

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00453 vom 30. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00453

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00453 du 30 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00453 del 30 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1961 geborene X.____ bezieht seit 1. August 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 7/36, Urk. 7/39). Am 23. Oktober 2007 wurde die Rente erstmals revisionsweise bestätigt (Urk. 7/57).

Im August 2010 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eine erneute Rentenrevision ein (Urk. 7/61). In der Folge führte die Verwaltung Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht durch. Ins besondere beauftragte sie die MEDAS Y.____ mit einer polydisziplinären Abklärung (MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012; Urk. 7/83). Gestützt darauf sowie auf die im Rahmen des Vorbescheid verfahrens eingeholte ergänzende Stellungnahme der Gutachter vom 22. November 2012 (Urk. 7/94) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. April 2013 die bisher ausgerichtete Rente auf (Urk. 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). 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

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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente,

bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.3

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 in 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 der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Bei der Rentenzusprechung war die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Bericht der Z.____ vom 28. April 2004 über das dort durchgeführte Ergonomie-Trainingsprogramm (Urk. 7/14 S. 28 ff.), den Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für Innere Medizin, vom 10. Juli 2004 (Urk. 7/12) so wie den Bericht von Dr. med. Dr. phil. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Oktober 2005 davon ausgegangen, dass dem zuletzt als Gebäudereiniger erwerbstätig gewesenen Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit nur noch zu einem Pensum von 30 % zumutbar war (Urk. 7/30 S. 4).

Den Berichten der beiden behandelnden Ärzte,

Drs. A.____ und B.____, liess sich folgende Diagnosen entnehmen: Somatisch: - Lumbospondylogenes Syndrom rechts mit Exacerbation nach Sturz vom Gerüst am 16. Dezember 2002 Differenzialdiagnose: radikuläres Reizsyndrom L5 kleine Diskushernie L4/5 mediolateral rechts rezessal, L5 tan gierend Osteochondrose, Skoliose - Status nach Sturz vom Gerüst mit Fusskontusion am 16. Dezember 2002 - Status nach Autounfall mit traumatischem Zervikalsyndrom am 28. August 2003 Psychiatrisch: - Mittelschwere bis schwere gemischte Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) mit chronifizierter somatoformer Schmerz(fehl) verarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4) - neurotiforme, asthenisch-hypochondrische Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.1)

E. 2.2

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bildet die im Rahmen der ersten Rentenrevision nach Durchführung erwerblicher und medizinischer Abklärungen erfolgte Mitteilung vom 23. Oktober 2007 (Urk. 7/57). Bei der Verneinung einer sich auf die Rente auswirkenden Veränderung stellte die Beschwerdegegnerin auf die Angaben der Drs. A.____ und B.____ in den Berichten vom 31. Juli 2007 beziehungsweise 5. August 2007 ab (Urk. 7/54-56).

E. 3

Die Beschwerdegegnerin begründet die nun strittige Renteneinstellung damit, dass der Beschwerdeführer laut MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012 seit Mai 2012 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 2, Urk. 6).

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass das MEDAS-Gutachten mangelhaft sei, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne (Urk. 1).

E. 4

Primäre Varikosis rechts (ICD-10 I87.2) - Cross-Insuffizienz Stadium I mit Insuffizienz und Varikosis der vena

saphena

accessoria

lateralis

- konsekutive Inkomplette Magna-Stamm- und Astinsuffizienz und Varikose

Weiter führten die Gutachter aus, aus klinisch-rheumatologischer Sicht bestünden zwar gewisse pathoanatomische Veränderungen am Bewegungsapparat, welche einen Teil der vom Exploranden beklagten Schmerzsymptomatik nachvollziehbar erscheinen liessen. Das

Ausmass der insgesamt beklagten Schmerzsymptomatik und insbesondere die konsekutive massive Leistungseinbusse auch für alltägliche Verrichtungen sei jedoch somatisch orientiert nicht adäquat zu erklären (S. 25 f.).

In der psychiatrischen Untersuchung habe der Explorand, der sich affektiv abge schirmt und den Blick meistens zu Boden gerichtet habe, mit einer Lustlosigkeit und Reizbarkeit imponiert. Es hätten keine Hinweise für eine depressive Störung bestanden. Der Explorand habe keine Suizidgedanken geäussert, keine vital gehemmte Traurigkeit und keinen zirkadianen Rhythmus vorgelegt. Aus psychiatrischer Sicht sei er nur geringgradig beeinträchtigt. Über die Jahre habe er insbesondere eine Krankheitsrolle eingenommen, die er nun mehr oder weni ger bewusstseinsnah mit einem ausgeprägten sekundären Krankheitsgewinn darbiete. Es sei ihm zuzumuten, seine Schmerzen mit Hilfe einer Willensan spannung zu überwinden. Die vom Exploranden dargelegten Beschwerden aus dem psychiatrischen Formenkreis seien auch kritisch zu hinterfragen, da zwei der insgesamt drei verordneten Antidepressiva im Rahmen der aktuellen Blut spiegel bestimmungen nicht nachweisbar gewesen seien. Dementsprechend be stehe eine erhebliche Inkonsistenz (S. 26).

Die allgemeininternistische Untersuchung habe verschiedene Diagnosen im Rah men des metabolischen Syndroms ergeben, welche jedoch die Arbeits- und Leistungsfähigkeit global nicht negativ beeinflussten (S. 26).

Zusammenfassend stellten die Gutachter aus interdisziplinärer Sicht fest, dass beim Beschwerdeführer spätestens ab dem Datum des Gutachtens für jegliche leichte bis selten mittelschwere wechselbelastende berufliche Tätigkeit, die ihm ermögliche, seine Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln, insbe sondere ohne stereotype Rotationsbewegungen von Hals- und Lendenwirbel säule , ohne Arbeiten in anhaltender Oberkörper-Vorneige position, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg bis zur Taille beziehungsweise von mehr als 10 kg über die Taille, eine 100 % ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Einzig regelmässig mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten seien nicht möglich. Die früher vom Psychiater Dr. B.____ postulierte mittel gradige bis schwere depressive Störung sei aktuell sicher nicht mehr nachweis bar, wodurch sich die deutlich verbesserte Arbeitsfähigkeit erkläre S. 26 f.)

E. 4.1

In einem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 14. Oktober 2010 eingegan genen Bericht (Urk. 7/63) wies Dr. A.____ auf zwei weitere Traumata der Halswirbelsäule hin, welche sich am 22. August 2004 und 8. Mai 2010 ereignet hätten. Der daneben bestehenden Hypertonie und depressiven Verstimm ung mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei. Infolge de s tra u matischen Lumbovertebral - und Zervikalsyndrom s attestierte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Eine Besserung sei nicht zu erwarten.

E. 4.2

Dr. B.____ diagnostizierte im Bericht vom 28. Januar 2012 (Urk. 7/76) statt der früher genannten gemischten Anpassungsstörung eine mittelschwere bis schwere depressive Episode mit somatisch-funktionellem Syndrom (ICD-10 F32.1). Weiter führte er aus, der Beschwerdeführer leide an einer chronifizierten Ganzkörper- und Dauerschmerzproblematik und an einer mittelschweren bis schweren vornehmlich anerg -depressiven Entwicklung. Weiter imponiere ein gemischtes, partiell gehemmtes und

agitiertes depressives Zustandsbild. Abschliessend schätzte der behandelnde Psychiater die Arbeitsfähigkeit auf 20 % bis 30 %.

E. 4.3

Im MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012 (Urk. 7/83) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 24): 1. Chronisches zervikospondylogenes / zervikozephal bis zervikobrachiales

rechts betontes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0, M53.1) - radiomorphologisch Streckhaltung bis leichte Kyphosierung zwischen C2 bis C5. Gut erhaltene Bandscheibenhöhen C2/3, C3/4. Angedeutete dorsale Spondylose der Boden- und Deckplatten zwischen C4/5. Verstärkte Spondylose mit Erniedrigung der dorsalen Bandscheibenhöhe zwischen C5/6 und C6/7 bei ventral gut erhaltenen Bandscheibenhöhen im ap-Bild. Beginnende Multitagen- Unkarthrosen zwischen C4 bis C7 beidseits - Status nach 3 traumatischen Zervikalsyndromen 8/03, 8/04, 5/10, jeweils im Rahmen von Autoauffahrunfällen - klinisch keine eindeutigen Hinweise für aktuelle oder residuelle sensible oder motorische zervikoradikuläre Ausfälle - Wirbelsäulenfehlhaltung mit betonter Kyphosierung im zervikothorakalen Übergang mit HWS- sowie Schulterprotraktion und Fehlstellung - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der Nacken-Schultergürtel-Muskelgruppen und leichter reaktiver

Myogelose 2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - intermittierende pseudoradikuläre Ausstrahlung in den rechten proximalen Oberschenkel - radiomorphologisch normales Alignment der dargestellten Wirbelkörper. Lumbal leicht links-, thorakal leicht rechtskonvexe Skoliose ohne relevante Torsionskomponente. Insgesamt allseits gut erhaltene Bandscheibenhöhen. Diskrete spondylarthrotische Veränderungen L4/5, L5/S1. SIG unauffällig dargestellt; MRT LWS 10/03 ohne Hinweise für Kompression von neuralen Strukturen - leichte Wirbelsäulenfehlform tieflumbal links, thorakolumbal grob bogig rechts konvexe Skoliose - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen - klinisch keine Hinweise für aktuelle oder residuelle sensible motorische lumbo radikuläre Ausfälle

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter dagegen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 24 f.): 1. Schmerzverarbeitungsstörung mit algogener Verstimmung (ICD-10 F54) 2. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9) - medikamentös behandelte arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - pathologischer Glukosestoffwechsel (ICD-10 R73.9) - HbA1c aktuell auf 6,5 % erhöht (Norm < 6.3) - Adipositas (BMI 35 kg/m²; ICD-10 E66.0) - Dyslipidämie (ICD-10 D78.2) 3. Verdacht auf Status nach Helicobacter pylori -Infektion (ICD-10 K29.7) - anamnestisch Status nach antibiotischer Behandlung - aktuell keine abdominellen Beschwerden

E. 4.4

Am 11. September 2012 nahm Dr. B. zum MEDAS-Gutachten Stellung (Urk. 7/92). Er bezeichnete das Gutachten als Moment- und Querschnittaufnahme mit unzureichender Berücksichtigung von sozialrechtlich relevanten psychosozialen Funktionsdefiziten und Funktionsbeeinträchtigungen sowie ohne psychodiagnostische Methode. Im Übrigen wiederholte Dr. B. seine früheren Angaben und bestätigte die von ihm gestellte Diagnose und empfahl ein Arbeits- und Belastungstraining zur Klärung der effektiv zumutbaren Leistungsfähigkeit.

E. 4.5

Am 22. November 2012 äusserten sich die Gutachter der MEDAS zu Dr. B.____ Ausführungen und hielten an den gutachterlichen Schlussfolgerungen fest (Urk. 7/94 S. 2 f.).

E. 4.6

Der von Dr. B.____ zwecks konsiliarpsychiatrischer Untersuchung herangezogene Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie stellte im E-Mail vom 6. März 2013 (Urk. 7/100) die Diagnose einer mittelschweren Depression mit starker somatischer Akzentuierung, allgemeiner Kraftlosigkeit, chronischen Schlafstörungen und Alpträumen. Der immer sehr leistungsbereite und leistungsfähige Beschwerdeführer sei völlig zusammengebrochen, als er habe erfahren müssen, selbst die bescheidenen Ansprüche in einer Wäscherei nicht erfüllen zu können. Dass er seine angestammte Rolle als Ernährer der Familie nicht mehr wahrnehmen könne, habe ihn in eine schwere Selbstwertkrise geführt, aus der er kaum mehr herausfinde. Beim Beschwerdeführer seien die Wiedereingliederungsversuche ausgereizt und es sei mit einer Persistenz der Arbeitsunfähigkeit zu rechnen.

E. 5.1

Gegen das MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012 wendet der Beschwerdeführer zunächst ein, der Name des den Untersuchungen beiwohnenden Dolmetschers sei ihm nicht vorgängig bekannt gegeben worden. Weiter habe dieser Mühe gehabt, seine Äusserungen zu verstehen und zu übersetzen. Im Gutachten fehlten auch Angaben über die Sprache, in welcher die Befragung stattgefunden habe, sowie über die Dauer der Untersuchungen (Urk. 1 S. 4 ff.).

Im Rahmen psychiatrischer Abklärungen kommt der bestmöglichen Verständigung zwischen Gutachter und versicherter Person besonderes Gewicht zu, wes halb auf beiden Seiten vertiefte Sprachkenntnisse unabdingbar sind. Wird eine Übersetzungshilfe beigezogen, gilt das Erfordernis der vertieften Sprachkennt nisse selbstredend auch für diese. Dabei stellen die Sprachkenntnisse der dol metschenden Person nur eine r von verschiedenen, erheblich ins Gewicht fallen den Faktoren dar (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil I 77/07 vom 4. Januar 2008 E. 5.1.1). Im MEDAS- Gutachten insbesondere im Rahmen der ausführlichen und schlüssigen Anamnese finden sich keine Anhaltspunkte für Verständigungsschwierigkeiten während den einzelnen Untersuchungen. Der Beschwer deführer selbst gibt keine Passagen des Gutachtens an, welche auf eine r fal sche n Übersetzung beruhen sollten. Auch erhebt er keine konkrete Rüge bezüg lich einer allfälligen Befangenheit des beigezogenen Dolmetschers, weshalb seine Einwendungen gegen die Qualität der Übersetzung und die verspätete An gabe des Namens des Dolmetschers nicht durchzudringen vermögen.

Sodann kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nach der Rechtsprechung grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_330/2011 vom 8. Juni 2011 E. 5 mit Hinweisen). Dies ist hier eindeutig der Fall.

E. 5.2

Weiter wendet der Beschwerdeführer ein, die MEDAS-Gutachter hätten ihre Ergebnisse entgegen der Rechtsprechung nicht mit Dr. B.____ diskutiert (Urk. 1 S. 6 ff.). Dem ist zu entgegen, dass BGE 137 V 210 in E. 3.1.3.3 keine Pflicht der Gutachter zu einer Diskussion der Ergebnisse mit einem Vertrauensarzt des Versicherten statuiert ,

wenngleich ein solches Vorgehen unter Umständen zur Verbesserung der Gutachtensakzeptanz durch die Betroffenen führen könnte .

E. 5.3

Dr. B.____ (Urk. 7/92) ist insoweit zuzustimmen, als das MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012 wie jedes Administrativgutachten im Sozialversicherungsverfahren

auf einer Momentaufnahme beruht. Es ist jedoch Wesensmerkmal einer jeden Begutachtung, dass sie nicht auf einem derart langen Beobachtungszeitraum beruhen kann wie die Berichte behandelnder Ärzte, ohne dass dies allein ihrem Beweiswert abträglich wäre (Bundesgerichtsurteil 9C_866/2012 vom 21. November 2012 E. 3.2.1). Vielmehr verschaffen die interdisziplinäre Ausrichtung einer MEDAS, die auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage beruhende Einschätzung der Leistungsfähigkeit, die mitunter schwierige Abgrenzung von Invaliditätsfremden Faktoren sowie die auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnittenen Schlussfolgerungen dem Gutachten vom 4. Juni 2012 einen entscheidenden Vorteil gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden (vgl. dazu BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen).

E. 5.4

Der Schmerzverarbeitungsstörung mit algogener Verstimmung erkannten die MEDAS-Gutachter keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Wirkung zu. Rechtsprechungsgemäss ist dabei entscheidend, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv an sich die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4 mit Hinweisen). Hinsichtlich der Umstände, welche die Schmerzbelastung intensiv und konstant behindern könnten, würde es selbst einer leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Episode an der erforderlichen (erheblichen) Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer fehlen, damit angenommen werden könnte, dass es sich dabei um ein selbständiges Leiden und nicht lediglich um eine reaktive Begleiterscheinung der Schmerzverarbeitungsstörung handle (Bundesgerichtsurteil 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1).

Zwar ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach Eintritt seiner Erwerbslosigkeit wichtige soziale Kontakte verloren hat. Doch kann angesichts des als normal angegebenen Eheverhältnisses, seines guten Einvernehmens mit allen fünf Kindern und der verbliebenen Kontakte mit Verwandten und einigen Kollegen (Urk. 7/83 S. 15) nicht von einem schwerwiegenden, nahezu umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolierung gesprochen werden. Ferner besteht im Lichte der Aktenlage kein Grund zur Annahme eines ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinns; der von den MEDAS-Gutachtern festgestellte sekundäre Krankheitsgewinn (Urk. 7/83 S. 27) ist hingegen rechtlich unbeachtlich. Schliesslich wiegt der Umstand, dass die Behandlungsergebnisse trotz wiederholter Physiotherapie und langjähriger Schmerzmedikation (Urk. 7/63 S. 3, Urk. 7/83 S. 13) insgesamt nicht wie erhofft ausfielen, in Würdigung der Gesamtsituation nicht derart

schwer, dass dies zusammen mit dem inzwischen wohl chronifizierten Krankheitsverlauf die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung rechtfertigen lässt. Aus rechtlicher Sicht sprechen somit keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen es dem Beschwerdeführer nicht erlaubten, trotz seiner Schmerzen eine ganztägige Erwerbstätigkeit in einer dem Rückenleiden angepassten Tätigkeit auszuüben.

E. 5.5

Sodann erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012 die weiteren Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage: Es beruht auf einer eingehenden internistischen, psychiatrischen und rheumatologischen Untersuchung, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander was insbesondere mit Blick auf die festgestellten Inkonsistenzen von Bedeutung ist und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein.

Demgegenüber scheinen die behandelnden Ärzte in ihren Stellungnahmen den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wohl auch im Hinblick auf die Behandlungsziele einen höheren Stellenwert beigemessen zu haben. Dadurch lässt sich die Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der MEDAS-Gutachter einerseits und derjenigen des Psychiaters Dr. B.____ und des Hausarztes Dr. A.____ andererseits erklären. Selbst Dr. C.____ scheint in seinem Konsilium vom 6. März 2013 (Urk. 7/100 S. 3) starkes Gewicht auf die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich der früher erbrachten Leistungen sowie auf invaliditätsfremde soziokulturelle Belastungsfaktoren gelegt zu haben, wes halb auch seine Schlussfolgerungen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 4. Juni 2012 nicht in Frage zu stellen vermögen.

E. 5.6

Soweit der Beschwerdeführer in Anlehnung an Dr. B.____ Stellungnahme vom 11. September 2012 (Urk. 7/92 S. 3) die Durchführung weiterer Abklärungen, insbesondere eines Arbeits- und Belastungstrainings, verlangt (Urk. 1 S. 9), ist ihm zu entgegen, dass sowohl sein psychischer als auch sein physischer Gesundheitszustand in den Beurteilungen der MEDAS-Gutachter gebührend berücksichtigt wurden. Davon abgesehen erscheint es angesichts der vom Beschwerdeführer gezeigten Gewöhnung an seine Krankheitsrolle und der diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung fraglich, ob ein solches Training beziehungsweise eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit überhaupt (EFL) zu zuverlässigen Ergebnissen führen könnten .

E. 5.7

Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Juni 2012 abgestellt und ist davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeit mit der Regression der depressiven Störung, spätestens jedoch ab dem Zeitpunkt der Begutachtung , wieder voll zumutbar ist.

E. 6

Was die erwerbliche Seite angeht, ging die Beschwerdegegnerin von dem gemäss Angaben des letzten Arbeitgebers 2003 erzielten Einkommen aus , passte dieses der bis ins Jahr 2012 eingetretenen Nominallohnentwicklung an und ermittelte damit ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 64'845. (Urk. 2 S. 2, Urk. 7/8, Urk. 7/85 S. 1). Das

entsprechende Invalideneinkommen von Fr. 62'393. errechnete sie anhand der statistischen Löhne für Hilfsarbeiten (Urk. 2 S. 2, Urk. 7/85 S. 2) und gelangte zu einem Invaliditätsgrad von 4 % . Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer denn auch nicht gerügt. Damit sind die Voraussetzungen für die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente erfüllt. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 7

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800. festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Müller- Ranacher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Swiss Life sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubMeier-Wiesner

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