

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00306 vom 27. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00306](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00306)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00306 du 27 mars 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00306 del 27 marzo 2024

## 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). In Revisionsfällen ist der Zeitpunkt der massgebenden Änderung nach Art. 88a IVV für das anwendbare Recht entscheidend (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 9102), weshalb vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar sind, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

### E. 1.3

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

Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 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. 1.4**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). 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 deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.5**

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt

wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung kann das Gericht eine zunächst auf Art. 17 ATSG gestützte Rentenaufhebung oder -herabsetzung gegebenenfalls mit der (substituierten) Begründung schützen, dass die ursprüngliche (bzw. die letzte auf einer umfassenden materiellen Prüfung beruhende, vgl. BGE 140 V 514, 133 V 108) Rentenverfügung oder Mitteilung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung sei (BGE 144 I 103 E. 2.2, 140 V 85 E. 4.2, 125 V 368 E. 2, je mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 77 zu Art. 30–31).

#### 1.6

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### E. 1.7

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

#### E. 1.8

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 (etwa bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit; vgl. BGE 141 V 385 E. 5.3 in fine mit Hinweisen), wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite

Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wie der) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_705/2022 vom 23. August 2023 E. 7.2).

1.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 8. Juni 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. Mai 2023 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten, insbesondere seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren und ihm weiterhin mindestens eine Dreiviertelsrente auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Zudem beantragte er die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2023 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Diese wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 31. August 2023 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht. Ausserdem erachtete das Gericht die Anordnung eines weiteren Schriftenwechsels nicht als erforderlich, wies jedoch darauf hin, dass es den Parteien unbenommen bleibe, sich nochmals zur Sache zu äussern und weitere sachbezogene Unterlagen einzureichen. Mit Eingabe

vom 5. September 2023 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme mit Beilage ein

(Urk. 10). Mit Eingabe vom 18. September 2023 (Urk. 12) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik. Mit Eingabe vom 6. November 2023 (Urk. 16) reichte der Beschwerdeführer eine weitere Stellungnahme samt Beilagen ein (Urk. 17/4-5). Am 9. November 2023 wurde dem Beschwerdeführer die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 18. September 2023 und der Beschwerdegegnerin die Eingabe des Beschwerdeführers vom 6. November 2023 samt Beilagen zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Aufhebung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente in der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2023 (Urk. 2) im Wesentlichen damit, dass die medizinische Begutachtung ergeben habe, dass wahrscheinlich bereits rückblickend seit 2014, spätestens aber ab der Untersuchung, keine medizinisch begründete Einschränkung und somit eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation vorliege. Auch habe der Beschwerdeführer im Juli 2021 eine neue Tätigkeit aufgenommen, weshalb auch aus dieser Sicht ein Revisionsgrund vorliege. Es liege keine medizinisch begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor und es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Im Oktober 2021 seien Eingliederungsmassnahmen eingeleitet worden. Der Beschwerdeführer habe die Selbsteingliederungspflicht in dem Sinne wahrgenommen, in dem er selbständig eine neue Anstellung gefunden und auch angetreten habe. Er habe die Tätigkeit als Lagermitarbeiter

als nicht angepasst empfunden und diese von sich aus gekündigt. Der Beschwerdeführer habe die Zielvereinbarung nicht unterschreiben wollen, da er sich nicht zu 100 % arbeitsfähig gesehen habe. Er sei mehrmals darauf hingewiesen worden, was die Folgen sein würden, wenn er nicht an Eingliederungsmassnahmen teilnehme beziehungsweise die Zielvereinbarung nicht unterzeichne. Das rechtliche Gehör sei ihm gewährt worden (S. 1 ff.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, dass die Beschwerdegegnerin seinen Anspruch auf das rechtliche Gehör verletzt habe, indem er sich nicht zu den beiden Gutachten der C.\_\_\_\_

zur geplanten Renteneinstellung äusseren können. Er habe schützenswerte Gründe gehabt, die Zielvereinbarung nicht zu unterzeichnen und habe der Beschwerdegegnerin Alternativen angeboten. Es grenze an Nötigung, wenn ihm die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 20. April 2022 mit Konsequenzen drohe, wenn er die Zielvereinbarung nicht unterzeichne. Die Renteneinstellung sei bereits aus diesen Gründen nicht zulässig. Er sei an Eingliederungsmassnahmen sehr interessiert (S. 7 ff. Rz. 26 f.). Zudem seien die beiden Gutachten der

C.\_\_\_\_

aus diversen Gründen nicht rechtsgenügend. Die Beschwerdegegnerin könne somit daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten (S. 10 ff. Rz. 28). Ausserdem habe sich seit den beiden Gutachten der C.\_\_\_\_ eine gesundheitliche Verschlechterung eingestellt, welche zu berücksichtigen sei. Sie zeige, dass die beiden Gutachten der

C.\_\_\_\_

so oder so veraltet seien, selbst wenn man – zwar zu Unrecht – zum Schluss kommen sollte, dass diese rechtsgenügend wären. Aus diesem Grund könnten die Gutachten der C.\_\_\_\_

nicht als Entscheidungsgrundlage dienen (S. 14 Rz. 29). Darüber hinaus habe sich seine berufliche Situation nicht verändert. Die Stelle bei O.\_\_\_\_ sei ein Arbeitsversuch gewesen und habe wegen eines Unfalls Mitte Februar 2022 aufgegeben werden müssen (S. 14 f. Rz. 29 f.). Daraus folge, dass er weiterhin Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente habe. Zudem habe er Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (S. 15 f. Rz. 32).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort nahm die Beschwerdegegnerin insbesondere zu den Einwänden gegen die Rechtsgenügendkeit der Gutachten der C.\_\_\_\_ Stellung. Des Weiteren hielt sie fest, dass, falls der Beschwerdeführer bereits vor den A.\_\_\_\_-Gutachtern aggraviert bzw. simuliert habe und die Gutachter infolgedessen eindeutig falsche Schlüsse gezogen hätten, ein Wiedererwägungsgrund vorläge. Dass eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliege, hielt die Beschwerdegegnerin für abwegig (Urk. 6). 2. 4

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat, und ob zur Beantwortung dieser Frage auf die von der Beschwerdegegnerin eingeholten

polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_

vom 20. August 2020 (Urk. 7/254) und 13. August 2021 (Urk. 7/273) abgestellt werden kann.

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenbestätigung im Februar 2016 mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2023 zugrunde lag (vorstehend E. 1.4) . 3. 3.1

Der Rentenbestätigung vom 24. Februar 2016 (Urk. 7/194) lag im Wesentlichen das polydisziplinäre A.\_\_\_\_ - Gutachten vom 27. März 2014 (Urk. 7/151) zugrunde (vgl. Urk. 7/191) , wobei die ses

eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte (S. 36 Ziff. 7). Zudem nannte es ein cervicocephales und thorakales Schmerzsyndrom, einen Status nach Autounfall (rechtsseitige Kollision) am 6. September 2002, einen Status nach Stromunfall am 26. Mai 2000 mit Verbrennung im Gesicht und am rechten Daumen, einen chronischen Nikotinabusus , Übergewicht (BMI 28) , einen Status nach Gastritis sowie anamnestisch einen Status nach Cholezystektomie und Nierenzysten beidseits als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36 f. Ziff. 8).

Die Gutachter legten bezüglich des bisherigen Krankheitsgeschehens dar, dass der Beschwerdeführer anlässlich des inkriminierten Unfalls am 6. September 2002 als angegurteter Fahrer in seinem Personenwagen seitlich angefahren worden sei. Seither würden wechselnd starke Nackenbeschwerden beklagt. Ein unfallanalytisches Gutachten der I.\_\_\_\_thur-Versicherung vom 30. Januar 2003 habe eine kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung des Personenwagens des Beschwerdeführers zwischen 8 und 13 km/h ergeben. Die Unfallschwere sei an sich nicht geeignet gewesen, eine Beschleunigungsverletzung an der HWS zu erzeugen bei angelegtem Sicherheitsgurt. Heute demonstriere der Beschwerdeführer ein groteskes Bild mit vollständiger Steifhaltung der HWS ohne wesentlichen paravertebralen Hartspann und beklage Beschwerden, welche 24 Stunden am Tag bestünden. Es bestehe somit eine ganz erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Von orthopädisch-neurologischer Seite her könne kein anatomisch-pathologisches Substrat gefunden werden, welches die beklagten Beschwerden erklären könnten. Von psychiatrischer Seite her finde sich inzwischen eine schwere somatoforme Schmerzstörung. Die Beschwerdeschilderung sei ebenso wie die Körperhaltung mit angedeutetem Schiefhals ausdrucksstark. Im neuropsychologischen Testprofil fänden sich lediglich minimale neuropsychologische Störungen infolge von Schmerzen (S. 35 f. Ziff. 6).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die aktuelle medizinische Problematik rein psychischer Natur sei. Im Vordergrund stehe die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Kombination mit einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen. Durch die inzwischen eingetretene Chronifizierung wirke der Beschwerdeführer deutlich beeinträchtigt mit depressiver Verstimmung, Hoffnungslosigkeit, Energie- und Antriebslosigkeit sowie Störung von Aufmerksamkeit und Konzentration (S. 37 Ziff. 9). So hielt der Psychiater in seinem Teलगutachten unter den erhobenen Befunden fest, die vom Beschwerdeführer angegebenen Gedächtnisstörungen imponierten als Verlust von Konzentration und Interesse. Es bestehe eine nachhaltige Freudlosigkeit, Antriebsschwäche und subjektive Energielosigkeit. Es bestünden auch Ein- und Durchschlafstörungen,

Appetit und sexuelle Lust seien reduziert. Es bestünden wiederkehrende Gedanken an Suizid und subjektives Erleben von Wertlosigkeit, gleichzeitig immer wie der Betonen auch der hohen Werte von Integrität, Leistung, Geradlinigkeit und Stolz. Anhaltspunkte für Denk- und Wahrnehmungsstörungen fänden sich nicht, allenfalls ein gewisses Misstrauen (S. 27 Ziff. 4.4.3). Es finde sich inzwischen eine chronifizierte, affektive Symptomatik. Es bestünden ein sozialer Rückzug und eine immer wieder aktuelle Suizidalität (S. 27 Ziff. 4.4.5). Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer in der ursprünglichen Tätigkeit als Elektrohilfsmonteur als nicht mehr einsetzbar. In Anbetracht des psychischen Leidens könne er lediglich noch in leichten bis mittelschweren Verweistätigkeiten ohne Zeit- und Leistungsdruck eingesetzt werden. Von organischer Seite her könne keine Einschränkung der Belastbarkeit begründet werden (S. 37 Ziff. 10). Von psychischer Seite her könne der Beschwerdeführer in einer stressfreien Umgebung ohne Zeit- und Leistungsdruck eingesetzt werden mit einem Rendement von 50 % (S. 37 Ziff. 11). Zudem werde dezidiert darauf hingewiesen, dass die eingeleitete Therapie mit Opioiden in Würdigung des fehlenden pathologisch-anatomischen Substrats für die geschilderten Beschwerden nicht indiziert sei. Die Opioidtherapie solle so rasch als möglich abgesetzt werden. Dadurch werde auch eine Aktivierung des Beschwerdeführers und eine Reduktion seiner Lethargie erhofft (S. 37 Ziff. 12). 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 1. April 2014 fest, dass das polydisziplinäre A.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. März 2014 (vorstehend E. 3.1) beweiskräftig sei. Eine relevante Veränderung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache gehe aus dem Gutachten nicht hervor (Urk. 7/191/5-6). 4. 4.1

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 31. August 2017 (Urk. 7/208/1-4) neben dem chronischen und therapieresistenten HWS-Trauma vom 6. September 2002 ein erneutes HWS-Trauma vom 21. Februar 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2). Seit dem zweiten HWS-Trauma vom 21. Februar 2017 hätten sich die vorbestehenden Beschwerden erheblich verschlechtert (Ziff. 1.3; vgl. Bericht vom 3. März 2017, Urk. 7/208/5-6). Aktuell sei keine Arbeitsfähigkeit

gegeben, auch nicht in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer nehme diverse Analgetika und Opiate ein (Ziff. 3.2). 4.2

Dr. B.\_\_\_\_

nannte in seinem Bericht vom 6. Oktober 2017 (Urk. 7/213) eine depressive Episode mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), Probleme mit der primären Bezugsgruppe (ICD-10 Z63.8) und einen Status nach Autounfall 2002 mit chronischem Schmerzsyndrom als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2). Die Befunde seien in den letzten Jahren unverändert geblieben. Der Beschwerdeführer habe von einem neuerlichen Unfall im April 2017 berichtet, der seine Symptome im Nacken und im Brustbereich verstärkt habe (Ziff. 1.3). Die Behandlung bei ihm sei unverändert, es finde eine stabilisierende Begleitung statt. Der Beschwerdeführer sei zwischen Juni 2016 und Mai 2017 nicht mehr bei ihm in Behandlung gewesen. Die letzte Konsultation habe am 5. Oktober 2017 stattgefunden (Ziff. 3.1). Es sei nicht mit einer Verbesserung dieses schon lange bestehenden, chronischen Zustands zu rechnen. Es müsse vielmehr mit der Zunahme seiner Beschwerden gerechnet werden (Ziff. 3.3). 4.3

Am 19. April 2018 berichtete Dr. E.\_\_\_\_ über die am 17. April 2018 erfolgte neurologische Untersuchung (Urk. 7/227/5-6) und nannte ein chronisches, therapiereistentes, posttraumatisches, cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach seitlichem Überdehnungstrauma der HWS am 6. September 2002 als Diagnose (S. 1 Mitte). Das cervico-cephale Beschwerdebild, welches auf das HWS-Trauma vom 6. September 2002 zurückgehe, habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung im September 2016 deutlich verschlechtert. Die Beweglichkeit der HWS sei nun weitgehend blockiert. Zugenommen habe auch der Palpationsbefund, hauptsächlich im Bereich der Nacken- und Schultermuskulatur (S. 2 Mitte). Die Beschwerden würden ausschliesslich mit Analgetika behandelt, unter anderem auch mit Betäubungsmitteln, zurzeit nehme der Beschwerdeführer regelmässig Sevredol und Oxycontin. Physiotherapie sei schon länger nicht mehr durchgeführt worden, da diese meistens zu einer Verschlechterung der Beschwerden geführt habe (S. 1 Mitte). 4.4

Dr. E.\_\_\_\_

führte in seinem Verlaufsbericht vom 15. Oktober 2018 (Urk. 7/227/1-4) aus, dass sich die Beschwerden – gemäss Telefongespräch mit dem Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2018 – weiter verschlechtert hätten mit vermehrtem Auftreten von heftigen Schmerzexazerbationen (Ziff. 1.3). Es sei nach wie vor keine Arbeitsfähigkeit vorhanden, auch nicht angepasst (Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer werde nach Bedarf mit Physiotherapie behandelt, nehme diverse Analgetika ein (Ziff. 3.2). Neben ihm gäbe es derzeit keine anderen Behandler (Ziff. 3.4). 4.5

Die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_, Radiologie, berichteten am 31. Januar 2019 über die gleichentags durchgeführte Magnetresonanztomographie (MR) der HWS (Urk. 7/237/1-2 = Urk. 7/273/85-86), wobei sich beim Halswirbelkörper (HWK) 6/7 links eine neuroforaminale Bandscheibenhernie mit deutlicher Einengung des linksseitigen Neuroforamens und Kompression der abgehenden Nervenwurzel C7 links, beim HWK 5/6 rechts eine paramediane Diskushernie mit Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes, jedoch ohne Anhaltspunkt für eine Kompression neuraler Strukturen, sowie auf Höhe der HWK 3/4 leichte neuroforaminale Engen bei breitbasiger dorsaler Diskusprotrusion gezeigt hätten. Nebenbefundlich habe sich eine kleine Herdläsion von 8

mm Durchmesser mittig im Kleinhirn gezeigt. Es werde eine weitergehende Abklärung mittels MRI des Schädels empfohlen (S. 1). 4.6

Die Ärzte des Spitals F.\_\_\_\_, Radiologie, berichteten am 12. März 2019 über die gleichentags durchgeführte MR des Schädels (Urk. 7/237/3), wobei sich fokale

Suszeptibilitätsartefakte in der Kleinhirnhemisphäre rechts und ein weiteres kleines Areal hochfrontal

rechts gezeigt habe. Beide Befunde seien in erster Linie mit Cavernomen vereinbar (S. 1). 4.7

Eine Ärztin der Klinik G.\_\_\_\_, Radiologie, berichtete am 21. März 2019 über die am 20. März 2019 durchgeführte MR Arthrographie der linken Schulter (Urk. 7/237/4 = Urk. 7/273/84), wobei sich eine ausgeprägte reaktive Kapsulitis mit engen Kapselverhältnissen gezeigt habe. Die Rotatorenmanschette sei intakt. Es liege ein Nachweis einer leichtgradigen AC-Gelenksdegeneration mit Zeichen einer subakromialen Bursitis vor.

4.8

Die Ärzte des Universitätsspitals H.\_\_\_\_, Klinik für Neurochirurgie, nannten in ihrem Bericht vom 23. Mai 2019 (Urk. 7/237/7-8) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - zwei kleine eingeblutete intrakranielle Cavernome (Erstdiagnose 12. März 2019) - Cervicobrachialgie links - neuroforaminale Diskushernie C6/C7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 links - paramediane Diskushernie C5/C6 rechts mit Einengung des ventralen Subarachnoidalraumes - MRI HWS vom 31. Januar 2019 - Status nach HWS-Distorsionsstrauma - Onychomykose

Anamnestisch würden sich beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf Beschwerden im Rahmen der Cavernome sowie keine klinisch-neurologischen Ausfälle zeigen. In der aktuell durchgeführten MRI-Kontrolle (MRI Gehirn inklusive Schädelkalotte vom 22. Mai 2019) würden sich die zwei Cavernome in unveränderter Darstellung und Grösse zeigen (S. 1 unten f.).

4.

#### **E. 2.4**

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass alle fünf Gutachter zusammen nie eine Konsensbesprechung durchgeführt hätten. Eine solche wäre jedoch zwingend notwendig gewesen, wenn eine Person polydisziplinär beurteilt werden sollte (Urk. 1 S. 10 f. Rz. 28.2). Die Konsensbeurteilung der ersten beiden Teilgutachter vom 20. August 2020 (vgl. vorstehend E. 4.11) wurde in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung der drei späteren Teilgutachter vom 13. August 2021 mitberücksichtigt (Urk. 7/273 /1-11 S. 4 ff. Ziff. 4.1, S. 11 Ziff. 5). Ausserdem schadet eine fehlende Konsensbeurteilung nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht dem Beweiswert eines Gutachtens, wenn auf die Teilgutachten abgestellt werden kann (BGE 143 V 124 E. 2.2.4). Vorliegend kann auf die fünf Teilgutachten abgestellt werden, weshalb der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers ebenfalls nichts am Beweiswert der Gutachten des C.\_\_\_\_ zu ändern vermag. 5.

#### **E. 2.5**

Zudem macht der Beschwerdeführer geltend, dass die Gutachter von einem zu geringen beziehungsweise falschen Delta-v ausgegangen seien, nämlich von 9 km/h anstatt zwischen 8 und 13 km/h, weshalb ihre Beurteilung auf einer falschen Annahme beruhe und daher nicht rechtsgenügend sei (Urk. 1 S. 11 Rz. 28.3.1; vgl. Urk. 16 S. 4 Rz. 6). Diesbezüglich hielt die Beschwerdegegnerin zu Recht fest, dass eine unfalltechnische oder biomechanische Analyse im UVG-Recht keine hinreichende Grundlage für die Beurteilung der natürlichen Kausalität bilde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_58/2017 vom 9. Juni 2017 E. 6.2) und dies umso mehr für die finale Optik der Invalidenversicherung gelte, welche nicht zwischen Unfall und Krankheit unterscheidet. Massgeblich seien einzig die objektiven Diagnosen beziehungsweise die Befunde und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6 S. 2 Rz. 3). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich somit ebenfalls als unbegründet. 5.2.6

Ferner macht der Beschwerdeführer geltend, dass sich der neurologische Gutachter fachfremd äussere, indem er sich zum psychiatrischen Fachgebiet äussere und psychiatrische Diagnosen und Befunde beurteile (Urk. 1 S. 11 f. Rz. 28.3.2 f.). Der neurologische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, dass er die Grundlagen für die

Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im A.\_\_\_\_ -Gutachten des Jahres 2014 in höchstem Masse anzweifeln. Auch wenn diese Bewertung streng genommen über den neurologischen Gutachtensbereich hin ausgeht, so sei eben aus neurologisch-schmerzmedizinischer Sicht sehr wohl die fächerübergreifende Beurteilung erforderlich und er verfüge über eine umfangreiche Erfahrung, um dies beurteilen zu können und auch zu müssen. Aktuell seien keine psychischen Beeinträchtigungen mehr erkennbar, wohl aber erhebliche Inkonsistenzen aktuell wie auch retrospektiv (Urk. 7/254/33-50 S. 13 f. Ziff. 6; vgl. vorstehend E. 4.11). Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es Teil der gutachterlichen Aufgabe ist, frühere Diagnosen kritisch zu diskutieren. Der Schluss des neurologischen Gutachters, wonach die früheren A.\_\_\_\_ -Gutachter, insbesondere der Psychiater, erhebliche Hinweise auf inkonsistentes Verhalten nicht beachtet hätten, wurde in den – aufgrund der Corona-Pandemie – später erstellten Teilgutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie und Orthopädie berücksichtigt (vgl. vorstehend E. 4.12). Zudem wurde der Beschwerdeführer auch psychiatrisch untersucht und der psychiatrische Teilgutachter kam ebenfalls zum Schluss, dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nicht gestellt werden könne (vorstehend E. 4.12). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich somit ebenfalls als unbegründet und vermag am Beweiswert des C.\_\_\_\_

Gutachtens nichts zu ändern. 5.

#### **E. 2.6**

) zu verweisen. 5.

#### **E. 2.7**

Ausserdem macht der Beschwerdeführer geltend, dass im Gutachten der C.\_\_\_\_ von einer mindestens schwergradigen Aggravation gesprochen werde, ohne dass eine der bundesgerichtlichen Anforderungen entsprechende Prüfung erfolgt sei (Urk. 1 S. 12 f. Rz. 28.3.4). Die Gutachter haben sich in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung mit den Faktoren Aggravation, Simulation und mit Inkonsistenzen befasst. So konnten die Gutachter bei ihren jeweiligen Untersuchungen keine Diagnosen mit Arbeitsrelevanz feststellen. Den präsentierten Befund hinsichtlich sichtlich Schmerzen beurteilten sie als nicht authentisch und mindestens einer schwergradigen Aggravation entsprechend (vorstehend E. 4.11, E. 4.12). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers vermag somit ebenfalls nichts am Beweiswert der Gutachten des C.\_\_\_\_ zu ändern. 5.

#### **E. 2.8**

Wenn der Beschwerdeführer geltend macht, dass beim Gutachten der C.\_\_\_\_

vom 20. August 2020 (vorstehend E. 4.11) die Laboruntersuchung fehle (Urk. 1 S. 13 Ziff. 28.3.5), kann festgehalten werden, dass im internistischen wie auch im neurologischen Teilgutachten festgehalten wurde, dass aufgrund der Stornierung der Begutachtung in den weiter vorgesehenen Fachdisziplinen die geplante Laboruntersuchung nicht mehr durchgeführt werden können (Urk. 7/254/22-32 S. 4 Ziff. 1.3, S. 8 Ziff. 4.3; Urk. 7/254/33-50 S. 11 Ziff. 4.3). Die Laboruntersuchung wurde dann im Rahmen der Weiterführung der Begutachtung am 23. März 2021 durchgeführt (vgl. Urk. 7/273/1-11 S. 2 Ziff. 2; Urk. 7/273/56-57). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers erweist sich somit ebenfalls als unbegründet.

Hinsichtlich des Einwandes des Beschwerdeführers, wonach sich auch der ortho pädische Gutachter fachfremd zur Psychiatrie geäußert habe (Urk. 1 S. 13 Ziff. 28.3.6), ist auf die obigen Ausführungen bezüglich der Äusserung des Neurologen zur psychiatrischen Beurteilung (vorstehend E. 5).

## **E. 2.9**

Der Beschwerdeführer bringt zudem vor, dass die Beschwerdegegnerin eine Begutachtung in der Fachdisziplin Rheumatologie als notwendig erachtet habe. Dass die SuisseMED@P selbständig auf Orthopädie gewechselt habe, sei nicht zulässig (Urk. 1 S. 13 Ziff. 28.3.7, Urk. 16 S. 4 Rz. 4). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 14. November 2019 mit, dass sie eine polydisziplinäre Untersuchung in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie als notwendig erachte (Urk. 7/239). Am 7. Dezember 2019 wurde der Auftrag zur Begutachtung durch die webbasierte Plattform SuisseMED@P der C.\_\_\_\_ zugeteilt (Urk. 7/241). Die Beschwerdegegnerin sendete der C.\_\_\_\_ am 9. Dezember 2019 in der Folge die vollständigen Akten des Beschwerdeführers und den zu klärenden Fragen zu (Urk. 7/240). Die SuisseMED@P teilte der Beschwerdegegnerin am 23. Januar 2020 mit, dass die C.\_\_\_\_

die Durchführung der Begutachtung bestätigt habe und teilte ihr die vorgesehenen Termine für die allgemein-interne, neurologische, neuropsychologische, psychiatrische und orthopädische Untersuchungen mit, wobei vermerkt wurde, dass eine orthopädische anstatt eine rheumatologische Untersuchung stattfinden werde (Urk. 7/242). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1)

hat somit nicht die SuisseMED@P, sondern die C.\_\_\_\_ die Fachrichtung Rheumatologie durch Orthopädie ersetzt, wozu sie auch berechtigt ist. So sieht Rz. 3101 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) vor, dass die Gutachterstelle im Rahmen von polydisziplinären Gutachten prüft, ob die Liste der medizinischen Fachdisziplinen angepasst werden muss. Weder die Beschwerdegegnerin noch die versicherte Person können die von der Gutachterstelle vorgesehenen Fachdisziplinen anfechten. 5.2.10

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass dem eingeholten Gutachten der C.\_\_\_\_ volle Beweiswert zukommt und es für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers herangezogen werden kann. 5.3

In somatischer Hinsicht ergibt sich gemäss Beurteilung im allgemein-internistischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ keine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Rentenbestätigung im Februar 2016 (Urk. 7/254/22-32 S. 10 Ziff. 8; vgl. vorstehend E. 4.11). Auch gemäss Beurteilung im neurologischen Teilgutachten ergibt sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit der Rentenbestätigung im Februar 2016. So hielt der neurologische Gutachter fest, dass aus neurologischer respektive insgesamt somatisch-medizinischer Sicht schon im Vorgutachten keine arbeitsrelevante Diagnose gestellt worden sei. Aus schmerzmedizinisch-neurologischer Sicht sei auch eine fächer übergreifende Beurteilung der psychischen Anteile im Rahmen des neurologischen Gutachtens erforderlich. Diesbezüglich sei die ehemalige Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus heutiger Sicht in keiner Weise nachvollziehbar, so seien dezidiert die erheblichen Hinweise auf inkonsistentes Verhalten nicht beachtet worden. Es müsse in der Gesamtschau von einem anderen medizinischen Sachverhalt und damit

auch von einer anderen versicherungsmedizinischen Beurteilung ausgegangen werden. Mindestens gelte aber aus heutiger Sicht, dass keine medizinischen Gründe bestünden für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Sofern eine signifikante Pathologie in der Vergangenheit vorgelegen habe, sei von einer völligen Heilung auszugehen (Urk. 7/254/33-50 S. 18 Ziff. 8, S. 16 Ziff. 7.2 und S. 17 Ziff. 8; vgl. vorstehend E. 4.11).

Die neuropsychologische Beurteilung ergab den Nachweis einer Leistungsverzerrung (vorstehend E. 4.12). In ihrem Teilgutachten hielt die neuropsychologische Gutachterin diesbezüglich fest, dass negative Antwort- und Leistungsverzerrungen belegbar seien, so dass kein gültiges Testprofil erhalten werden können und das tatsächliche Leistungsniveau und -profil unklar bleibe. Dies schliesse zwar das Bestehen von tatsächlichen kognitiven Einschränkungen nicht aus, sie bestünden aber sicherlich nicht im gezeigten Ausmass. Testdiagnostisch hätten sich kognitive Einschränkungen in mehreren Bereichen (Aufmerksamkeit, verbales Gedächtnis, Exekutivfunktionen, Visuokonstruktion, Sprache und Rechnen) gezeigt. Da aber von einer schwankenden Anstrengungsbereitschaft auszugehen sei, könne kein definitiver Schweregrad vergeben werden. Zusammen mit geringen klinischen Auffälligkeiten bestünden aber höchstens leichte Einschränkungen (Urk. 7/273/59-71 S. 10 Ziff. 6). Demnach ergibt sich in neuropsychologischer Hinsicht keine wesentliche Veränderung seit der Rentenbestätigung im Februar 2016, bei welcher in neuropsychologischer Hinsicht gestützt auf das A.\_\_\_\_-Gutachten vom März 2014 von lediglich minimalen neuropsychologischen Störungen infolge von Schmerzen ausgegangen wurde (vgl. vorstehend E. 3.1).

Schliesslich ergibt sich aus der orthopädischen Beurteilung, dass zwischenzeitlich zwar leichte degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule im Segment HWK 6/7 aufgetreten sind, die sich jedoch im Bereich der Altersnorm bewegen, wobei sich im klinischen Bild und auch gemäss den Angaben des Beschwerdeführers keine radikulären Reizzustände zeigen. Die leichte Kopf-Protraktionshaltung und leichte Schiefhaltung ist rein muskulär und sicher nicht vom Skelettsystem bedingt. Auch hinsichtlich der gemäss MRI der linken Schulter vom März 2019 noch beschriebenen retroaktiven Capsulitis ist zwischenzeitlich ein praktisch seittengleicher Befund an den Schultern feststellbar. In der Gesamtschau ergaben sich somit auch aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.12). Der orthopädische Gutachter hielt sodann in seinem Teilgutachten fest, dass aus somatischer Sicht auch schon im Jahr 2014 kein objektivierbares Korrelat für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gefunden worden sei, wohl aber teilweise Inkonsistenzen mit teilweise groteskem Ausmass. Insofern sei keine Änderung eingetreten. Damals wie aktuell bestehe volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (Urk. 7/273/72-83 S. 12 Ziff. 8). Demzufolge ergibt sich auch aus orthopädischer Hinsicht keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit der Rentenbestätigung im Februar 2016.

Zusammenfassend ergibt sich in somatischer Hinsicht keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Rentenbestätigung im Februar 2016.  
5.4

In psychischer Hinsicht ergibt sich, dass die Gutachter der

C.\_\_\_\_

- im Vergleich zu den A.\_\_\_\_-Gutachtern, die noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine mittelgradige depressive Episode mit

somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) diagnostizierten –

das Vorliegen einer affektiven Störung sowie auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verneint ( vgl. vorstehend E. 4.12).

Der psychiatrische Gutachter der

A.\_\_\_\_ hielt in seinem Teilgutachten unter den erhobenen Befunden fest, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Gedächtnisstörungen als Verlust von Konzentration und Interesse imponierten. Eine nachhaltige Freudlosigkeit, Antriebsschwäche und subjektive Energielosigkeit sowie auch Ein- und Durchschlafstörungen bestünden. Appetit und sexuelle Lust seien reduziert. Es bestünden wiederkehrende Gedanken an Suizid und subjektives Erleben von Wertlosigkeit, gleichzeitig immer wieder Betonung auch der hohen Werte von Integrität, Leistung, Geradlinigkeit und Stolz. Anhaltspunkte für Denk- und Wahrnehmungsstörungen fänden sich nicht, allenfalls ein gewisses Misstrauen. Der psychiatrische Gutachter ging davon aus, dass sich inzwischen eine chronifizierte, affektive Symptomatik finde. Es bestünden ein sozialer Rückzug und eine immer wieder aktuelle Suizidalität (vorstehend E. 3.1). Im Vergleich dazu hielt der psychiatrische Gutachter der C.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten unter den erhobenen Befunden fest, dass der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt depressiv gewirkt habe, auch wenn er sich klagsam verhalte. Im Affekt wirke er euthym, affektiv nicht labil, aber kontrolliert, er wirke weder ratlos noch ambivalent oder gereizt. Es fänden sich keine Hinweise für inadäquate Affekte oder eine dysfunktionale Affektregulation. Aktive Suizidgedanken oder Vorbereitungshandlungen liessen sich beim Beschwerdeführer nicht explorieren. Der Antrieb sei ungestört, Mimik und Gestik mittellebhaft ausgeprägt. Sein Interesse und Freudempfinden erschienen nicht reduziert. Auch wenn er leidens- und defizitorientiert den Beschwerderapport führe, sei ansonsten das formale Denken unauffällig. Auffälligkeiten hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassungsgabe und Antworthalten bestünden nicht. In der Persönlichkeit seien deutlich narzisstische und histrionische Akzente erkennbar. Der psychiatrische Gutachter ging davon aus, dass in der Gesamtschau daher keine affektiven Störungen objektiviert werden könnten (vorstehend E. 4.12).

Der Vergleich der beiden psychischen Befunde lässt auf eine Besserung der affektiven Störung schliessen. Die fachärztliche Einschätzung des psychiatrischen Gutachters der C.\_\_\_\_

deckt sich denn auch mit den Verhaltensbeobachtungen der begutachtenden Internistin. So beschrieb auch sie den Beschwerdeführer in ihrem Teilgutachten als eine Person, die insgesamt aufgeräumt und freundlich zugewandt gewirkt habe und seine Erkrankungsgeschichte eher ausführlich schildert habe (Urk.

7/254/ 22-32

S. 7 Ziff.

4.1). Der neurologische Gutachter hielt seinerseits fest, anlässlich der Untersuchung habe der psychische Befund durchwegs unauffällig gewirkt. So seien keine formalen oder denkinhaltlichen Gedankenstörungen erkennbar und keine Störungen der Wahrnehmung und der Ich-Grenzfunktionen feststellbar gewesen. Die Stimmung sei euthym, schwingungsfähig gewesen. Der Beschwerdeführer habe zwischen teilweise jovialer Darstellung und klagsamem Leiden seiner Beschwerden geschwankt, ohne dass ein

affektives oder gar vegetatives Schmerzkorrelat erkennbar gewesen wäre. Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig (Urk.

7/254/ 33-50 S. 11 Ziff. 4.3 ). Auch die Verhaltensbeobachtungen der neuropsychologischen Gutachterin decken sich damit (vgl. Urk.

7/273/ 59-71 S. 7 Ziff. 4.1 ).

Gestützt wird dies auch durch den Umstand, dass offensichtlich seit der Rentenbestätigung vom 24.

Februar 2016 keine leitliniengerechte psychiatrische Behandlung durchgeführt wurde. Dem seither einzigen in den Akten liegenden Bericht des behandelnden Psychiaters Dr.

B.\_\_\_\_ vom 6.

Oktober 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zwischen Juni 2016 und Mai 2017 nicht mehr bei ihm in Behandlung gewesen sei. Die letzte Konsultation habe am 5.

Oktober 2017 stattgefunden. Es finde eine stabilisierende Begleitung statt ( vorstehend E.

4.2). Gegenüber den Gutachtern der C.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer entweder nicht an, dass er in einer psychiatrischen Behandlung stehe (vgl. internistisches Teilgutachten, Urk.

7/254/ 22-32

S. 5 Ziff. 3.2 ) oder er verneinte ausdrücklich, dass er noch in psychiatrischer Behandlung stehe ( vgl. neurologisches Teilgutachten , Urk.

7/254/ 33-50 S. 8 Ziff. 3.2 ). Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter gab er allerdings an, seit etwa drei bis vier Monaten einen Psychiater aufzu suchen. Er habe schon früher eine psychiatrische Behandlung gehabt. Er glaube, er sei immer auch in Behandlung gewesen, er könne sich aber nicht mehr an die Namen der Psychiater erinnern ( Urk. 7/273/ 25-55 S. 10 Ziff. 3.1 ). Der Beschwerdeführer bringt in der Beschwerde vor, es habe sehr wohl eine psychiatrische Behandlung stattgefunden (Urk.

1 S.

11 Rz .

28.3.2) , wobei er auf Urk.

7/211 verweist . Dabei handelt es sich um das Schreiben der

Beschwerdegegnerin vom 29. September 2017 an Dr.

B.\_\_\_\_ , in welchem der Psychiater aufgefordert wird, das ihm am 18. Juli 2017 zugestellte Formular «Verlaufsbericht Revision» vollständig ausgefüllt zurückzusenden. Damit behauptet der Beschwerdeführer also nicht, dass aktuell eine psychiatrische Behandlung stattfindet, sondern dass in der Vergangenheit eine stattgefunden habe, was ausgewiesen ist. All diese Umstände weisen auf keinen erheblichen psychischen Leidensdruck des Beschwerdeführers hin.

Nach dem Gesagten liegt in psychischer Hinsicht, zumindest seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im März 2021 (vgl. Urk. 7/273/25-55 S. 1 Ziff. 1.1) , eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes vor. Ob anlässlich der Begutachtung im Jahre 2014 tatsächlich eine Schmerzstörung zu diagnostizieren gewesen wäre oder nicht, braucht vorliegend nicht näher geprüft zu werden, da sich der affektive Zustand des

Beschwerdeführer s zumindest seit der Beurteilung durch die Gutachter der C.\_\_\_\_ verbessert hat. Somit liegt ein Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitsstands vor, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Sicht umfassend zu prüfen ist, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. vorstehend E. 1.3). 5. 5

Das Gutachten der C.\_\_\_\_ erfüllt, wie bereits dargelegt wurde (vgl. vorstehend E. 5.2.10), die Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten und der psychiatrische Gutachter begründete die Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht in nach vollziehbarer Weise (vorstehend E. 4.12), weshalb diese zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes herangezogen werden können.

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte nur eine narzisstische und histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1). Da keine relevanten Einschränkungen bestünden, sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/273/25-55 S. 29 f. Ziff. 8; vgl. vorstehend E. 4.12). Auch die neuropsychologische Abklärung ergab bloss in ihrem Ausmass nicht authentische, maximal leichte kognitive Minderleistungen bei schwankender Leistungsanstrengung

(Urk. 7/273/59-71 S. 9 f. Ziff. 6; vgl. vorstehend E. 4.12). Nach Einschätzung der neuropsychologischen Gutachterin sei eine differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf grund der eingeschränkt validen Ergebnisse nicht möglich. Da allerdings maximal leichte kognitive Minderleistungen bestünden und dies vor dem Hintergrund guter intellektueller Ressourcen, seien in einer angepassten Tätigkeit (etwas verlängerte Einarbeitungszeiten, weniger Zeitdruck) keine Leistungseinschränkungen zu begründen (Urk. 7/273/59-71 S. 12 Ziff. 8).

Diese Beurteilungen sind nach dem Gesagten beweiskräftig. Gestützt auf das C.\_\_\_\_ Gutachten ist demnach erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt und als zu 100 %

arbeitsfähig zu erachten ist. Da eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann, kann vorliegend aus Gründen der Verhältnismässigkeit gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). 5.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der C.\_\_\_\_, zumindest seit der psychiatrischen Begutachtung im März 2021, in einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig zu erachten ist. Liegt keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor, kann auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs zur Bestimmung des Invaliditätsgrads (Art.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Der

am 14. Juli 1967 geborene Beschwerdeführer

war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 8. Mai 2023 55-jährig, weshalb die Aufhebung der ab dem 1. Januar 2004 zugesprochenen Dreiviertelsrente grundsätzlich erst nach Durchführung von Eingliederungsmassnahmen erfolgen kann (vgl. vorstehend E. 1.8).

### **E. 6.2**

Aus den Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer von sich aus eine 40 %-Stelle bei O. \_ \_ als Lagermitarbeiter per Ende Juli 2021 gefunden hat (vgl. Urk. 7/285/2; Urk. 7/285/4). Mit Schreiben vom 27. September 2021 (Urk. 7/277) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, dass die im Rahmen der im Juni 2017 eingeleiteten amtlichen Rentenrevision getätigten Abklärungen ergeben hätten, dass er in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, weshalb sie aufgrund seines Alters und des langjährigen Rentenbezugs verpflichtet seien, ihm Eingliederungsmassnahmen anzubieten. Der Beschwerdeführer wurde aufgefordert, die beigefügte Bereitschaftserklärung zu unterzeichnen. Zudem wurde er auf seine Mitwirkungspflichten und die Sanktionen bei Missachtung hingewiesen (S. 1 f.). Diese Bereitschaftserklärung unterzeichnete der Beschwerdeführer am 9. Oktober 2021, allerdings mit dem Hinweis, dass seine Unterschrift nicht für die 100%ige Arbeitsfähigkeit gelte und er sich auf die Eingliederungsmassnahmen freue. Die zu erfüllende Arbeitsfähigkeit könne er nicht im Voraus beurteilen und würde ein Gespräch bevorzugen, um das weitere Vorgehen und die Arbeitsfähigkeit diskutieren zu können (Urk.

7/278 /1).

Anlässlich des Erstgesprächs am 6. Dezember 2021 wurde der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass die Rentenleistungen eingestellt würden. Der Beschwerdeführer

war schockiert und

gab an, dass er mit seinen Schmerzen und psychisch belastet sei. Im Moment sei er in ärztlicher Behandlung, da er wahrscheinlich einen Leistenbruch erlitten habe. Der Beschwerdeführer

gab an, dass er 100

% arbeiten möchte und betonte, dass niemand seine gesundheitliche Lage nachvollziehen könne. Er würde gerne im Montagebereich arbeiten und stelle sich einen Beginn mit 50

% vor mit langsamer Steigerung des Pensums (Urk.

7/285/5-6). Mit Mitteilung vom 15. Dezember 2021 (Urk. 7/280) übernahm die IV-Stelle die Kosten für eine Beratung und Begleitung ab dem 6. Dezember 20

### **E. 6.3**

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer die Zielvereinbarung nicht unterzeichnet hat, da er kein Eingeständnis für eine 100%ige Arbeitsfähigkeit machen wollte (vgl. Urk. 1 S. 9 Rz. 26.4). Auf den Vorschlag der Eingliederungsberaterin, er solle auf der Zielvereinbarung vermerken, dass er mit der Rentenaufhebung nicht einverstanden sei und auch nicht wisse, ob er zu 100

% arbeiten könne, ist der Beschwerdeführer nicht eingegangen, obwohl er dies bereits schon auf der unterzeichneten Bereitschaftserklärung gemacht hat, indem er dort darauf

hinwies, dass seine Unterschrift nicht für die 100%ige Arbeitsfähigkeit gelte. Wichtige Gründe, weshalb ein solcher Hinweis nicht auch auf der Zielvereinbarung möglich gewesen sein sollte, sind weder ersichtlich, noch wurden solche geltend gemacht (vgl. Urk. 1 S. 7 ff. Rz.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 9**

Ein Arzt des Spitals F.\_\_\_\_, Radiologie, berichtete am 8. Mai 2020 über die gleichentags durchgeführte Computertomographie (CT) des Thorax und Oberbauches (Urk. 7/250), wobei sich ein zentrilobuläres und paraseptales Lungenemphysem mit Betonung im Oberlappen beidseits gezeigt habe. Es gebe keinen Anhalt für eine tumoröse Raumforderung, eine solide Rundherde oder Infiltrate. Es lägen kein Perikard- oder Pleuraerguss sowie keine thorakale Lymphadenopathie vor. Es lägen mindestens drei Hämangiome der Leber und ein Zustand nach Cholezystektomie vor (S. 1).

4.10

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, bestätigte in seinem ärztlichen Zeugnis vom 11. Mai 2020 (Urk. 7/249), dass der Beschwerdeführer zur Risikogruppe für potentiell schwere Verläufe bei einer allfälligen SARS-CoV-2 Infektion mit konsekutiver COVID-19 Erkrankung gemäss aktueller Definition des Bundesamtes für Gesundheit gehöre. 4. 1 1

Am 20. August 2020 erstatteten die Gutachter der C.\_\_\_\_

die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene n

Teilgutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin und Neurologie mit interdisziplinärer Gesamtbeurteilung (Urk. 7/254) und nannten dabei keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Indes nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2): - nicht authentische Symptompräsentation von Nackenschmerzen und kognitiver Minderleistungen - maximal leichtes zervikospindylogenes Beschwerdebild

(bei degenerativen HWS-Veränderungen gemäss MRI vom 31. Januar 2019) ohne radiokuläre Reiz- oder gar Defizitsymptomatik - Status nach leichtem HWS-Distorsionstrauma 2002 (ohne objektivierbare Folgeschädigung) - Status nach leichtem HWS-Distorsionstrauma 21. Februar 2017 (ohne objektivierbare Folgeschädigung im klinischen Befund)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass aus allgemein-internistischer Sicht keinerlei Diagnosen mit oder ohne Arbeitsrelevanz feststellbar seien. Auch aktenkundig lägen solche nicht vor.

Aus neurologischer Sicht seien, wie schon im Vorgutachten 2014, keine somatischen neurologischen

Diagnosen mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit objektivierbar.

Auch bezüglich der gemäss MRI-HWS vom 31. Januar 2019 dar gestellten Diskuspathologien würden sich im klinischen Bild keinerlei Einschränkungen der Beweglichkeit, keine erkennbaren authentischen Schmerzzeichen (weder affektiv noch vegetativ), keine Reflexdifferenzen oder gar sensomotorische Defizite zeigen. Auch bezüglich der Schultermotorik seien keine Auffälligkeiten erkennbar, sämtliche motorischen

Komplexproben, so auch Überkopfstrecken der Arme, Nacken- und Schürzengriff seien vollständig normal und

zügig durchführbar ohne erkennbare Einschränkung. Die Schultermotorik sei völlig intakt.

In der Gesamtschau seien aber wohl erhebliche Inkonsistenzen vorhanden (S. 5 Ziff. 4.1). Objektivierbar sei der Beschwerdeführer absolut in der Lage, kräftig und dynamisch über drei Stunden Begutachtung sich zu präsentieren, voll umfänglich zu bewegen, in Gestik, Mimik raumfüllend sich darzustellen. Er sei in der HWS Beweglichkeit in keiner Weise beeinträchtigt und zeige in keiner Weise eine motorische oder koordinative Einschränkung. Auch seien keine kognitiven Beeinträchtigungen objektivierbar, würden teilweise Daten in der Vergangenheit durchaus erinnert, dann wiederum aber so gänzlich komplett alles als Vergessen bezeichnet. Es lägen keine erkennbare Ängstlichkeit oder sonstige affektive Störungssymptomatik, kein Hinweis für Ich-Grenzstörungen oder Wahrnehmungsstörungen vor, auch wenn solche Zustände in der Vergangenheit angeblich den psychiatrischen Behandlern in der Integrierten Psychiatrie Zürich

gegenüber dargestellt worden seien. Warum eine solche Symptomatik damals bestanden haben soll, zwischenzeitlich so gänzlich verschwunden sei, sei in keiner Weise nachvollziehbar. Betrachte man auch die Biographie des Beschwerdeführers sei auch nicht nachvollziehbar, wieso ein HWS Distorsionstrauma (eigentlich nur

Seitkollision statt Heckkollision), ohne zentral neurologische Störungen verursacht zu haben, und ohne

dass an der HWS eine signifikante strukturelle Affektion belegt werden könne, solche Auswirkungen haben

soll. Sofern solche je vorgelegen hätten, seien diese mit Sicherheit komplett remittiert (S. 6 f. Ziff. 4.3).

Sowohl der gesamte Beschwerderapport als auch der präsentierte Befund hinsichtlich der Schmerzen seien insgesamt als nicht authentisch, mindestens einer schwergradigen Aggravation entsprechend, zu beurteilen. Zumeist seien sogar bei solchem Verzerrungsgrad in der aktuellen Symptombeschreibung, im Verhalten, bei Betrachtung des Längsschnittverlaufs, sogar bewusste zweckgerichtete nicht authentische Antwort- und Symptompräsentation anzunehmen, welche ohne ein plausibles Korrelat auch schon die Kriterien eines simulierten Verhaltens erfüllen würden (S. 7 Ziff. 4.6).

In der angestammten Tätigkeit liege aktuell eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor. Aus neurologischer Sicht sei, sofern überhaupt eine signifikante Pathologie in der Vergangenheit vorgelegen habe, eine komplette Heilung längst eingetreten.

Sowohl das HWS-Distorsionstrauma im Jahr 2017 als auch die bildgebenden Befunde im Jahr 2019 seien ohne Einfluss auf

die Arbeitsfähigkeit, es seien keine funktionalen Einschränkungen im klinischen Befund nachweisbar.

Die Angaben zu hochskalierten Schmerzen seien nicht authentisch von affektiven oder vegetativen

Korrelaten begleitet.

Rückblickend betrachtet verwunder e überhaupt die bisherige Gewährung der Rente in höchstem Masse (S. 7 Ziff. 4.7). In einer ange passen Tätigkeit liege ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (S. 7 Ziff. 4.8).

Die Gutachter hielten abschliessend fest, dass rein neurologisch respektive insge samt somatisch-medizinisch schon im Vorgutachten keine

arbeitsrelevante Diag nose zu stellen gewesen

sei . Aber aus schmerzmedizinisch-neurologisch er Sicht sei auch eine fächerübergreifende Beurteilung der

psychischen Anteile im Rah men des neurologischen Gutachtens erforderlich.

Diesbezüglich sei die

ehemalige Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung aus heutiger Sicht in keiner

Weise nachvollziehbar, es sei en dezidiert die erheblichen Hinweise auf inkonsistentes Verhalten nicht

beachtet worden .

Es m üsse in der Gesamtschau von einem anderen medizinischen Sachverhalt und damit auch von einer

anderen versicherungsmedizinischen Beurteilung ausgegangen werden.

Mindestens gelte aber aus heutiger Sicht, dass keine medizinischen Gründe bes tünden für eine

Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 8) , mithin mindestens seit der Begutachtung keine erkennbaren psychischen Beeinträchtigungen mehr vorlägen und von einer völligen Heilung auszugehen sei (vgl. neurologisches Teilgutachten, Urk. 7/254/ 33- 50 S. 14 und S. 16) . 4. 1 2

Am 13. August 2021 erstattete n die Gutachter der

C.\_\_\_\_ die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene n Teilgutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie und Orthopädie mit interdisziplinärer Gesamtbe urteilung (Urk. 7/273) und nannten dabei keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Indes nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.2): - radiologisch degenerative alte rs entsprechende HWS-Veränderungen ohne klinisches signifikantes Korrelat (kein Hinweis für radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik, insbesondere auch nicht für Segment C7 links) - Status nach leichtem HWS-Distorsionstrauma 2002 (ohne objektivierbare Folgeschädigung) - radiologisch gemäss MRI März 2019 noch retraktile Kapsulitis, zwischen zeitlich klinisch kein signifikanter Befund mehr objektivierbar (keine Bewegungseinschränkung, kein signifikanter Schmerzzustand) - in ihrem Ausmass nicht authentische, maximal leichte

kognitive Minderleistungen bei schwankender Leistungsanstrengung (Aggravation, differentialdiagnostisch Verdeutlichung) - narzisstische und histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) - Suchtentwicklung in Bezug auf Nikotin

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass sich im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens hochauffällige Einschränkungen im

Rahmen der Performanzvalidierung ergeben hätten. Teilweise habe der Beschwerdeführer schwer verlangsamte Reaktionen und Bearbeitungszeiten gezeigt, kontrastierend dazu aber sei er teilweise auch eher zügig in der Bearbeitung gewesen. Er habe teilweise

schwer defizitäre Fähigkeiten der Aufmerksamkeit gezeigt, führe aber noch immer Auto. Er habe am Ende der

Begutachtung maximale Müdigkeit und maximale Schmerzen angegeben, ohne dass er aber müde gewirkt oder langsamer gewesen beziehungsweise langsamer geworden sei. Insgesamt sei somit eine Leistungsverzerrung nachgewiesen (S. 6 Ziff. 4.1).

Auch im psychiatrischen Gutachten verhalte sich der Beschwerdeführer sehr klaglos, halte sich den Rücken, stöhne immer wieder, sei andererseits aber im psychischen Befund euthym und zu keinem Zeitpunkt depressiv, auch wenn er sich klaglos verhalte. Das Verhalten wirke plakativ, überzogen und aufgesetzt (S. 6 Ziff. 4.1). So hielt der psychiatrische Gutachter der C.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten fest, dass der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt depressiv gewirkt habe, auch wenn er sich klaglos verhalte (Urk. 7/273/ 25-55 S. 14

Ziff. 4.1). Im Affekt wirke er euthym, affektiv nicht labil, aber kontrolliert, er wirke weder ratlos noch ambivalent oder gereizt. Es fänden sich keine Hinweise für inadäquate Affekte oder eine dysfunktionale Affektregulation. Aktive Suizidgedanken oder Vorbereitungshandlungen liessen sich beim Beschwerdeführer nicht explorieren. Der Antrieb sei ungestört, Mimik und Gestik mittellebhaft ausgeprägt. Sein Interesse und Freudempfinden erschienen nicht reduziert. Auch wenn er leidens- und defizitorientiert den Beschwerderapport führe, sei ansonsten das formale Denken unauffällig. Auffälligkeiten hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassungsgabe und Antwortverhalten bestünden nicht. In der Persönlichkeit seien deutlich narzisstische und histrionische Akzente erkennbar (Urk. 7/273/ 25-55 S. 15

Ziff. 4.3). In der Gesamtschau könnten daher keine affektiven Störungen objektiviert werden (Urk. 7/273 S. 6 Ziff. 4.1).

Die Gutachter hielten ferner fest, in der Beschwerdvalidierung anhand eines strukturierten Fragebogens simulierter Symptome (SFSS) zeige sich ein auffällig erhöhter Gesamtscore. Gleichermaßen bestünden massive Diskrepanzen in der Selbstbewertung im Rahmen des Beck-Depressions-Inventars (BDI) mit aussergewöhnlich hohen Werten (42 Punkte), obgleich im klinischen Kontext

keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung von klinischer Relevanz bestünden. In der Gesamtschau könnten aus psychiatrischer Sicht keine affektiven Störungen objektiviert werden, auch könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren entsprechend

nicht gestellt werden.

Bei dem Beschwerdeführer

liege ein Zustand vor, der gekennzeichnet sei durch psychosoziale

Probleme, Neigung zur Schonung und Schonhaltung. Diese r schein e jedoch nicht psychiatrisch begründet.

In Bezug auf die verschiedenen Berichte der Aktenlage seien offen sichtlich aggravierte Symptome beziehungsweise psychosoziale Belastungen mit objektiven psychiatrischen Kriterien vermengt worden, dabei seien zum Teil frühere Berichte oder Hinweise auf nichtauthentische, tendenziöse Verhalten nicht berücksichtigt beziehungsweise nicht entsprechend gewürdigt und in die objektive ärztliche-versicherungsmedizinische Beurteilung nicht einbezogen worden. Es könnten entsprechend aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen objektiviert werden, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Dies gelte aktuell wie auch durchgängig retrospektiv. Entsprechend könnten aber auch die oben genannten Inkonsistenzen nicht auf Grundlage einer krankheitswertigen versicherungspsychiatrisch relevanten Diagnose erklärt werden (S. 6 Ziff. 4.1).

Auch im Rahmen des orthopädischen Gutachtens habe der Beschwerdeführer interessanterweise erklärt, dass er von der Brust abwärts über haupt keine Probleme habe, während er dies dem Psychiater gegenüber anders behauptet habe. Hinsichtlich der angegebenen Hinterkopfbeschwerden, welche der Beschwerdeführer auf ein HWS-Schleudertrauma im Jahre 2002 beziehe, und wegen dem er sich bis dato nicht mehr arbeitsfähig ansehe, sei zu beachten, dass es sich damals um eine Seitkollision, also nicht um ein klassisches Schleuder trauma, gehandelt habe. Rein schon pathophysiologisch sei dieses Trauma nicht geeignet, längere Beeinträchtigungen zu verursachen. Schon früher seien Inkonsistenzen beschrieben worden, so auch im A.\_\_\_\_ - Gutachten vom März 2014 (vgl. vorstehend E. 3. 1 ), in welchem sich ein groteskes Bild ohne orthopädische und neurologische pathologische anatomische Korrelate geboten habe .

Zwar seien zwischenzeitlich leichte degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule im Segment HWK 6/7

aufgetreten (MRI HWS Januar 2019 ; vgl. vorstehend E. 4.5 ), die sich im Bereich der Altersnorm bewegen würden , wobei sich im klinischen

Bild und auch gemäss seinen Angaben keine radikulären Reizzustände zeigen würden .

Es lägen

im klinischen Befund auch keine Druckdolenzen über den Querfortsatz reihen beidseits vor , die Foramenocclusionsmanöver seien ohne Provokation radikulärer Reizzustände beidseits, zu erwähnen sei nur eine leichte Kopf-Protraktionshaltung und leichte Schiefhaltung, was rein muskulär und sicher nicht vom Skelettsystem bedingt sei. Auch hinsichtlich der gemäss MRI der linken Schulter vom März 2019 (vgl. vorstehend E. 4.7) noch beschriebenen retroaktiven Capsulitis sei zwischenzeitlich ein praktisch seitengleicher Befund an den Schul tern feststellbar. Gegen eine wesentliche Schmerzsymptomatik und Leidensdruck spreche auch der Umstand, dass Schmerzmittel vom Beschwerdeführer gar nicht eingenommen würden. Dies werde von ihm selbst sogar angegeben, auch könne dies in der Medikamentenspiegelkontrolle bestätigt werden. Es würden sich auch keinerlei vegetative oder affektive Schmerzkorrelate zeigen. Dies stehe somit auch in klarem Widerspruch zu den subjektiv teilweise maximal angegebenen Schmerzstärken im Rahmen des neuropsychologischen oder psychiatrischen Gut achtens. In der Gesamtschau würden

sich somit auch aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 6 f. Ziff. 4.1).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass unter Einbezug der Ergebnisse der bereits erstellten Gutachten in den Fachbereichen Neurologie und

Allgemeine Innere Medizin (vorstehend E. 4.

## **E. 11**

) somit weiterhin keine arbeitsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

begründet werden könne in einer dem Fähigkeitsprofil angepassten Tätigkeit

(S. 7 Ziff. 4.1). In der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer angepassten, dem Fähigkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes, liege daher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor. Dies gelte aktuell wie auch durchgängig retrospektiv (S. 9 Ziff. 4.7-4.8). In der Gesamtschau könnten aktuell, aber auch retrospektiv, keine objektivierbaren Befunde festgestellt werden, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Fähigkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit begründen könnten. Sofern solche je vorgelegen hätten, seien diese längst als gebessert zu bewerten (S. 9 Ziff. 4.9).

Die Gutachter hielten abschliessend fest, dass die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie mittelgradig depressiven Episode gemäss ihrer heutigen Bewertung nicht vorlägen. Der damalige medizinische/psychiatrische Sachverhalt

grenze die auch damals schon offensichtlich grossen Verhaltensweisen respektive Inkonsistenzen nicht

ab.

Es sei rückblickend schon damals von einem anderen psychiatrischen medizinischen Sachverhalt auszugehen, entsprechend auch von einer anderen versicherungsmedizinischen Bewertung (S. 10). 4. 1 3

Die RAD-Ärzte Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führten in ihren Stellungnahmen vom 23. und 27. August 2021 (Urk. 7/287/11-12) aus, dass das polydisziplinäre Gutachten unter vollständiger Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten nach ausführlicher Anamneseerhebung, genauem Eingehen auf die geschilderten Beschwerden und umfassender Untersuchung erstellt worden sei. Die Gutachter seien nach ausführlicher fachspezifischer Diskussion in einer interdisziplinären Zusammenfassung zu plausiblen Diagnosen und nachvollziehbaren Schlussfolgerungen hinsichtlich der bestehenden Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gekommen. Auf dieses Gutachten sei daher abzustellen, was bedeute, dass spätestens bei der aktuellen polydisziplinären Begutachtung – gemäss plausibler Argumentation des psychiatrischen Gutachters jedoch retrospektiv eigentlich schon seit der Vorbegutachtung im Jahr 2014 – auch auf psychiatrischem Fachgebiet keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, somit medizintheoretisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. Es stehe damit zweifelsfrei fest, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgeschlossen sei. 4. 1 4

Dr. E.\_\_\_\_

berichtete am 23. Juni 2022 über die gleichentags durchgeführte neuro-angiologische Untersuchung (Urk. 7/290) und führte aus, dass bei Status nach zwei HWS-Traumen im September 2002 und im Februar 2017 ein schweres, praktisch vollständig therapieresistentes cervico-cephales Schmerzsyndrom mit begleitend Schwanke-schwindel vorliege. Diese Symptomatik sei mit den üblichen Therapien und den üblichen Analgetika nicht mehr beeinflussbar, weshalb der Beschwerdeführer auf Opiate angewiesen sei, womit der Schmerzpegel knapp erträglich sei. Sobald die Wirkung nachlasse, würden sich die Schmerzen verstärken und er sei dann weitgehend blockiert. Im Status sei die Beweglichkeit der HWS weitgehend blockiert und palpatorisch bestünden ausgedehnte Druckdolenz. Der neurologische Befund sei unverändert normal. Die weitere Behandlung sei ausschliesslich symptomatisch mit den erwähnten Opiaten, Physiotherapien seien keine mehr vorgesehen (S. 2 Mitte).

Von Juli 2021 bis Februar 2022 sei ein Arbeitsversuch erfolgt, wobei der Beschwerdeführer zu 40 % in einem Lager gearbeitet und bei Bedarf einen Gabelstapler bedient habe. Bei dieser Tätigkeit sei es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Beschwerden mit vermehrtem Schwindel gekommen, sodass es schliesslich Mitte Februar 2022 zu einem Sturz vom Gabelstapler gekommen sei. Dieser Sturz habe eine weitere Verschlechterung des Beschwerdebildes bewirkt, von welchem sich der Beschwerdeführer bis heute noch nicht gänzlich erholen können. Angesichts dieser Erfahrung, des Beschwerdebildes und der Befunde sei eine (Teil-)Arbeitsfähigkeit gänzlich unrealistisch, insbesondere auch in einer leidensangepassten Tätigkeit (S. 2 unten). 4.

#### **E. 15**

RAD-Arzt Dr. J.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2023 (Urk. 7/303/2-3) aus, dass der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2022 (vorstehend E. 4.1 4 ) keine neuen, nicht bereits seit Jahren und damit auch bei der Begutachtung bekannten, klinisch-neurologischen Befunde enthalte. Es ergebe sich damit keine Änderung an der letzten RAD-Stellungnahme (vorstehend E. 4.1 3 ) unter Abstützung auf die im Verlaufsgutachten formulierten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.1 6

Dr. E.\_\_\_\_ führte in seinem – nach Verfügungserlass erstellten - Bericht vom 19. Juni 2023 (Urk. 10) aus, dass die im September 2002 und Februar 2017 erlittenen HWS-Traumen ein bis heute anhaltendes und im Verlaufe der letzten Monate hinsichtlich Schmerzintensität zunehmendes cervico-cephales Schmerzsyndrom bewirken würden, welches sich in all den Jahren als gänzlich therapieresistent erwiesen habe. Einzig die Morphinpräparate würden eine, aber immer nur vorübergehende, Erleichterung bringen, jedoch keine Beschwerdefreiheit, mit dem Preis, dass der Beschwerdeführer wegen der begleitenden Müdigkeit sich meistens hinlegen müsse. Der begleitend auftretende Schwindel dürfe zervikal bedingt sein, Hinweise für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Ursache bestünden keine. Die Beweglichkeit der HWS sei weitgehend blockiert und palpatorisch würden ausgedehnte Druckdolenz bestehen. Der neurologische Befund sei unverändert normal. Die weitere Behandlung bleibe weiterhin ausschliesslich symptomatisch mit den Opiaten (Oxycontin und Sevredol), Physiotherapien seien keine mehr vorgesehen. Eine Arbeitsfähigkeit sei bei diesem Beschwerdebild und angesichts der Befunde im angestammten Beruf als Elekriker undenkbar. Für leidensangepasste Tätigkeiten sei eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 %

denkbar, es kämen aber nur leichte Aufgaben wie Überwachung oder Ähnliches in Frage (S. 2). 5. 5.1

Die vorliegend zu prüfende Einstellung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente setzt voraus, dass eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen

– namentlich des Gesundheitszustandes oder seiner erwerblichen Auswirkungen – mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist und diesbezüglich nicht lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorliegt (vgl. vorstehend E. 1.3). 5.2 5.2.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob das polydisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_ die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vorstehend E.

1. 9 ) vollumfänglich erfüllt und ob zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers darauf abgestellt werden kann. 5.2.2

Das polydisziplinäre Gutachten der C.\_\_\_\_ vom August 2020 bzw. 2021 (vorstehend E. 4.1 1 -4.1 2 ) umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie und Orthopädie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel beziehungsweise über die entsprechende fachliche Qualifikation und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt (vgl. Urk. 7/254 S. 2 Ziff. 2; Urk. 7/273 S. 2 Ziff. 2). Das Gutachten der C.\_\_\_\_ erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit sind die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten vollumfänglich erfüllt. 5.2.3

Der Beschwerdeführer macht unter anderem geltend, dass die für ein polydisziplinäres Gutachten erforderliche zeitliche Nähe nicht gegeben sei. So seien zwei Disziplinen im März 2020, zwei Disziplinen im März 2021 und eine Disziplin im Juni 2021 untersucht worden. Bei Untersuchungen, die über 1 ¼ Jahre verteilt seien, handle es sich nicht mehr um ein polydisziplinäres Gutachten. Diesbezüglich sei wichtig zu erwähnen, dass nicht er die Begutachtung abgebrochen habe, sondern COVID-19 die Ursache gewesen sei (Urk. 1 S. 10 Rz. 28.1; vgl. Urk. 16 S. 4 Rz. 5). Diesbezüglich lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer, nachdem im März 2020 die allgemein-internistische und neurologische Untersuchung stattgefunden hatte (vgl. Urk. 7/254 S. 2 Ziff. 2), der Beschwerdeführer zunächst per allgemeinen Attest von seinem Hausarzt Dr. I.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2020 als COVID-19 Risikopatient eingestuft wurde (vgl. vorstehend E. 4.10), spezifiziert und plausibilisiert durch einen Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2020, wonach der Beschwerdeführer an einem Lungenemphysem leidet (vgl. vorstehend E. 4.9; Urk. 7/287/6-7). Infolgedessen wurden die weiter geplanten Fachdisziplinen storniert (Urk. 7/251). Die psychiatrische und neuropsychologische Untersuchung fand erst im März 2021 und die orthopädische Untersuchung im Juni 2021 statt (vgl. Urk. 7/273 S. 2 Ziff. 2). Der zeitliche Unterbruch in der Begutachtung des Beschwerdeführers erfolgte, wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbrachte, aufgrund der COVID-Pandemie und war somit aufgrund höher Macht bedingt. Ausserdem wurden im Zeitraum zwischen der Erstattung der ersten beiden Teilgutachten am 20. August 2020 und der Erstattung der weiteren drei Teilgutachten am 13. August 2021 keine neuen Arztberichte eingereicht, welche auf eine

Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers schliessen lassen würden (vgl. vorstehend E. 4. 1-4.16 ). Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers vermag somit nichts am Beweiswert der Gutachten der

C.\_\_\_\_

zu ändern. 5.

### **E. 16**

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) verzichtet werden. Der Invaliditätsgrad beträgt Null, womit grundsätzlich kein Rentenanspruch mehr besteht.

Ob vorliegend die Voraussetzungen einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG erfüllt sind, mithin von einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen und rechtskräftigen Rentenzusprache ausgegangen werden kann (vgl. vorstehend E. 1. 5 ), kann vorliegend offengelassen werden.

6.

### **E. 21**

bis zum

### **E. 26**

August 2022 gewährt hat, ist sie ihrer Pflicht zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (vgl. vorstehend E. 6.1) nachgekommen. Dass sie die Eingliederungsmassnahmen infolge Nichtunterzeichnung der Zielvereinbarung vorzeitig per 25. Mai 2022 abgebrochen hat, ist vorliegend nicht zu beanstanden, wurde der Beschwerdeführer doch am 20. April 2022 schriftlich auf seine Mitwirkungspflicht und auf die Sanktionen bei Nichtbefolgung hingewiesen. Die diesbezüglichen Einwendungen (vgl. vorstehend E. 2.2; Urk. 1 S. 7 ff. ff. Rz. 26) erweisen sich deshalb als unbegründet.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei sein Anspruch auf das rechtliche Gehör verletzt worden, indem er sich nicht zu den beiden Gutachten der C.\_\_\_\_ zur geplanten Renteneinstellung äussern könne (vorstehend E. 2.2) , ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 27. Juli 2022 (Urk. 7/288 = Urk. 7/292 = Urk. 7/300/3-10 ) die Einstellung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente in Aussicht gestellt wurde und ihm im Rahmen des Vorbescheidverfahrens das rechtliche Gehör gewährt worden ist (vgl. Urk. 7/293; Urk. 7/299). 7 .

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. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Zogg -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem  
siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom  
18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel  
und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Peter-Schwarzenberger

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