

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00277 vom 23. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00277

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00277 du 23 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00277 del 23 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1955,

führte seit 1993 als Selbständigerwerbender ein Transportunternehmen (Urk. 7/13/4 und Urk. 7/139/10). Am 20. Juli 1994 wurde er Opfer eines Verkehrsunfalls, bei welchem ein Lastwagen mit seinem Lieferwagen kollidierte (Urk. 7/17 S. 58). Dabei erlitt er ein Schädelhirntrauma und eine Verletzung der Halswirbelsäule. Aufgrund der Unfallfolgen bezog der Versicherte ab dem 1. Juli 1995 bei einem Invaliditätsgrad von 77 % eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 7/45), welche in der Folge anlässlich mehrerer Revisionen unverändert belassen wurde (Urk. 7/57, 7/73 und 7/85).

Anlässlich des letzten, im August 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens liess die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Versicherten durch das Y.____ internistisch, psychiatrisch und neurologisch begutachten.

Gestützt auf das Gutachten vom 14. Dezember 2010 (Urk. 7/139), das dem Versicherten für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierte, und nach erfolgtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/142 ff.) hob die IV-Stelle die Invalidenrente mit Verfügung vom 31. Januar 2012 (Urk. 2/1) auf das Ende des der Verfügung folgenden Monats mit der Begründung auf, der Invaliditätsgrad betrage nur noch 32 % (Urk. 2/1 S. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs.

E. 1.2

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %

Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E.2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung (oder Mitteilung; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2 mit Hinweisen), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen; BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E.

4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Mit der angefochtenen Verfügung vom 31. Januar 2012 (Urk. 2/1) hat die IV-Stelle die ganze Invalidenrente des Beschwerdeführers, die sie ihm mit Verfügung vom 19. September 1997 ab dem 1. Juli 1995 zugesprochen (Urk. 7/45) und anschliessend mit Verfügung vom 9. Januar 1998 (Urk. 7/57) sowie mit Mitteilungen vom

E. 4

Januar 2001 (Urk. 7/73) und 25. Februar 2005 (Urk. 7/85) bestätigt hatte, aufgehoben. Die IV-Stelle begründete die Rentenaufhebung damit, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten gemäss Y.____-Gutachten (Urk. 7/139) insofern gebessert habe, als keine depressive Symptomatik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und kein Schulterhochstand mehr festgestellt worden seien (Urk. 2/1 S. 3). Somit liege ein Revisionsgrund vor, aufgrund dessen die Rente - bei einem neu ermittelten Invaliditätsgrad von 32 % - aufzuheben sei. 2.2

Wie schon im

Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 7/142) stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, es könne weder

in formeller noch in materieller Hinsicht auf das Y.____-Gutachten abgestellt werden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 7 ff.). Für die Beurteilung seines gesundheitlichen Zustandes sei vielmehr entsprechend dem Bericht des behandelnden Arztes

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Urk. 3/10), von einer unveränderten medizinischen Situation auszugehen (Urk. 1 S. 6-7 Ziff. 10-12). Zudem sei der Einkommensvergleich, wie ihn die IV-Stelle vorgenommen habe, unzutreffend (Urk. 1 S. 7 Ziff. 13-14). Zu berücksichtigen sei auch, dass die Invalidenversicherung, die für ihre Leistungen Regress genommen und im Jahr 1998 den Betrag von Fr. 747'143.25 erhalten habe, sich durch die Renteneinstellung bereichere, weshalb diese gegen Treu und Glauben verstosse (Urk. 1 S. 7-8 Ziff. 15, Urk. 7/17/59-61). 3.

Anlässlich des am 15. Juli 1999

eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 7/59 ff.)

hatte die IV-Stelle den Versicherten durch die Ärzte des

A.____ internistisch, psychiatrisch und radiologisch begutachten lassen (Gutachten vom 19. Oktober 2000, Urk. 7/70). Bei der attestierten Restarbeitsfähigkeit von drei Stunden pro Tag, also weniger als die bei der ursprünglichen Rentenzusprache noch vorhandene Arbeitsfähigkeit von 50 %, hatte die IV-Stelle keinen Anlass, einen aktualisierten Einkommensvergleich anzustellen (vgl. Urk. 7/71). Im darauffolgenden Revisionsverfahren, das die Beschwerdegegnerin im November 2004 einleitete, unterblieb eine vertiefte Prüfung der gesundheitlichen Situation. Zwar liegt ein Verlaufsbericht von Dr. Z.____ vor, worin dieser angab, die Situation sei unverändert, ohne dies aber zu

begründen (Urk. 7/82/3). Eine

inhaltliche Prüfung des Rentenanspruchs erfolgte somit zum letzten Mal im Jahr 2000, weshalb die am 4. Januar 2001 ergangene Mitteilung (Urk. 7/73) als zeitlicher Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung zu dienen hat.

E. 4.1

Die ursprüngliche, mit Verfügung vom 19. September 1997 erfolgte Zusprache der ganzen Invalidenrente (Urk. 7/45) erfolgte gemäss Feststellungsblatt für den Beschluss vom 19. Juni 1997 (Urk. 7/43) aufgrund der

von den Ärzten der Klinik B.____ gestellten Diagnose

eines Status nach Verkehrsunfall am 20. Juli 1994 mit leichter traumatischer Hirnschädigung und Halswirbelsäulen distorsion, persistierendem zervikozephalem Symptomkomplex und leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen (vgl. Bericht vom 7. Januar 1997; Urk. 7/38).

Die IV-Stelle fasste im Feststellungsblatt zusammen, es sei eine zufriedenstellende Stabilisierung des Gesundheitszustandes eingetreten, es bleibe aber eine Einschränkung der psychophysischen Belastbarkeit bestehen (Urk. 7/43/3). Entsprechend dem Bericht der Klinik B.____ vom 7. Januar 1997 (vgl. Urk. 7/38) ging die IV-Stelle davon aus, dass dem Versicherten, der sein Transportunternehmen im Oktober 1996 liquidiert hatte, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als Chauffeur mit leichter körperlicher Arbeit zumutbar sei. Daraus errechnete sie einen Invaliditätsgrad von 77 % (Urk. 7/43/3).

E. 4.2

und Urk. 7/70/10), nunmehr von einer Dysthymia

(ICD-10 F34.1; Urk. 7/139/19 Ziff. 5.2) ausgehen. Eine Dysthymia

steht gemäss den diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10 Kapitel V) für ein weniger gravierendes Leiden. Sie ist immer dann zu stellen, wenn eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung vorliegt, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um gegenwärtig die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33.0-3 zu erfüllen (vgl. H. Dilling / W. Mombour / M. H. Schmitt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 9. Aufl., Bern 2014, S. 178-180 und S. 183). Plausibel ist die Diagnose aufgrund der erhobenen diskreten Befunde (Urk. 7/139/13 Ziff. 4.1.2). Mittels Blutuntersuchung konnte zudem festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer, entgegen dessen anderslautenden Angaben, verordnete antidepressive Medikamente nur selten einnimmt (Urk. 7/139/14 f. Ziff. 4.1.7). Auch dieser Umstand spricht für eine Verbesserung des psychischen Zustandes.

E. 4.2.1

Im Rahmen des am 1

E. 4.2.2

Die Ärzte des A.____, die den Beschwerdeführer am 26. Juli und am 29. August 2000 untersucht hatten, stellten im Gutachten vom 19. Oktober 2000 die Diagnosen eines chronischen

zervikospondylogene n Schmerzsyndrom s nach Ver kehrsunfall , einer rezidivierende n depressive n Störung, in Teilremission unter Pharmakotherapie, aktuell leichten Grades , sowie einer hypochondrische n Phobie (Urk. 7/70 /9), und führten zur Arbeitsfähigkeit aus, die medizinische Tauglichkeit als Transporteur mit einem Kleinlaster sei nicht mehr gegeben. Bei Tätigkeiten, die eine geteilte Aufmerksamkeit erforderten, länger als einen halben Arbeitstag dauerten, mehrheitlich Halte- oder Überkopfarbeit beinhalteten und die das

repetitive Heben, Halten oder Tragen von Lasten über 10 kg erforderten , liege eine deutlich erhöhte Beanspruchung vor. Die im Rahmen der momentan ausgeübten Tätigkeit vorgenommene drei stündige Sammelfahrt entspreche aktuell den vorhandenen Möglichkeiten, die definitive Belastungsgrenze sei langfristig allerdings höher anzusetzen. Unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Therapien seien die Restfunktionen spätestens nach zwei Jahre n neu abzuklären und zu definieren (Urk. 7/70/

E. 4.3

Im Rahmen der im November 2004 eingeleiteten Revision (vgl. Urk. 7/75) vermerkte

Dr. Z.____

- wie bereits erwähnt (vgl. vorstehende Erwägung 3) - im Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2004 ohne Erläuterung eine unveränderte gesundheitliche Situation (Urk. 7/82/3). Weitere ärztliche Abklärungen erfolgten nicht.

E. 4.4.1

Im August 2008 leitete die Beschwerdegegnerin eine weitere Rentenrevision ein (vgl. Urk. 7/86). Am 30. Juli 2010 berichteten die Ärzte der Klinik B.____ , in welcher der Versicherte vom 28. Juni bis 18. Juli 2010 hospitalisiert war. Sie nannten als Diagnosen ein chronisches Zervikozephalosyndrom mit neuropsychologischen Funktionsstörungen bei Status nach Verkehrsunfall am 30. Juli 1994 mit Halswirbelsäulendistorsion und Commotio cerebri, Dyslipidämie und eine mittelgradige Depression (Urk. 7/127 S. 1) und führten aus, beim Eintritt habe der Versicherte eine schmerzhafte Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule gezeigt sowie Schmerzen von wechselnder Intensität und Lokalisation über die gesamte Wirbelsäule angegeben. Er habe Mühe gehabt, Arbeitsergonomie und ökonomische Kraftdosierung bei längerer Belastung umzusetzen. Der Versicherte habe einen zurückgezogenen und emotional abgeflachten Eindruck gemacht und es habe sich gezeigt, dass er unter einer depressiven Symptomatik leide, die den Umgang mit den Unfall - folgen und weiteren psychosozialen Belastungen erschwere. Eine psycho - therapeutische Behandlung mit unterstützender antidepressiver Medikation sei dringend indiziert und der Patient sei hiermit einverstanden gewesen . Beim Austritt habe s eine Arbeitsfähigkeit zwischen 30 % und 50 % betragen (Urk. 7/127/ 1-3).

E. 4.4.2

Am 26. Februar 2009 hatte die Beschwerdegegnerin eine medizinische Abklärung durch die Ärzte des

Y.____

angeordnet (Urk. 7/103). Diese stellte n aufgrund der am 27. Oktober 2010 erfolgten Untersuchungen im Gutachten vom

E. 4.4.3

In der Stellungnahme vom 16. Februar 2012 zum Y.____ -Gutachten wies Dr. Z.____ auf eine seit Jahren unveränderte Situation hin. Der Versicherte leide an Schmerzen und in psychischer Hinsicht an einer rezidivierenden depressiven Störung, was das Bestehen der vom Y.____ diagnostizierten Dysthymie ausschliesse. Der Beurteilung der Klinik B.____, in welcher der Versicherte vom 28. Juni bis 18. Juli 2010 hospitalisiert gewesen sei (vgl. Urk. 7/127/1), sei

ein höherer Stellenwert als dem Y.____ -Gutachten beizumessen (Urk. 3/10 S. 1-2). 5.

E. 5

Juli 1999 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 7/

E. 5.1

Die Begutachtung durch die Ärzte des Y.____ ergab bezüglich Diagnosen

Veränderungen im Vergleich zu den früheren Beurteilungen. Hatten die Ärzte der Klinik B.____ 1997 und die Ärzte des A.____ im Jahr 2000 einen Status nach Verkehrsunfall am 20. Juli 1994 mit leichter traumatischer Hirnschädigung und Halswirbelsäulendistorsion, persistierendem zervikozephalen Symptomkomplex und leichten neuropsychologischen Funktionsstörungen (Urk. 7/38/1) respektive ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom nach Verkehrsunfall, eine rezidivierende depressive Störung, in Teilremission unter Pharmakotherapie, aktuell leichten Grades, sowie eine hypochondrische Phobie (Urk. 7/70/9) diagnostiziert, so stellten die Ärzte des Y.____ nunmehr die Diagnose eines chronischen zerviko- und panvertebralen Schmerzsyndroms, eines Status nach Verkehrsunfall mit milder traumatischer Hirnverletzung und Belastung der Halswirbelsäule am 20. Juli 1994 (ICD-10: S06.0), einer Dysthymie (ICD-10: F34.1) und einer Hepatopathie unklarer Ätiologie (Urk. 7/139 S. 19).

E. 5.2

Im Vergleich zur Untersuchung durch die Ärzte des A.____, die eine Druckschmerzhaftigkeit respektive eine eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule auf allen Ebenen beschrieben (Urk. 7/70/7), konnten anlässlich der Untersuchung durch die Ärzte des Y.____, abgesehen von einer leichten Drucküberempfindlichkeit im mittleren Bereich der Halswirbelsäule keine entscheidenden Befunde mehr erhoben werden. Insofern liegt eine feststellbare Verbesserung vor. Diese veranlasste die Gutachter bezüglich Wirbelsäulenschmerzsyndrom zwar nicht zu einer Anpassung der Diagnose, indessen stützt sie sich nunmehr stärker auf die unverändert vorgetragene subjektive Schmerzklagen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/139/10 Ziff.

3.2.1 und Urk. 7/139/15 f. Ziff. 4.2.1), die jedoch eine tatsächliche funktionelle Einbusse im entsprechenden Ausmass nicht zu beweisen vermögen. Die schon in der Klinik B.____ festgestellten leichten und unspezifischen neuropsychologischen Funktionsstörungen (Urk. 7/37/1, Urk. 7/37/5-6) wurden auch bei der Begutachtung durch die Ärzte des Y.____ nicht in Frage gestellt, wobei aufgrund der attestierten mangelnden Auswirkung auf die erwerblichen Fähigkeiten eine erneute spezifische Überprüfung unterblieb (Urk. 7/139/17 f. Ziff. 4.2.4).

E. 5.3

Die durch die Ärzte des Y.____ erhobenen psychiatrischen Befunde liessen diese anstelle der von den Ärzten des A.____

seinerzeit gestellten Diagnose einer

rezidivierenden depressiven Störung, die vor der medikamentösen Behandlung mit Zoloft als mittelschwer und hernach als leicht eingestuft wurde (Urk. 7/70/9 Ziff.

E. 5.4

Gegen diese Beurteilung wandte der Hausarzt Dr. Z. ___ in seiner vom Beschwerdeführer eingereichten Stellungnahme vom 16. Februar 2012 ein, die Diagnose einer Dysthymia lasse sich anhand einer einzelnen Untersuchung gar nicht stellen, sondern lediglich nach einer Beobachtung über Jahre (Urk. 3/10 S. 1). Laut den Leitlinien gemäss ICD-10 F34.1 lässt sich eine Dysthymia bei einer chronischen Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige depressive Störung erfüllt, diagnostizieren (H. Dilling /W. Mombour /M. H. Schmitt [Hrsg.], a.a.O., S. 183). Dass genau diese Voraussetzungen erfüllt waren, wurde im Y. ___ -Gutachten nachvollziehbar dargelegt, weswegen die Richtigkeit der Diagnose nicht in Zweifel zu ziehen ist. Angesichts der genannten Definitivskriterien ist es auch unerheblich, ob in der Zeit vor der Diagnosestellung durch die Ärzte des Y. ___ Befunde aufgetreten waren (vgl. Urk. 3/10 S. 1), die gegebenenfalls eine andere diagnostische Einordnung nahelegten. Dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit an einer rezidivierenden depressiven Störung litt, ist im Übrigen unbestritten.

E. 5.5

Nicht nur die Beurteilung der Gutachter des Y. ___ , auch die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers weist auf eine gesundheitliche Verbesserung seit der Begutachtung durch die Ärzte des A. ___ hin. Letztere waren zum Schluss gekommen, die ausgeübte Tätigkeit (Sam melfahrten) sei nicht mehr als drei Stunden pro Tag zumutbar. Prognostisch hielten sie jedoch fest, die Arbeitsfähigkeit könne in Zukunft wieder gesteigert werden, weswegen die Situation in spätestens zwei Jahren wieder zu überprüfen sei (Urk. 7/70/11). Auch die Ärzte der Klinik B. ___ , wo sich der Beschwerdeführer vom 28. Juni bis 18. Juli 2010 stationär aufgehalten hatte, gingen von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Urk. 3/9).

In der Folge gingen nicht nur die Gutachter des Y. ___

(dazu vgl. nachstehende E. 6), sondern auch der Beschwerdeführer selber von einer tatsächlich verbesserten erwerblichen Leistungsfähigkeit aus. Bei der Begutachtung durch die Ärzte des Y. ___ ging der Beschwerdeführer davon aus, er könne wieder im Umfang von 50 % arbeiten (Urk. 7/139/21 Ziff. 6.4). In Betracht fällt auch, dass der Beschwerdeführer gemäss Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 2. Dezember 2008 angegeben hatte, bereits 2007 zwischen 30 und 35 Stunden pro Woche als Handlanger für einen Spengler gearbeitet zu haben, wobei er Gewichte im Bereich von 10 bis 20 kg heben und tragen müssen (Urk. 7/93/4 Ziff. 3.3). 30 respektive 35 Stunden entsprechen einem Pensum von über 50 % gemessen an der Durchschnittsarbeitszeit hierzulande. Diese betrug 2007 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebs übliche Wochenarbeitszeit der voll erwerbstätigen Arbeitnehmenden; abrufbar im Internet).

E. 5.6

Da festzustellen ist, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers spätestens seit der Begutachtung durch die Ärzte des A. ___ insbesondere in psychischer Hinsicht verbessert hat, hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des

Beschwerdeführer s zu Recht neu geprüft. Die Experten des Y.____ attestierten aufgrund ihrer bei der Begutachtung gewonnenen Erkenntnisse eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in körperlich nicht belastenden Tätigkeiten. Aufgrund der geringgradigen psychiatrischen Befunde und weil auch aus somatischer Sicht (internistisch und neurologisch) keine Befunde mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit erhoben werden konnten (vgl. Urk. 7/139/20 f. Ziff. 6.2), vermag die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Gutachter des Y.____ wieder in der Lage war, eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit nachzugehen.

5.7

An der nachvollziehbaren Beurteilung der Gutachter des Y.____ vermögen die Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5 Ziff. 8) nichts zu ändern. Der Einwand, es widerspreche der Erfahrung, dass sich ein chronifiziertes

Beschwerdebild ändere, ist durch die gutachterlichen Feststellungen klarerweise widerlegt. Der weitere Einwand beschränkt sich auf den nicht substantiierten Vorwurf mangelnder Objektivität und fehlender fachlicher Qualität der Y.____-Gutachter. Anhaltspunkte, dies treffen zu, bestehen nicht. Somit ist auf diese Rüge nicht weiter einzugehen. Die in BGE 137 V 210 formulierten Vorgaben im Zusammenhang mit der Anordnung einer Expertise im Abklärungsverfahren beziehen sich sodann auf einen Zeitraum nach Erstattung des Y.____-Gutachtens. Das Y.____-Gutachten wurde im Einklang mit der seinerzeit gültigen Praxis in Auftrag gegeben (vgl. Urk. 7/99). Aus der hernach ergangenen Rechtsprechung lässt sich somit entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 7) nichts ableiten. 6.

6.1

Im Laufe der Jahre übte der Beschwerdeführer verschiedenste berufliche Tätigkeiten aus. Unter anderem war er während Jahren als Schweisser (1970 bis 1985) und als Maschinenführer (1985 bis 1993) angestellt. 1993 machte er sich als Transportunternehmer mit einem Kleintransporter selbständig (Urk. 7/70/4, Urk. 7/93/3 Ziff. 2, Urk. 7/139/10 Ziff. 3.2.2, Urk. 7/139/17 Ziff. 4.2.7). Auch nach Eintritt des Gesundheitsschadens betätigte er sich weiterhin als Transporteur in verschiedenem Umfang (vgl. Urk. 7/87, Urk. 7/139/10 Ziff. 3.2.2). Die Transporttätigkeit gab der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge Ende 2004 auf. Dazu führte er aus, zuletzt habe er für ein Transportunternehmen im Unterakkord Fototaschen eingesammelt und entwickelte Fotos wieder an die Sammelstellen ausgetragen. Diesen Auftrag habe er verloren, nachdem der Kunde sich anderweitig organisiert habe. In der Folge sei er bis Ende 2007 zeitlich als Handlanger für einen Spengler (Heben und Tragen von Lasten zwischen 15 und 20 kg) sowie für ein Unternehmen im Kaminbau (Materialbestellung, leichte Arbeiten Aufräumen) tätig gewesen (Urk. 7/93/4 Ziff. 3.3). Zusätzlich übte der Beschwerdeführer bis 2004 und auch hernach eine Nebenerwerbstätigkeit (tägliches Austragen von Zeitungen) aus (vgl. Urk. 7/87, Urk. 7/139/10 f. Ziff. 3.2.2). 6.2

Bereits die Ärzte der Klinik B.____

erachteten eine Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit als Transporteur, beschränkt auf Leichtstückgut, als angepasst und hielten fest, der Beschwerdeführer betreibe einen Fotolieferdienst (Urk. 7/37/4). Dies deckt sich mit den eigenen Angaben des

Beschwerdeführers. Die Ärzte des A.____ erachteten die Tätigkeit als Transporteur nicht mehr als geeignet, jedoch

alle körperlich nicht belastende n Tätigkeiten (Urk. 7/70/11). Die Y.____ - Gutachter stuften diese Beurteilung aufgrund der erhobenen Befunde nachvollziehbar als nicht überzeugend ein (Urk. 7/139/20 Ziff. 4.2.7). Da der Beschwerdeführer sich aktenkundig auch nach Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin als Transporteur betätigte und eigenen Angaben zufolge auch andere körperlich mindestens mittelschwere Tätigkeiten ausübte, ist die Einschätzung der Y.____ -Gutachter, die sich auch mit derjenigen der Ärzte der Klinik B.____ deckt, überzeugend. 6.3

Zusammenfassend lässt sich das Folgende feststellen: Die vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübte Tätigkeit als Transporteur blieb hernach weiterhin zumutbar, nunmehr beschränkt auf leichteres Stückgut . Nach Eintritt des Gesundheitsschadens war dem Beschwerdeführer

zudem nur ein limitiertes Pensum möglich. Zwischenzeitlich ist dies nicht mehr der Fall. Der Beschwerdeführer könnte aus medizinischer Sicht seine Tätigkeit als Transporteur zeitlich wieder ausdehnen . Bereits 2004 hatte

er indessen diese

Tätigkeit , der er nach Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin nachgegangen war, aufgegeben . Zur Aufgabe zwangen ihn nach eigenen Angaben nicht gesundheitliche, sondern invaliditätsfremde Gründe . Die Invaliditätsbemessung hat sich somit sowohl bezüglich Validen- als auch bezüglich Invalideneinkommen an alternativen Erwerbsmöglichkeiten zu orientieren. Für den Beschwerdeführer in Frage kommen Tätigkeiten , die ungelerten Arbeitnehmern offen stehen, da er über keine Berufsausbildung verfügt (vgl. Urk. 7/139/10 Ziff. 3.2.2). Bereits in der Vergangenheit übte der Beschwerdeführer solche Tätigkeiten aus (Urk. 7/93/3 Ziff. 2) und solche stehen ihm auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. dazu BGE 134 V 64 E. 4.2.1 mit Hinweisen) auch weiterhin offen. 6.4

Gemäss den Tabellenlöhnen

der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE), die sich praxisgemäss zur hypothetischen Ermittlung der Vergleichseinkommen eignen (vgl. BGE 126 V 75 und BGE 129 V 472) , konnten Männer im privaten Sektor in einer ungelerten Vollzeit tätigkeit im Jahr 2010 ein Einkommen von Fr. 4'901.-- erzielen (LSE 2010, Tabelle A1, Kolonne 4, Total). Da dieser standardisierte Monatslohn vorliegend sowohl für das Validen- als auch für das Invalideneinkommen massgebend ist, mithin kein Vergleich mit einem anhand realer Parameter berechneten (Validen-)Einkommen vorzunehmen ist , ist die ansonsten erforderliche Anpassung an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit sowie an die Nominallohnentwicklung entbehrlich. Beim Invalideneinkommen zu berücksichtigen ist der von der Beschwerdegegnerin bereits berücksichtigte behinderungsbedingte Abzug (zum Begriff vgl. BGE 126 V 75) von 10 % , der sich als angemessen erweist (vgl. Urk. 7/141/7). Gesundheitsbedingt resultiert damit eine Einkommenseinbusse von noch 10 % . Ein Rentenanspruch besteht damit nicht mehr. 7.

7.1

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes können nach

langjährigem Rentenbezug ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der sofortigen Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigende Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahre bezogen haben, kann eine Selbsteingliederung grundsätzlich nicht verlangt werden, ohne dass zuvor befähigende Massnahmen durchgeführt wurden (Urteil des Bundesgerichts 9C_623/2014 vom 18. Februar 2015 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen zu dieser Praxis). Massgebend ist der Zeitpunkt des Erlasses der rentenaufhebenden Verfügung (BGE 141 V 5). 7.2

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Januar 2012 hatte der am 6. Juni 1957 geborene Beschwerdeführer das 55. Altersjahr noch nicht zurückgelegt, jedoch ist ein Rentenbezug von mehr als 15 Jahren gegeben. Massgebend ist der Beginn des Rentenanspruchs (BGE 139 V 442 E. 3-4). Dieser fällt vorliegend auf den 1. Juli 1995 (Urk. 7/45). Gleichwohl kann bei ihm nicht von mangelnder Selbsteingliederungsfähigkeit ausgegangen werden. Wie bereits mehrfach erwähnt wurde, war der Beschwerdeführer auch nach 1994 stets in wechselndem Umfang erwerbstätig. Das hinzugewonnene Leistungsvermögen kann er in einer Tätigkeit verwerten, die er während Jahren weiterhin ausgeübt hat respektive in einer vergleichbaren, die er unmittelbar ausüben könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10.

September 2010 E. 4.2.2 am Ende). Damit entfällt die Notwendigkeit von befähigenden Massnahmen im Sinne der Rechtsprechung. 8.

Nichts abzuleiten mit Bezug auf die Leistungsberechtigung gegenüber der Invalidenversicherung vermag der Beschwerdeführer aus der Regressvereinbarung zwischen der Invalidenversicherung und der Haftpflichtversicherung des Verursachers des Unfalles von 1994 (vgl. Urk. 3/11). Der ausschliesslich zivilrechtliche Forderungen beschlagende Regress vermag keine Anspruchsberechtigung gegenüber der Sozialversicherung auszulösen. Die Beschwerdegegnerin hat bereits auf die diesbezügliche Rechtsprechung hingewiesen (Urk. 6 S. 1 f.).

Aus den dargelegten Gründen erweist sich abschliessend die Aufhebung der Rente auf das Ende der Zustellung der angefochtenen Verfügung folgenden Monats als rechtens, weswegen die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 400.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 400.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Felix Rüegg -
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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15.
August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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 Grünig Klemmt

E. 9 ff.)

wiederholte der den Versicherten behandelnde Dr. Z.____ im Bericht vom 24. September
1999 (Urk. 7/60) die oben erwähnten Diagnosen (Urk. 7/60/2 Ziff. 3) und führte aus, seit
dem letzten Arztzeugnis vom 29. Dezember 1997 (Urk. 7/55) bestehe eine unveränderte
Situation (Urk. 7/60/2 Ziff. 4.3) . Der Versicherte leide unter Schmerzen und
Bewegungseinschränkungen in Nacken und Schultergürtel, erhöhter Müdigkeit und deu
tlichen Konzentrationsstörungen .

Der Versicherte sei weiterhin auf Schmerzmedikamente angewiesen, unterstützt durch
physiotherapeutische Massnahmen, stützende Gespräche und durch eine antidepressive
Therapie. (Urk. 7/60/2 Ziff. 4.1-2) . Betreffend Tätigkeiten mit Heben und Tragen von
Lasten, mit längerdauernden Arbeiten in gleicher Haltung ohne Möglichkeit der Verände
rung und mit längerdauernder Konzentration sei der Beschwerdeführer eingeschränkt. Die
Einschränkung betrage rund 25 % (Urk. 7/60/3 lit . a-b).

E. 11)

E. 14

Dezember 2010 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines chronischen
zervikozephalen

und panvertebralen Schmerzsyndroms

(ICD-10: M53.0 ; Urk. 7/139 S. 19) . Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit
nannten die Gutachter eine Dysthymie (ICD-10: F34.1), den Status nach Verkehrsunfall
mit milder traumatischer Hirnverletzung und Belastung der Halswirbelsäule am 20. Juli
1994 (ICD-10: S06.0) sowie eine Hepatopathie unklarer Ätiologie (Urk. 7/139/19). Sie
führten aus, beim 1994 erlittenen Unfall habe sich der Beschwerdeführer höchstens eine
leichte traumatische Hirnverletzung zugezogen. Bei den bisher durchgeführten

neuropsychologischen Tests seien maximal leichte und unspezifische Einschränkungen der kognitiven Funktionen festgestellt worden, die entweder auf das Schmerzerleben oder allenfalls auf medikamentöse Effekte zurückzuführen gewesen seien. In der körperlichen Untersuchung sei lediglich eine geringgradige Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule festgestellt worden. Ein höhergradiges

tendomyotisches Schmerzsyndrom habe palpatorisch nicht festgestellt werden können und die Beweglichkeit der übrigen Wirbelsäule sei nicht eingeschränkt gewesen. Eine strukturelle Veränderung im Achsenskelett habe radiologisch nie nachgewiesen werden können und klinisch fehle es an Hinweisen für das Vorliegen einer radikulären Reiz- respektive sensomotorischen Ausfallsymptomatik. Aus psychiatrischer Sicht könne nur die Diagnose einer Dysthymie gestellt werden und auch aus internistischer und somatischer Sicht bestünden keine Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Gesamt betrachtet bestehe für alle körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Die maximal leichten neuropsychologischen Defizite führten nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung gelte spätestens vom Zeitpunkt der Begutachtung an. Die Selbsteinschätzung des Versicherten, wonach seine Arbeitsfähigkeit 50 % betrage, könne weder durch die objektivierbaren somatischen Befunde noch durch die psychiatrischen Diagnosen bestätigt werden. Sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht sei ihm zuzumuten, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit die attestierte Arbeitsfähigkeit umzusetzen (Urk. 7/139/19 f. Ziff. 6.1 ff.).

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