

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00482 vom 9. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00482

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00482 du 9 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00482 del 9 settembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teils 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. 2 ATSG).

E. 1.2

mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht all gemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, vollzeitlich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. 5. 5

Hinsichtlich des Ausmasses der zumutbaren Erwerbstätigkeit konnten die B. ___ - Gutachter nicht abschliessend dazu Stellung nehmen, inwieweit die angestammte Tätigkeit als Sozialpädagoge dem körperlichen Anforderungsprofil entspricht (E. 4 in fine). Es ist nicht einsichtig, weshalb es im zuletzt ausgeübten Beruf des Beschwerdeführers (Sozialpädagoge) nicht auch Stellen gibt, die diesem körperlichen Anforderungsprofil entsprechen. Insofern würde sich ein Erwerbsvergleich erübrigen, weil eine mindestens 40%ige Invalidität mittels Prozentvergleich zum vornherein auszuschliessen wäre. Dies selbst unter Berücksichtigung der gutachterlich mit 30 % bezifferten Einschränkung aufgrund des cervicogenen Schmerzsyndroms, welches wie ausgeführt (E. 5.5) invalidenversicherungsrechtlich nicht als einschränkend zu beachten ist. Jeden falls ist der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis sporadisch mittel schweren sowie wechselbelastenden Tätigkeit als vollschichtig arbeitsfähig zu betrachten.

Das Valideneinkommen wurde im Jahre 2002, gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin, mit Fr. 78'858. -- beziffert (Urk. 8/195/4). Angepasst an die Nominallohnerhöhung bis ins Jahr 2014 (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Tabelle T 39: Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2014, Index [Basis 1939 = 100] Männer; 2002: 1933; 2014: 2220) ergibt sich ein Jahreseinkommen 2014 von Fr. 90'566.35 (Fr. 78'858. -- x 2220/1933). Gemäss der vom Bundesamt für Statistik erhobenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010

(LSE 2010) Tabelle TA 1, betrug der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer im Anforderungsniveau 4 (Einfache und repetitive Tätigkeiten) Fr. 4'901. Umge rechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7

Wochenstunden im Jahre 2010 und angepasst an die Nominallohnentwicklung (2010: 2151; 2014 : 2220) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr.

63'278.25.

Aus der Gegenüberstellung zum Valideneinkommen (Fr. 90 ' 566.35) errechnet sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'288.10 oder ein Invaliditätsgrad von 30 % . Selbst unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % (vgl. auch Urk. 8/195/5), weil der Beschwerdeführer wegen allfälliger vom Arbeitgeber zu erwartenden Ausfälle mit einem entsprechend geringeren Lohn zu rechnen hätte (vgl. jedoch Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 in fine , wonach das angeblich höhere Risiko, aus krankheitsbedingten Gründen der Arbeit fernbleiben zu müssen, keinen [zusätzlichen] Tabellenlohnabzug zu begründen vermag), ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 % . 5. 6

Der angefochtene Entscheid erweist sich auch hinsichtlich des Zeitpunkts der Rentenaufhebung (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) als richtig, womit die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

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.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr.

E. 1.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente , wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente , wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.4

Eine laufende Rente wird von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben , wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert (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. 1. 5

Nach lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket ; kurz: lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision) werden Renten, die bei pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sog. „Pausbonog“) gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Die in lit . a Abs. 1 SchlB

6. IV-Revision vorgesehene Rentenherabsetzung beziehungsweise -aufhebung ist nicht auf vor dem 1. Januar 2008 zugesprochene Renten beschränkt. Erging die fragliche Rentenzusprache aber bereits in Beachtung der jeweils relevanten Rechtsprechung zu pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, bleibt kein Raum für ein Rückkommen unter dem Titel der Schlussbestimmung (BGE 140 V 8 E. 2).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit . a Abs. 1 SchlB zur 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergehalten werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsunfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist. Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprache war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachterliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprache und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die

Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen).

Da der Bestand laufender Renten wesentlich von medizinischen Aspekten abhängt, sind an die entsprechenden Abklärungen besonders hohe Anforderungen zu stellen. Namentlich muss verlangt werden, dass die Untersuchungen im Zeitpunkt der Revision aktuell sind und sich mit der massgeblichen Fragestellung auseinandersetzen. Soweit die versicherte Person sich – auch mit Bezug auf die Chancen, welche die Wiedereingliederungsmassnahmen bieten – der Beurteilung durch die Verwaltung und deren regionalen ärztlichen Dienst nicht anschliessen kann, dürfte sich in der Regel eine neue, polydisziplinäre Begutachtung als unumgänglich erweisen (vgl. BGE 139 V 547 E. 10.2).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die Überprüfung der Invalidenrente gemäss lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision habe ergeben, dass die Diagnosen, welche zur Rentenzusprache geführt haben, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehörten. Die zu prüfenden Faktoren, welche zu einer ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der ärztlich attestierten Diagnose (Status nach HSW-Distorsionstrauma) führen könnten, würden ganz klar nicht in gehäuft und erheblicher Form vorliegen. Demnach sei rechtsprechungsge mäss davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden beziehungsweise die diesbezüglichen Folgen überwinden könne, womit keine versicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 2 S. 1 f.). 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, das Bundesgericht setze für die Zulässigkeit von Rentenrevisionen gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision voraus, dass die ursprüngliche Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund eines „Pausbonog“ erfolgt sei (Urk. 1 S. 5). Er (der Beschwerdeführer) leide jedoch - nebst der durch die beiden Unfälle erlittenen HWS-Distorsion mit Inklinationsblockierung - nachweislich an einem durch den Unfall ausgelösten Strabismus, der bei ihm die Migräne verursacht habe. Hinzu komme der posttraumatische Spannungskopfschmerz (Urk. 1 S. 6 f.). Damit würden die gutachterlichen Befunde eindeutig dafür sprechen, dass im Zeitpunkt der

Rentenzusprache kein ausschliessliches Pausbonog vorgelegen habe. Eine Revision gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision sei demnach von Anfang an nicht zulässig (Urk. 1 S. 7). Darüber hinaus ergebe sich aus dem polydisziplinären Gutachten vom Oktober 2013, dass weiterhin eine bis zu 30%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Sein

Gesundheitszustand habe sich mithin nicht verbessert. Die angefochtene Verfügung setze sich ausschliesslich mit der Migräne ohne Aura auseinander, und es werde übersehen, dass dies nur ein Teil des Beschwerdebildes ausmache. Klarerweise liege auch eine ophthalmische Migräne vor, welche durch das Schädelhirntrauma ausgelöst worden sei und nicht den Beschwerdebildern ohne nachweisbare Grundlage zu unterwerfen sei (Urk. 1 S.

9). Ausserdem seien die Försterkriterien im erheblichen Masse erfüllt, womit von einer Unüberwindbarkeit ausgegangen werden müsse (Urk. 1 S. 10 f.). Indem sich die Beschwerdegegnerin mit der bundesgerichtlichen Praxis zur Zulässigkeit einer Rentenrevision nach Massgabe der Schlussbestimmungen nicht beschäftigt, sondern sich vielmehr ausschliesslich mit den Försterkriterien auseinandergesetzt habe, habe sie das rechtliche Gehör verletzt. Hätte sich die Beschwerdegegnerin mit seinen Einwendungen befasst, hätte sie zum Schluss kommen müssen, dass die Revision im Lichte der bundesgerichtlichen Praxis nicht zulässig gewesen wäre (Urk. 1 S. 11 f.). Unter Hinweis auf das kürzlich publizierte Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (9C_492/2014) stellte sich der Beschwerdeführer mit Nachtrag vom 17. Juni 2015 schliesslich auf den Standpunkt, ein Abstellen auf die Försterkriterien sei im Lichte der neuen Schmerzpraxis von vornherein nicht rechtskonform. Der angefochtene Entscheid sei ohne weiteres aufzuheben und – soweit das Gericht zur Ansicht gelange, die vorhandenen medizinischen Erhebungen seien unvollständig – ein gerichtliches Gutachten mit den nach aktuellster Bundesgerichtsrechtsprechung relevanten Fragestellungen in Auftrag zu geben (Urk. 10, Urk. 11). 2.3

Strittig und zu prüfen ist einerseits, ob die Voraussetzungen einer Renten Anpassung nach Massgabe von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision erfüllt sind, und andererseits, ob die Rentenaufhebung unter diesem Rechtstitel zulässig ist. 3.

E. 3

1. Juli 1999

E. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache stützte sich im Wesentlichen auf die nachfolgend zitierte medizinische Aktenlage:

E. 3.2

Die Unfallversicherung liess den Beschwerdeführer im Jahre 2000 polydisziplinär (Neurologie/Psychiatrie/Neuropsychologie; Polydisziplinäres Gutachten vom 14. Februar 2002) und im Jahre 2002 erneut neurologisch begutachten (Neurologisches Gutachten vom 21. April 2003). 3. 2.1

Im Polydisziplinären Gutachten vom 14. Februar 2002 stellten die beurteilenden Fachärzte folgende Diagnosen (Urk. 8/55/24): - Status nach Distorsionstrauma der HWS und Comotio cerebri am 2. September 1997 (nach seitlicher Kollision mit einem Fahrzeug und Sturz vom Motorrad) sowie Status nach erneutem Distorsionstrauma der HWS (nach Frontalkollision) am 14. Januar 1999 mit: - chronischem Zervikalsyndrom - Spannungskopfschmerzen - posttraumatischer Migräne - Defizite der kognitiven Funktionen - chronifizierter depressiver Verstimmung im Sinne einer leicht bis mittelgradig depressiven Episode - Verdacht auf Erschöpfungssyndrom

Die neurologische Beurteilung ergab überwiegend Normalbefunde. Passive Bewegungsausschläge der HWS würden indes starke Gegenwehr auslösen und seien kaum

durchführbar. Die aktive HWS-Beweglichkeit betrage in der Neutralstellung beidseits circa 40 Grad. Die Schultergürtel- und Nackenmuskulatur sei beidseits druckdolent mit mittelgradigem Hartspann (Urk. 8/55/11 f.).

Neuropsychologisch stünden vor allem Kopfschmerzen im Vordergrund, die bei Auftreten dann auch visuelle Abläufe beeinträchtigten. Darüber hinaus würden aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers und der neuroophthalmologischen Befunde keine schwerwiegenden Störungen des visuellen Systems vorliegen. Die in der neuropsychologischen Exploration festgestellte Störung der visuellen Belastbarkeit mit Übersehen von visuellen Darbietungen sei im Rahmen der neuroophthalmologischen Untersuchung nicht aufgetreten (Urk. 8/55/16). Zusammengefasst liege eine leichte Störung mit Beeinträchtigungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit, der kognitiven Dauerbelastbarkeit, in der verbalen Merkspanne sowie der visuellen Exploration mit einer ausgeprägten Störbarkeit durch Interferenzen vor (Urk. 8/55/61).

Der psychiatrische Gutachter hielt weiter fest, aufgrund der Schmerzen und der kognitiven Beschwerden habe sich beim Beschwerdeführer eine depressiv gefärbte Anpassungsstörung entwickelt, welche in der Folge zu einer chronifizierten depressiven Verstimmung im Sinne einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode geführt habe (Urk. 8/55/16 f.). Zwischen der depressiven Symptomatik, der Schmerzsymptomatik und den kognitiven Funktionsstörungen bestehe ein Circulus vitiosus. So könnten Schmerzen Depressionen auslösen, diese wiederum die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen, was wiederum einen negativen Einfluss auf die Schmerzbewältigung habe (Urk. 8/55/17, vgl. auch Psychiatrisches Teilgutachten vom 7. Februar 2001, Urk. 8/55/53).

Beim Beschwerdeführer liege zusammenfassend ein mässiggradiges

Zervikalsyndrom vor. Die bildgebende Funktionsdiagnostik habe eine Blockierung des Segments C5 und C6 in Inklinationsstellung gezeigt. Ferner zeige sich eine Schiefhaltung der HWS nach rechts mit kompensatorischer Kopfhaltung nach links. Diese Befunde würden für eine Dysfunktion der HWS sprechen. Die radiologische Untersuchung (vgl. Bericht betreffend die Medizinische Bildgebung vom 14. Juni 2000 durch Dr. med. F.____, Facharzt FMH für medizinische Radiologie, Urk. 8/55/63) habe indes keine degenerativen Veränderungen gezeigt. Ebenso wenig habe eine Beeinträchtigung der neuralen Strukturen nachgewiesen werden können. Auch klinisch hätten sich keine Befunde erheben lassen, welche auf eine radikuläre oder medulläre Affektion hinweisen liessen. Die Sensibilitätsstörung in den ulnaren

Fingern bleibe nach wie vor unklar (Urk. 8/55/21). Im angestammten Bereich sei der Beschwerdeführer höchstens zu 40 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 8/55/29). 3. 2.2

Im neurologischen Gutachten vom 21. April 2003 (Urk. 8/83) stellte Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, keine neuen Diagnosen. Nebst den bekannten Schmerzen und der eingeschränkten Beweglichkeit im Bereich der HWS dokumentierte er einen unauffälligen Neurostatus (Urk. 8/83/3). Die Nackenschmerzen hätten sich seit der Begutachtung im Mai/Juni 2000 nicht gebessert. Da die passiven Kopfbewegungen eine starke Gegenwehr provoziert hätten, sei eine konklusive Beurteilung der HWS-Beweglichkeit kaum möglich. Konzentrationsvermögen und Gedächtnisfunktion hätten sich nach Angaben des Beschwerdeführers seit den Begutachtungen im Jahre 2000 gebessert. Auch die Stimmungslage habe sich aufgehellt. Die antidepressive Medikation

habe abgesetzt werden können (Urk. 8/83/4). 3. 3

Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten (Rheumatologie/Neurologie/Neuropsychologie/Psychiatrie) vom 5. April 2007 (Urk. 8/186) hielten die beurteilenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/186/25): - Chronifiziertes

zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom - Status nach Motorradunfall am 2. September 1997 gegen ein Auto mit wahrscheinlichem zweimaligem Aufschlagen des Kopfes (Comotio cerebri) - Status nach Distorsion der HWS als Autofahrer (Frontalkollision) am 14. Januar 1999 - Fehlhaltung der HWS mit diskreter Kyphose C3-C5 und mit lordotischer Knickbildung C6/7 - diffuser myofaszialer Reizzustand der gesamten Nacken-Schulterpartie - Migräne ohne Aura, posttraumatisch aufgetreten - Sulcus

ulnaris -Syndrom links, posttraumatisch induziert, bei wahrscheinlich vorbestehender habitueller Luxation der Nerven - neuropsychologische Defizite mit im Vordergrund stehender deutlicher Störung der Aufmerksamkeit, wahrscheinlich multifaktoriell bedingt - Dysthymia (F 34.1) und psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (F 54)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter (1) einen Nikotinabusus und (2) eine Myopie, Status nach Lasertherapie beidseits 2001 (Urk. 8/186/25).

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hielt der beurteilende Facharzt fest, die HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen massiv eingeschränkt, wobei er die Frage in den Raum stellte, ob seitens des Beschwerdeführers ein aktives Gegenhalten vorgelegen habe. Ebenso taxierte er das schmerzverzogene Gesicht und die massive Druckdolenz bereits bei der geringsten Berührung der Nackenregion als funktionell überzeichnet (Urk. 8/186/53). Die gemäss Angaben des Beschwerdeführers erstmals etwa eine Woche nach dem ersten Unfall vom 2. September 1997 aufgetretene Migräne erfülle alle Kriterien der International Headache Society (IHS) und könne jeweils mit Triptanen peroral erfolgreich behandelt werden. Nach Angaben des Beschwerdeführers bestehe eine Anfallsfrequenz von bis zu 8 Attacken pro Monat. Aus finanziellen Gründen habe der Beschwerdeführer keine Basistherapie in Anspruch genommen (Urk. 8/186/45). Der Sulcus

ulnaris liege links oberflächlicher, sei leicht verquollen im Seitenvergleich, zeige einen positiven Tinel und luxiere auch über den Epicondylus

medialis hinaus bei der maximalen Ellbogenflexion. Neurographisch finde sich diesbezüglich eine deutliche Reduktion der motorischen Ulnaris NLG im Sulcusabschnitt. Das sensible orthodrome Ulnaris-Summenpotential sei aber in der Norm und etwa seitengleich, so dass die sensorischen Fasern durch diese besondere Situation im Sulcus immer wieder gereizt würden und nur eine Neuapraxie

zeigten. Er (der Gutachter) habe dem Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang empfohlen, sich nicht mit den Ellbogen abzustützen, sondern nur mit den Vorderarmen und auch nächtliche Hyperflexionen mit den Ellbogen zu vermeiden. Abschliessend hielt der neurologische Gutachter fest, es bestehe der Eindruck einer funktionellen Überlagerung des ganzen Beschwerdebildes. Insbesondere sei unklar, ob die HWS tatsächlich so stark in der Beweglichkeit eingeschränkt sei. Man könne einen solchen Befund natürlich auch aktiv induzieren. Ungeachtet dessen sei das Vorliegen eines deutlichen Zervikoze

phal-Syndroms nicht in Zweifel zu ziehen (Urk. 8/186/46).

Aus neuropsychologischer Sicht hätten sich seit der Beurteilung im Jahre 2000 deutliche Verbesserungen gezeigt. Es seien namentlich keine Einschränkungen im visuell-räumlichen Bereich mehr aufgefallen. Auch die Lernfähigkeit und die Bearbeitung von komplexeren Anforderungen hätten sich verbessert. Demge genüber bestehe nach wie vor eine deutliche Störung der Aufmerksamkeit, die sich insbesondere in Form von verlangsamten Reaktionszeiten und verminder tem Arbeitstempo manifestiere (Urk. 8/186/51).

In rheumatologischer Hinsicht hätten sich im Rahmen der klinischen Untersuchung weder für eine zervikoradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik noch für eine Segmentinstabilität Anhaltspunkte ergeben. Sodann habe die Durchsicht der umfangreichen bildgebenden Abklärungen keinen einzigen Hinweis für eine osteo -disko- ligamentäre Läsion ergeben. Das Ausmass der geschilderten, als invalidisierend empfundenen Beschwerden würde diskrepant zu den objektivierbaren Befunden in der Bildgebung stehen. Der klinische Befund werde wesentlich durch die massive Verspannung der Nacken-/Schultermuskulatur und durch das entsprechende Schmerzverhalten beeinflusst. Aus rheumatologi scher Sicht sei das Beschwerdebild aufgrund der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat nicht hinreichend erklärbar. Vor diesem Hintergrund sowie gestützt auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer noch immer Auto fahren könne (selbst für Besuche seiner Schwester im Tessin) und als Hobby das Tauchen erwähne (Urk. 8/186/17, vgl. auch Abklärungsbericht vom 19. August 2004, Urk. 8/169/21), bestehe der Eindruck, dass das Hauptproblem fraglich im Bereich des Bewegungsapparates liege und den somatischen Befunden nur eine beschränkte Rolle zukomme (Urk. 8/186/35 f.).

Damit im Einklang dokumentierte auch der neurologische Gutachter den Ein druck einer funktionellen Überlagerung des ganzen Beschwerdebildes sowie seine Zweifel am geschilderten Ausmass der Einschränkung der Beweglichkeit der HWS (Urk. 8/186/46). Sodann lagen die meisten Leistungen des Beschwer deführers alters- und ausbildungsverglichen nach Einschätzung der beurteilen den Neuropsychologin weitgehend im durchschnittlichen Bereich (Urk. 8/186/23). Weiter stehe die festgestellte Störung der Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit der chronifizierten Schmerzproblematik und der vermin derten mentalen Belast barkeit. Eine hirnorganische Läsion wurde explizit aus geschlossen (Urk. 8/186/53).

Abschliessend kamen die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Sozialpädagoge in einem Behindertenheim nur noch zu 40 % arbeitsfähig, da diesem pflegerische Schwerarbeit nicht mehr möglich sei. In einer körperlich leichten, idealerweise wechselbelastenden, gele gentlich mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 8/186/25). Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin ab 1. Februar 2002 eine Viertels- und ab 1. Januar 2003 eine halbe Rente zu (Urk. 8/195, Urk. 8/205). 3. 4

In der Folge wurde der Anspruch des Versicherten auf eine halbe Invalidenrente im Jahre 2010 bestätigt (Urk. 8/222 Sachverhalt Ziff.

E. 3.3

). Auch in Bezug auf die diagnostizierte posttraumatische Migräne, hinsichtlich derer das Bundesgericht in BGE 140 V 290 offenliess, ob sie zu den objektivier baren Krankheitsbildern zu zählen ist, konnte der neurologische Gutachter sich nur auf die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich Qualität, Ausmass und Häufigkeit stützen

(vgl. Urk. 8/255/41). Unabhängig davon, dass der Gutachter diese Angaben für glaubwürdig erachtete, sind bei der Beurteilung der Auswirkungen dieses Leidens – wie bei allen nicht objektivierbaren Krankheitsbildern – aus juristischer Sicht weitere Kriterien (nach bisheriger Rechtsprechung die sogenannten Foerster-Kriterien) bzw. Indikatoren (vgl. E. 5.2) beizuziehen bzw. zu berücksichtigen, um zu prüfen, ob das Leiden invalidisierend ist.

Bei dieser Sachlage bleibt eine Rentenrevision in Anwendung von lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision

auch bei Vorliegen eines sogenannten „Mischsachverhalts“ möglich und zulässig (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen , E. 1.4).

Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach der Rentenzuspruch

nicht ausschliesslich ein pathogenetisch -ätiologisch unklares Beschwerdebild zugrunde gelegt habe und eine Revision unter diesem Rechtstitel daher ausgeschlossen sei, geht damit ins Leere.

Im Übrigen hat der Beschwerdeführer weder das 55. Altersjahr zurückgelegt noch die Rente im Zeitpunkt der Rentenprüfung seit mehr als 15 Jahren bezogen (vgl. lit . a Abs. 4 SchlB der 6. IV-Revision; Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2013 vom 12. Februar 2014). Zusammenfassend sind die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit von lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV Revision erfüllt. Auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes kommt es dabei nicht an (vgl. E. 1.4). 4.

Dem polydisziplinären B.____- Gutachten vom 28. November 2013 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 8/255 /45) : - Status nach Motorrad- Unfall vom 2. September 1997 - Commotio cerebri und Verdacht auf HWS-Distorsion

- Status nach Personenkraftwagen (PKW)-Unfall (Frontalkollision)

mit HWS-Distorsion vom 14. Januar 1999 - posttraumatische Migräne

- posttraumatischer Spannungskopfschmerz - Medikamenten-Übergabebräuschkopfschmerz
- cervicogenes Schmerzsyndrom -keine radikulären und/oder spinalen Funktionsstörungen
-Verdacht auf reaktive leichte untere Plexus brachialis -Irritation links - kognitive Beschwerden bei Schmerzinterferenzen - Dysthyme Störung (ICD-10 F 34.1) - Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41)

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, es zeige sich heute ein ähnlicher Zustand wie im Jahre 2007. Die Schmerzproblematik werde nach wie vor aufgrund seines psychischen Zustandes mitüberlagert . Mittlerweile bestehe allerdings die Möglichkeit , eine derartige Überlagerung der körperlichen Beschwerden auch im Rahmen einer Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren einzuordnen (Urk. 8/255/18).

Im Rahmen der orthopädischen Beurteilung hielt der orthopädische Gutachter fest, diverse bildgebende Untersuchungen nach den beiden Verkehrsunfällen hätten keine relevante Pathologie im Bereich der HWS gezeigt. Deskriptiv sei immerzu eine deutlich eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und eine verhärtete Nackenmuskulatur festgestellt worden. Eine Ursache für die Dysästhesie im Bereich der linken Hand habe nicht gefunden werden können. Auch anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich eine aktiv erheblich

eingeschränkte Beweglichkeit im HWS-Bereich in allen Ebenen sowie eine vermehrt tonisierte Nackenmuskulatur gezeigt. Eine konkret umschriebene, segmentale Schmerzlokalisation habe indes nicht eruiert werden können. Die Untersuchung der unteren Extremität sei ebenfalls zu grossen Teilen einhergegangen mit Schmerzgebaren und ausgeprägtem Grimassieren. Die Schmerzangaben seien nicht konstant, konsistent oder im Rahmen verschiedener Tests nicht reproduzierbar. Die vom Beschwerdeführer geäusserten Beschwerden hätten von Anfang an nie klar objektiviert

werden können, und da zwischenzeitlich kein weiteres Ereignis dazu gekommen sei, welches eine zusätzliche Verschlechterung hätte mit sich bringen können, müsse davon ausgegangen werden, dass in somatischer Hinsicht der Endzustand seit langem erreicht sei. Auch aus orthopädischer Sicht könne kein klares pathomorphologisches Korrelat gefunden werden (Urk. 8/255/24 f.).

Die geschilderte Charakteristika der Kopfschmerzattacken (circa einmal pro Woche, mit Dauer von einem bis zwei Tagen) sei aus neurologischer Sicht gut vereinbar mit einer Migräne. Daneben bestünden fluktuierende Dauerschmerzen von geringer Intensität, vereinbar mit einer posttraumatischen Cephalaea vom Spannungstypkopfweh. Bei dem vom Beschwerdeführer bezifferten hohen Triptan- und Analgetikagebrauch müsse überdies von einer zusätzlichen Kopfwehkomponente im Sinne eines Medikamentenübergebrauchs - kopfschmerzes ausgegangen werden. Hinsichtlich des cervicogenen Schmerzsyndroms bei Zustand nach HWS-Distorsion seien aus neurologischer Sicht keine radikulären und/oder spinalen Funktionsstörungen objektivierbar. Die im MEDAS-Gutachten 2007 diagnostizierte Ulnaris-Neuropathie im Sulcus lasse sich aktuell nicht mehr objektivieren. Klinisch finde sich vielmehr eine etwas diffuse ausgedehnte Sensibilitätsstörung, welche eher mit einer unteren Plexus-Irritation vereinbar sei (Urk. 8/255/41 f.).

Das neuropsychologische Befundbild entspreche qualitativ und quantitativ weitgehend jenem aus dem Jahr 2007; weder eine Verbesserung noch eine Verschlechterung lasse sich feststellen. In einem Symptomvalidierungsverfahren habe der Beschwerdeführer ein teilweise auffälliges Ergebnis erzielt. Letzteres sei zwar nicht derart, dass er einer Aggravation oder Simulation verdächtigt werden könne. Demgegenüber könne eine gewisse, zeitweise Symptomverdeutlichung im Verlauf der psychometrischen Untersuchungen nicht ausgeschlossen werden. Vor diesem Hintergrund könne keine definitive neuropsychologische Diagnose gestellt werden. Das Vorliegen einer insgesamt leichten, auf Schmerzinterferenzen und psychische Folgebeschwerden zurückzuführenden neuropsychologischen Störung sei lediglich möglich bis wahrscheinlich (Urk. 8/255/33 f.). Das cervicospondylogene posttraumatische Schmerzsyndrom bestehe aus neurologischer Sicht ohne Nachweis einer radikulären und/oder spinalen Funktionsstörung (Urk. 8/255/41). Gesamtmedizinisch kamen die Gutachter zum Schluss, der gutachterlichen Einschätzung aus dem Jahre 2007, wonach

für körperlich schwere und häufig mit teilschweren Arbeiten Einschränkungen bestünden, könne auch heute zugestimmt werden. Ob der Beschwerdeführer bei der zuletzt verrichteten Tätigkeit als Sozialpädagoge, Gruppenleiter und stellvertretender Heimleiter solchen körperlich schweren, belastenden Arbeiten ausgesetzt gewesen sei (wovon die Vorgutachter der MEDAS ausgegangen seien), sei retrospektiv nicht zu beurteilen, erscheine aber eher fraglich. In einer angepassten Arbeit mit körperlich leichter bis sporadisch mittelschwerer sowie wechselbelastender Tätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung von 30% berücksichtige das cervicogene

Schmerzsyndrom wie auch die Migräne in ihrem bis heute bestehenden Ausmass (Urk. 8/255/48). Aus rein orthopädischer Sicht seien ihm wechselbelastende, teils sitzende, teils stehende, teils gehende Tätigkeiten ohne Zwangshaltung zu mindestens 80 % zumutbar (Urk. 8/255/26). 5. 5.1

Das B.____- Gutachten erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und den beklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen vom 4., 2 1. und 2 9. Oktober 201 3. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und liefert nachvollzieh bare Schlussfolgerungen. D as unbestritten gebliebene B.____- Gutachten erfüllt damit

die an eine beweistaugliche Entscheidungsgrundlage gestellten Anforde rungen, womit zusammen mit der IV-Stelle darauf abgestellt werden kann. Entsprechend lag beim Beschwerdeführer seit der Begutachtung im Jahre 2007 ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vor.

Strittig und zu prüfen bleibt die in juristischer Hinsicht zu beurteilende Arbeitsfä higkeit de s Beschwerdeführer s . 5. 2

Mit Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, wonach die somatoforme Schmerzstörung oder ähnli che Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willens anstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somato former Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beur teilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6):

An der Rechtsprechung zu Art.

E. 7

00.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kaspar Saner , unter Beilage des Doppels von Urk. 14 - 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 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 Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 HurstHediger

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