr vorhanden gewesen. Insofern sei es gesamthaft orthopädisch-traumatologisch und rheumatologisch zu einer signifikanten Besserung der objektiv nachvollziehbaren Befunde gekommen (S. 15 Mitte Ziff. 1). 4.14

Dr. G.____ führte im Bericht zur Sprechstunde vom 28. September 2021 (Urk. 7/303) aus, sie finde die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % nicht realistisch. Der Patient sei sehr enttäuscht von der IV-Begutachtung, vor allem dass seine Wirbelsäulenproblematik wenig angegangen worden sei. Nichts destotrotz sei er deutlich kompensierter von der psychischen Seite her. Vor allem Fahrradfahren sei gut möglich. Kleine Strecken mit dem Stock zu gehen sei auch möglich. Insgesamt handle es sich um einen deutlich kompensierten Patienten, was die Schmerzsituation und die psychologische Affektion angehe (S. 2 oben). Bezüglich der IV-Begutachtung liege Dr. G.____ aktuell keine schriftliche Dokumentation vor, aber der Patient sei aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht langfristig zu 100 % arbeitsunfähig aufgrund der komplexen Schmerzsymptomatik und der fehlenden Möglichkeit, ihm chirurgisch oder mit einem Neuro modulationsverfahren zu helfen (S. 2 unten). 4.15

Am 7. Oktober 2021 fand das Erstgespräch des Beschwerdeführers mit der Eingliederungsberaterin der Beschwerdegegnerin statt. Im Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung (Urk. 7/309) wurde dazu zusammenfassend festgehalten (S. 9), der Beschwerdeführer sei mit einem Italienisch-Übersetzer erschienen, welcher das ganze Gespräch übersetzt habe. Seit 2012 habe er einmal für die Beschwerdegegnerin (richtig wohl: auf Vermittlung der Wohngemeinde, vgl. S. 5 unten) am Flughafen gearbeitet. Gesundheitsbedingt sei dies nicht gegangen. Seither habe er mehrmals bei seinen behandelnden Ärzten das Thema Arbeit angesprochen, diese hätten ihm jedoch gesagt, dass er nicht mehr arbeiten könne. Bei Fragen in Richtung Arbeit habe der Beschwerdeführer immer wieder auf das Thema Gesundheit gelenkt. Die Schmerzen seien zu gross und zu oft, sie verstärkten sich. Es seien Widersprüche aufgetaucht: Zuerst habe er angegeben, an 15 Tagen pro Monat arbeiten zu können, später dann, wegen Morphium einnahme an maximal 1-2 Tagen pro Woche etwas arbeiten zu können. Auf den Widerspruch angesprochen habe er angegeben, an 15 Tagen pro Woche an Arbeit zu denken. Umsetzen könnte er diese lediglich an 1-2 Tagen pro Woche, wenn die Schmerzsituation gut sei. Erst müsste er eine Arbeit auf Probe haben, um sagen zu können, ob das gehen würde. Seine gesundheitliche Lage habe sich seit 2018 verschlechtert und auch seit dem Gutachten vom Juli 2021. Während des Gesprächs sei ein Muster erkennbar gewesen: Der Beschwerdeführer habe angegeben, hoch motiviert für Arbeit und froh zu sein, wenn er eine Beschäftigung hätte. Sobald konkretere Fragen gefolgt seien, habe er angegeben, gesundheitsbedingt keine Schritte in Richtung Arbeit machen zu können. Auf das Muster angesprochen, habe er angegeben, dass sich die Gesundheit verschlechtert habe. Insgesamt habe er gewirkt, als ob er alles mitmachen werde, um weiterhin Geldleistungen zu erhalten. Eine reelle Motivation für eine Arbeit sei nicht erkannt worden. Aus medizinischer Sicht sei ihm eine ganztägige Arbeit mit 80 % Leistung zumutbar. Er gebe an, eine angebotene Arbeit an 1-2 Tagen pro Woche (schmerzbedingt frei wählbar) probieren zu können. Eine Motivation, selber eine Arbeit zu suchen, sei nicht erkennbar gewesen.

Unter dem Titel «schulische und berufliche Laufbahn» wurde zum Gespräch festgehalten, der Beschwerdeführer habe sich seit 2013 überlegt, vielleicht in der Migros etwas zu arbeiten. Was konkret, habe er sich nicht überlegt. Angefragt, ob er sich eine Bedienung der Kasse vorstellen könnte, habe der Beschwerdeführer verneint, da die Schmerzen im Halswirbelbereich jeweils in die Arme zögen. Dann habe er zu starke Schmerzen für eine solche Tätigkeit (S. 5 Mitte). Er könne nur arbeiten, wenn er sich gesund fühle. Seine Ärzte sähen ihn als nicht arbeitsfähig an (S. 5 unten).

Eine Unterstützungsmöglichkeit der Beschwerdegegnerin würde die Begleitung bei der Stellensuche für eine angepasste 80 % -Stelle umfassen, welche 6 Monate dauern würde. Allenfalls sei ein Einstieg über einen Arbeitsversuch möglich, der Start wäre dann bei 50 %. Dies sei gegenüber dem Beschwerdeführer noch weiter konkretisiert worden (vgl. im Detail S. 6 oben). Er habe diese Möglichkeit sehr gut gefunden, wenn es mit der Gesundheit möglich sei. Dies wäre aus seiner Sicht an 1-2 Tagen pro Woche möglich, wenn es die Schmerzsituation zulasse. Er müsste es erst probieren. Es sei besprochen worden, dass die Unterstützung angeboten werden könne, wenn sich der Beschwerdeführer realistischer Weise in der Lage fühle, ein 80 % -Pensum zu erreichen. Der Beschwerdeführer sei dabei geblieben, dass er eine Arbeit, die ihm gegeben werde, erst probieren müsste, maximal an 1-2 Tagen pro Woche (S. 6 Mitte). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Z.____ -Gutachten vom 21. Juli 2021 (E. 4.

E. 13

.2).

Damit übereinstimmend hielt denn auch die behandelnde Neurochirurgin Dr. G.____ Ende September 2021 fest, es handle sich um einen deutlich kompensierten Patienten, was die Schmerzsituation und die psychologische Affektion angehe (E. 4.

E. 14

). Auf einen verbesserten Gesundheitszustand weist schliesslich auch die Tatsache hin, dass der rheumatologische Y.____- Teilgutachter Dr. C.____ im Jahr 2015 eine ausgeprägte Lumbalkanalstenose als im Vorder grund stehend bezeichnet hatte (E. 3.3), mittlerweile e jedoch gemäss den MRI der L WS vom 6. Februar 2019 beziehungsweise vom 26. Januar 2021 nur noch leichtgradige foraminale Stenosen (E. 4.8) beziehungsweise eine mässige zent rale Spinalkanalstenose vorliegen (E. 4.12). 5. 4

Die Überzeugungskraft der von Dr. K.____ anschaulich dargestellten verbesserten Befundlage ab 1. Januar 2019 kann durch die zahlreichen zeitlich vorher ergangenen Berichte der behandelnden Ärzte im Zeitraum von November 2016 bis Ende 2018, welche im Urteil des hiesigen Gerichts vom 1. Juli 2020 noch ausführlich diskutiert worden waren (vgl. Urk. 7/259 , dortige E. 4.1-12 sowie E.

5.2-3) , zum Vornherein nicht in Frage gestellt werden. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass sich die Behandle r betreffend das Beschwerdebild relativ weit gehend auf die Angaben des Beschwerdeführers verliessen. Als Beispiel sei der Konsultationsbericht vom 7. Mai 2018 genannt, in dem die Ärzte der Klinik F.____ ausführten, aufgrund der Schmerzen sei die aktuelle Gehstrecke trotz aus gebauter Analgesie auf etwa 10 Meter reduziert, vor allem nachts sei der Patient durch stärkste Schmerzen geplagt, das Schuhwerk habe auf Bettelsanda len gewechselt werden müssen, da das Laufen schmerz bedingt nur in diesen mög lich sei, eine Lebensqualität sei aktuell nicht vorhanden, die starken Schmerzen liessen sich weder klinisch noch radiologisch durch ein Kniegelenks leiden aus reichend erklären (E. 4.6). Ein weiteres ähnliches Beispiel liefert der Verlaufs bericht von Dr. G.____ vom 30. Juli 2018 (E. 4.7). 5. 5

Ganz prinzipiell hat das Gericht bei Ber ichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifels fall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen , Urteil des Bundesgericht s I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2), sprich deren Gesundheits beeinträchtigung tendenziell eher gravierender und deren Arbeitsfähigkeit tendenziell eher tiefer einschätzen als dies objektiv gerechtfertigt wäre. Die behandelnden Ärzte haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzen trieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_10 55/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Nicht abgestellt werden kann deshalb auf die Angabe von Dr. G.____ Ende September 2021, wonach der Beschwerdeführer langfristig zu 100 % arbeits unfähig sei. Dies umso weniger, als ihr das Z.____ -Gutachten offenbar gar nicht vorlag und Dr. G.____ folgerichtig auch keine Begründung dafür abgeben konnte, weshalb sie die dort attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % nicht realistisch finde (E. 4.14). 5.6

Entsprechend ihrer Vertrauensstellung und ihrem medizinischen Auftrag war es auch nicht an den behandelnden Ärzten, Inkonsistenzen innerhalb der Angaben des Beschwerdeführers oder zwischen diesen und den klinischen Befunden sowie insbesondere dem Verhalten in scheinbar unbeobachteten Momenten aufzu decken und aufzuzeigen.

Anders war dies bei den Z.____ -Gutachtern, welche die objektiven funktionellen Einschränkungen versicherungsmedizinisch abzuklären hatten und die bestehenden Inkonsistenzen im orthopädischen und neurologischen Teil gut achten in konkreter, nachvollziehbarer und eindrucklicher Art und Weise auf zeigten (E. 4. 13.2-3). Dass in den unbeobachtet geglaubten Momenten während der orthopädischen Untersuchung weder eine signifikante Bewegung ein schränkung der HWS sichtbar war noch betreffend die Beweglichkeit der LWS und der Hüften Auffälligkeiten bestanden (E. 4.13.2) und in der Anamnese erhebung sowie weiten Teilen der klinischen neurologischen Untersuchung Schmerzäußerungen, eine Schonhaltung und nervale Dehnungszeichen fehl ten (E. 4.13.3), untermauert nicht nur die festgestellte Verbesserung des Gesundheitszustands, nachdem der Y.____ - Rheumatologe 2015 noch objektiv weitgehend nachvollziehbare ausgeprägte Bewegungseinschränkungen der LWS, BWS und HWS konstatiert hatte (E. 3.3), sondern auch die orthopädisch begründete und auch interdisziplinär attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätig keit (E. 4.13.5).

5. 7

Nach dem Gesagten ist ein Revisionsgrund aufgrund einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands bei veränderter Befundlage ausgewiesen. Gemäss überzeugender Beurteilung im beweiskräftigen Z.____ -Gutachten vom 21. Juli 2021 besteht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körper lich nur leichten wechselbelastenden Tätigkeit, welche überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigen gewählten Positionswechsel, ohne Gerüst- und Leiter tätigkeiten und ohne Zwangshaltung für die HWS, die BWS und die LWS sowie die unteren Extremitäten ausgeübt werden kann (E. 4.13.2, E. 4.13.3, E. 4.13.5). 6.

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