

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00624 vom 22. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00624

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00624 du 22 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00624 del 22 agosto 2016

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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. 1.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130

V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten.

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturierteres Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislaster der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

2.1

Vor der materiellen Prüfung der Beschwerde ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin vor der Aufhebung der Rente kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren (vgl. Antrag Ziff. 2 [Urk. 1 S. 2]) anzuordnen hatte. Das Vorbescheidverfahren wurde korrekt durchgeführt, womit kein prozessualer Mangel festgestellt werden kann. 2.2

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle im Wesentlichen, die medizinischen Abklärungen hätten eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ergeben. Es habe eine Adaptierung stattgefunden. Die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gründe auf einer leichten somatoformen autonomen Funktionsstörung des Verdauungssystems. Diese sei überwindbar, weshalb kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden bestehe (Urk. 2).
2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen im Wesentlichen vor, eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht eingetreten. Die Rentenaufhebung werde lediglich mit einer Adaption an das Beschwerdebild begründet. Der Gutachter Dr. C. ___ habe keine eigenen Untersuchungen vorgenommen. Sämtliche früheren Gutachter hätten dem Beschwerdeführer jedoch aufgrund der gastroenterologischen Beschwerdeproblematik, welche persistiere, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 1) . 3.

3.1

Die Rentenzusprache vom 13. November 2008 (Urk. 7/93 und Urk. 7/95) erfolgte nach Begutachtung des Beschwerdeführers bei der MEDAS Z. ___ (Urk. 7/67) und einer gastroenterologischen Untersuchung im Kantonsspital A. ___ (Urk. 7/70): 3.1.1

Im interdisziplinären Gutachten der MEDAS Z. ___

vom 8. Juni 2007 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 7/67/10): - Chronisches, therapierefraktäres abdominales Schmerzsyndrom - Colon irritabile - Peritoneallavage , Prob laparotomie und Splenektomie wegen traumatischer Milzruptur 05/80 - Splenoseherde im kleinen Becken, am Dünndarm und Zökopol - Laparotomie und Adhäsionolyse wegen ausgeprägter Adhäsionen im Mittel- und Unterbauch 29.06.2004 - hypertrophe Laparotomienarbe mit Keloidbildung - Hemispondylolyse L5/S1 rechts mit diskreter Olisthesis Als Diagnose mit fraglicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Lymphozytose mit abnorm atypischer Lymphozyten-Morphologie, computer tomographisch vergrösserte Lymphknoten mesenterial und iliozökal (CT Abdomen 26.08.2004/23.12.2004), DD low grade- Lymphoma (abklärungsbedürftig) genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt: - Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Alkohol - Antrumbetonte Gastritis und leichte Bulbitis

duodeni bei HCO-Infektion (ED 12/03) - Inguinalhernien beidseits - Nephrolithiasis links - Adipositas I (BMI 32,5 kg/m²) Die Gutachter führten in der zusammenfassenden Beurteilung im Wesentlichen aus, dem Beschwerdeführer habe nach einem im Jahr 1980 erlittenen Autounfall die verletzte Milz entfernt werden müssen. Danach habe er an rezidivierenden Abdominalschmerzen erträglichen Ausmasses gelitten. Im Juli 2003 seien die Beschwerden jedoch exazerbiert , woraufhin er eingehend gastrologisch

abgeklärt worden sei. Nach der Vornahme einer Laparotomie mit Adhäsionolyse , d.h. einer Lösung von Verwachsungen, im Mittel- und Unterbauch am 29. Juni 2004 hätten die vom Beschwerdeführer präoperativ geschilderten gastrointestinalen Beschwerden in subjektiv verstärktem Ausmass persistiert. Im Vordergrund gestanden seien Epigastralgien und Unterbauchschmerzen mit Flatulenz und nach eigenen Angaben Unverträglichkeit diverser Nahrungsmittel. Im D. ___ sei im Mai die Diagnose eines Colon irritabile gestellt worden, es sei ein schweres Colon irritabile vermutet worden. In der aktuellen körperlichen Untersuchung hätten sich gegenüber den gastroenterologischen Voruntersuchungen keine

neuen Gesichtspunkte ergeben. Auf Palpation habe der Beschwerdeführer exquisite lokale Druckdolenz

epigastrisch im Bereich des proximalen Narbenrandes und am Xiphoid angegeben, des Weiteren diffus im Unterbauchbereich beidseits. In der aktuellen Laborabklärung habe sich als Überraschungsbefund eine Lymphozytose mit abnorm atypischen Lymphozytenpopulationen, welche auf ein low-grade Lymphoma hinweisen könnten, gefunden. Weitere Abklärungen seien indiziert, es sei jedoch zu bezweifeln, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Abdominalbeschwerden auf ein differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehendes low-grade-Lymphoma zurückzuführen seien. Aus somatischer Sicht und unter Berücksichtigung der gastroenterologischen Untersuchung des D.____ werde von einer Arbeitsunfähigkeit als Garagist von 50 % ausgegangen. Körperlich schwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer sowohl aufgrund der Abdominalbeschwerden als auch des pathologischen Radiologiebefundes des lumbosakralen Übergangs dauerhaft nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/67/11 f.). In der Ergänzung des Gutachtens vom 2. Juli 2007 (Urk. 7/67/24-25) führten die Gutachter aus, das chronische, therapierefraktäre abdominale Schmerzsyndrom sei vorliegend zentral. Dieses sei gastroenterologisch zu beurteilen. Die IV-Stelle Y.____

habe im Rahmen des laufenden Verfahrens ein Gutachten bei der Abteilung Gastroenterologie und Hepatologie, Dep. Innere Medizin, D.____, in Auftrag gegeben (richtig: die IV-Stelle Y.____ hat das im Auftrag der Krankenkasse erstellte Gutachten des D.____

vom 14. April 2005 beigezogen [Urk. 7/12]). Im Rahmen dieser Begutachtung seien sehr umfangreiche technische Untersuchungen durchgeführt worden. Die MEDAS Z.____ habe sich daher ausserstande gesehen, erneut derart umfangreiche Untersuchungen in Auftrag zu geben beziehungsweise solche durchzuführen und von der Einschätzung des D.____ abzuweichen. Es habe daher auf das Gutachten des D.____ vom 14. April 2005 abgestellt werden müssen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage gemäss diesem Gutachten 50 % (sinngemäss für alle Erwerbstätigkeiten). 3.1.2

Im gastroenterologischen

Gutachten des Kantonsspitals A.____ vom 20. September 2007 (Urk. 7/70) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schweres Colon irritabile und eine funktionelle Dyspepsie festgehalten. Dem Beschwerdeführer wurde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer Tätigkeit, für welche er aufgrund seiner Ausbildung qualifiziert sei (ausser Tätigkeiten, welche anhaltend oder wiederholt den Körper, speziell das Abdomen, stark belasteten), attestiert (4 ½ Stunden pro Tag). 3.2

3.2.1

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS B.____

vom 15. Januar 2013 (internistische, gastroenterologische, rheumatologische und psychiatrische Untersuchung) wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/124/22) : - Chronifizierte funktionelle abdominale Störung in Form eines Reizdarm-Syndroms und einer Dyspepsie (ICD-10 K5

E. 5

bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 7/93 und Urk. 7/95).

E. 6

) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 13. August 2015 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt und darauf hingewiesen, dass ein zweiter Schriftenwechsel nicht als erforderlich erachtet werde (Urk. 8). Am 26. August 2015 reichte der Beschwerdeführer

eine weitere Eingabe zu den Akten (Urk. 9) und beantragte die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281. Die Eingabe vom 26. August 2015 wurde der Beschwerdegegnerin am 15. September 2015 zugestellt (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

.9); psychiatrisch als somatoforme autonome Funktionsstörung des GI-Trakts klassifiziert (ICD.10 F45.32), dok. seit 2004 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 7/124/22) : - Status nach Splenektomie wegen traumatischer Milzruptur 1980; ICD-10 Z90.4; - Status nach Adhäsiolyse 2004; ICD-10 Z92.4; - vorbefundlich : Splenoseherde Dünndarm, Coecum, kl. Becken, ICD-10 D73.8, dok. seit 2004 In der gesamtmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen festgehalten, die vom Beschwerdeführer erhaltenen Informationen seien unvollständig und widersprüchlich gewesen. Er habe sich in der Anamnese vage geäußert, ausweichende Antworten gegeben oder wortlos mit Grimassen und Schulterzucken geantwortet. Andererseits habe er spontan bei ihm offensichtlich interessierenden Punkten ausführlich, detailliert und flüssig Angaben machen oder Fragen stellen können (Urk. 7/124/22). Internistisch sei der Beschwerdeführer – abgesehen vom gastrointestinalen Beschwerdebild – gesund (Urk. 7/124/27). Die abdominalen Beschwerden seien Ausdruck eines seit Sommer 2003 manifesten Reizdarmsyndroms. Eine organische Ursache für die abdominalen Beschwerden sei wiederholt ausgeschlossen worden. Die Ätiopathogenese von Reizdarmsyndromen sei hypothetisch; physiologische Faktoren, psychische Faktoren, lebensverändernde Ereignisse und das soziale Umfeld würden in unterschiedlichem Ausmass eine Rolle spielen. Eine der wenigen objektiven Befunde im Zusammenhang mit einem Reizdarmsyndrom sei die erhöhte viszerale Empfindlichkeit auf physikalische Reize (Druck, Dehnung). Aus psychiatrischer Sicht handle es sich um ein psychosomatisches Leiden. Als Auslöser würden lebensverändernde Ereignisse und Abhängigkeit von Stressbelastung bei einer Mehrzahl der Fälle beschrieben. Die Auswirkungen auf die Alltagsaktivitäten und das Arbeitsleben hängten stark von der subjektiven Bewertung des Betroffenen und seinem Krankheitsverhalten ab. In der psychiatrischen Exploration sei beim Beschwerdeführer eine Entschädigungshaltung deutlich geworden. Gleichzeitig beschreibe er einen wenig eingeschränkten Alltag und ein wenig eingeschränktes Arbeitsleben. Muskuloskelettal

bestehe der Befund einer Spondylolyse L5/S1, und es würden lumbale Beschwerden geklagt, die mit einer Fazettengelenksreizung in diesem Segment zusammenhängen könnten. Eine eingeschränkte Belastbarkeit der unteren Wirbelsäule sei daher plausibel. Gesamtmedizinisch werde aufgrund der gastroenterologischen Beurteilung, des psychiatrischen Befundes und der rheumatologischen Einschätzung von einer Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten und von einer eingeschränkten

Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf, welcher prinzipiell zeitlich uneingeschränkt weiter zumutbar sei, ausgegangen. Eine Leistungsminderung sei zu erwarten, da Erholungspausen und/oder Arbeitsunterbrüche bei Beschwerden auftreten dürften. Die Leistungsminderung werde auf etwa 1/3 des früheren Leistungsvermögens zu Zeiten fehlender oder mässiger Beschwerden geschätzt und damit geringer als bisher bei den gastroenterologischen Untersuchungen 2004 und 2007. Da der Beschwerdeführer nach eigener Schilderung seine Arbeit ohne zeitliche Limitierung ausüben könne und da es ihm möglich sei, als Selbständigerwerbender die Arbeit entsprechend seinem Befinden zu strukturieren, seien keine ausreichenden Gründe für eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50 % zu finden. Es werde davon ausgegangen, dass eine Reduktion der Leistungsmenge auf etwa 2/3 realistisch sei. Im Zweifelsfall wäre eine Abklärung am Arbeitsplatz zu erwägen (Urk. 7/124/28 f.). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit 2005 – wenn die Alltags- und Arbeitsaktivitäten zugrunde gelegt würden – insofern verändert, als eine Adaptation an das Beschwerdebild Dyspepsie und Reizdarmsyndrom stattgefunden habe (Urk. 7/124/34). Der begutachtende Psychiater führte in seinem Teilgutachten aus, es bestünden Hinweise darauf, dass mehr Beschwerden angegeben würden, als sich dies durch die somatischen Befunde erklären liesse. Einerseits sei von einer Verdeutlichung sowie einer als legitim erlebten Entschädigungshaltung auszugehen. Andererseits gelte es dennoch, eine monosymptomatische somatoforme autonome Funktionsstörung ernsthaft in Betracht zu ziehen. Die demonstrierte Symptomatik sei als leichte somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.32) einzustufen, als leichte deshalb, weil der Schweregrad nicht von den unmittelbaren Klagen und Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers abzuleiten sei, sondern von der weiteren Psychopathologie und dem Funktionsniveau im Alltag. Eine typische dysfunktionale Krankheitsverarbeitung im Sinne von Selbstlimitierung und Dekonditionierung sei weniger zu finden, möglicherweise aber Zeichen der Aggravation oder der Verdeutlichung. Dennoch habe der Beschwerdeführer keine Probleme, zu erklären, dass er am Tage vor der Begutachtung den ganzen Tag in der Werkstatt gearbeitet habe. Er berichte auch von einem ausgesprochen positiven Bezug zu seiner Arbeit, wirke weder dekonditioniert noch übertrieben im Schonverhalten und verharre nicht in einer Krankenrolle. Ressourcen schienen vorhanden zu sein, insbesondere arbeitsbezogen aber auch familienbezogen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe allenfalls eine Leistungsminderung von 20 % (Urk. 7/124/19-21). 3.2.2

In der Ergänzung zum Gutachten vom 2. April 2014 hielten die Gutachter fest, nach Durchsicht der gesamten Aktenlage inklusive des Gutachtens vom 15. Januar 2013 sowie der entsprechenden drei Teilgutachten (Rheumatologie, Gastroenterologie, Psychiatrie) werde davon ausgegangen, dass dem Hauptgutachter versehentlich ein Fehler unterlaufen sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Leistungseinschränkung von 20 % und nicht, wie im Gesamtgutachten festgehalten von 33 %. Deshalb werde aus interdisziplinärer Sicht davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte Tätigkeit als Garagist als auch eine angepasste Verweistätigkeit im Angestelltenverhältnis zu 100 %, d.h. zu 8.4 Stunden pro Tag, zumutbar sei. Aus psychiatrischer Sicht bestehe jedoch eine Leistungseinschränkung von höchstens 20 % (Urk. 7/128). 4.

4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS B.____

vom 15. Januar 2013 (inkl. Ergänzung vom 2. April 2014) vermag die an eine beweis kräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.3). Die Gutachter tätigten sorgfältige, umfassende Abklärungen , berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten . Hinweise, welche gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens sprächen, sind nicht ersichtlich. 4.2

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten mit der Ergänzung vom 2. April 2014 versucht, ihr Gutachten zu „retten“ (Urk. 1 S. 4), zielt ins Leere . Im rheumatologischen Teilgutachten wurde festgehalten, für die Tätigkeit als Garagist könne aus rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung festgestellt werden. Für eine körperlich schwer belastende Tätigkeit bestehe eine Einschränkung, ebenfalls für repetitives Heben. Die Tätigkeit als Garagist , wie sie der Beschwerdeführer beschreibe, entspreche einer eher leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit. Da der Beschwerdeführer einen Angestellten habe, könne er die teilweise anfallenden schweren Tätigkeiten delegieren. Beim Pneuwechseln sei er nicht eingeschränkt (Urk. 7/124/41). Im gastroenterologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, es sei gut bekannt, dass funktionelle Beschwerden (Reizdarmsyndrom und Dyspepsie) im subjektiven Erleben ähnlich einschränkend sein könnten wie relevante organische Erkrankungen. In diesem Sinne sei der Beschwerdeführer durch die ständigen Abdominalschmerzen im Alltag und im Arbeitsleben beeinträchtigt. Ob diese Beeinträchtigungen überwunden werden könnten, müsse gesamtmedizinisch unter Berücksichtigung der psychiatrischen Beurteilung eingeschätzt werden (Urk. 7/124/45). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde dem Beschwerdeführer aufgrund der leichten somatoformen autonomen Funktionsstörung des Verdauungssystems eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % attestiert (Urk. 7/124/66). In der Zusammenschau sämtlicher Teilgutachten erscheint nicht schlüssig, w es halb aus gesamtmedizinischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 33 % resultierte (Urk. 7/124/28 f.) , ging doch einzig der begutachtende Psychiater von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % aus. Weshalb von dieser Einschätzung abgewichen wurde, wurde in der interdisziplinären Beurteilung nicht begründet. Die Erklärung in der Ergänzung des Gutachtens vom 2. April 2014, wonach es sich dabei um ein Versehen gehandelt habe (Urk. 7/128), erscheint deshalb plausibel. Es ändert sich somit nichts an der Verwertbarkeit des Gutachtens. 4.3

Sodann vermag

auch der Umstand, dass der begutachtende Gastroenterologe keine neue Endoskopie durch geführt hat (Urk. 7/124/44) , den Beweiskwert des Gutachtens nicht zu schmälern. Grundsätzlich steht es in seinem Ermessen, welche Untersuchungen er als notwendig erachtet oder nicht. Er

tastete den Beschwerdeführer ab, nahm eine Abdominal-Sonographie vor und veranlasste Laboruntersuchungen. Bei diesen Untersuchungen konnte er keine neuen, nicht bekannten Befunde finden und gelangte zum Schluss, zusätzliche Abklärungen würden aufgrund der klinischen Symptomatik und Befunde zurzeit mit hoher Wahrscheinlichkeit keine neuen Erkenntnisse bringen (Urk. 7/124/44). Er setzte sich sodann mit den früheren Befunden und Diagnosen auseinander und folgte , der Gesundheitszustand sei in etwa unverändert (Urk. 7/124/43-45). Das gutachterliche Vorgehen ist nicht zu beanstanden, zumal der Beschwerdeführer selbst

keine Verschlechterung der Symptomatik behauptet hatte.

4.4

Sämtliche begutachtenden Gastroenterologen gingen übereinstimmend von einer funktionellen und keiner organischen Störung aus. Der begutachtende Gastroenterologe am Kantonsspital A.____ hielt in seinem Bericht vom 20. September 2007 dementsprechend fest, dass sich das Ausmass der Störung naturgemäss nicht direkt messen lasse, sondern nur aufgrund von Indizien einzuschätzen sei.

Unter Berücksichtigung des subjektiven Erlebens des Beschwerdeführers kam er zum Schluss, es bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/70/6 f.). Der begutachtende Gastroenterologe der MEDAS B.____, welcher keine Veränderung feststellen konnte, welche aus organisch-gastroenterologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bedingen würde, überliess die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der versicherungsmedizinischen Beurteilung im Gesamtgutachten,

unter Berücksichtigung des psychiatrischen Befundes (Urk. 7/124/45).

Dies erscheint schlüssig, ist das Ausmass der funktionellen Störung doch, wie gesagt, nur mittels Indizien einzuschätzen. 4.5

4.5.1

Da in der psychiatrischen Exploration beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte Darstellung der Beschwerden (Aggravation) und eine als legitim erlebte Entschädigungshaltung

beobachtet werden konnten (Urk. 7/124/67), ist auf die subjektiven Beschwerdeschilderungen nur eingeschränkt abzustellen. Ein starkes Indiz für das Ausmass der gesundheitlichen Einschränkung sind deshalb die vorhandenen Ressourcen beziehungsweise das Funktionsniveau im Alltag. Ressourcen scheinen durchaus in hohem Masse vorhanden zu sein: Anlässlich der Begutachtung bei der MEDAS B.____ berichtete der Beschwerdeführer am 13. November 2012 gegenüber dem Rheumatologen, er arbeite von 08.00 Uhr bis etwa 18.00 Uhr, dazwischen lege er sich ab und zu hin. An den meisten Tagen lege er sich nicht hin, dann wieder 2-3 Mal pro Tag. Nach Hause gehe er in der Regel nur über Mittag (Urk. 7/124/38). Gegenüber dem begutachtenden Psychiater schilderte der Beschwerdeführer am 20. November 2012, er sei tags zu vor um 07.30 Uhr aufgestanden und um 08.15 Uhr in die Werkstatt gefahren. Über Mittag sei er nach Hause gegangen und dann in die Werkstatt zurückgekehrt, wo er bis circa 18.00 Uhr geblieben sei. Ein pensionierter Deutscher habe ihm etwas geholfen (Urk. 7/124/54). Auch anlässlich der Abklärung vor Ort in seiner Garage gab der Beschwerdeführer zu Protokoll, er sei je nach Tagesform von circa 08.00-12.00 Uhr und von 13.30-18.00 Uhr in der Garage (Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 13. Oktober 2014 [Urk. 7/148/3]). Es ergibt sich also aus den eigenen Schilderungen des Beschwerdeführers, dass er mittlerweile wieder ganztags arbeitstätig ist, wenn auch gelegentlich mit Unterbrüchen. Der Beschwerdeführer verfügt zudem über familienbezogene Ressourcen (Urk. 7/124/21, Urk. 7/124/53 f.) und ist zudem in einem Fussballverein (er spiele allerdings nicht [Urk. 7/124/11]). 4.5.2

Der Beschwerdeführer gab zwar anlässlich der Abklärung vor Ort an, er sei die Hälfte der Zeit, welche er in der Garage verbringe, nicht produktiv aufgrund seiner Schmerzen. Er könne diesbezüglich jedoch keine genauen Angaben machen, es sei sehr tagesformabhängig und abhängig vom Auftragsvolumen (Urk. 7/148/4). Das

Auftragsvolumen ist bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch ausser Acht zu lassen, da es sich dabei um einen invaliditätsfremden Faktor handelt. Im Übrigen erwiesen sich die Angaben des Beschwerdeführers insgesamt als unklar und nicht aussagekräftig. Er

konnte

nicht einmal

bezüglich der Einschränkungen in den verschiedenen Tätigkeiten relevante Angaben machen. Gemäss Abklärungsperson habe er oft mit den Schultern gezuckt und ge sagt, dass er es nicht genau wisse. Er arbeite so viel, wie es ihm sein Körper er laube (Urk. 7/148/4). Auffallend ist sodann, dass die Abklärungsperson mithilfe der vorgelegten Zahlen keine schlüssige Betriebsbeurteilung vornehmen konnte. Der Bruttoertrag im Jahr 2012 von rund Fr. 150'000.-- entspreche nicht einmal den Einnahmen aus Arbeiten für einen Einmannbetrieb. Somit müsse angenommen werden, dass weder der Beschwerdeführer noch der Angestellte ausgelastet gewesen seien (oder es seien nicht alle Einnahmen deklariert worden). Bei einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit als selbständigerwerbender Garagist sei im Jahr 2008 ein Invalideneinkommen von Fr. 37'143.10 errechnet worden (vgl. Urk. 7/92/7). Der Beschwerdeführer habe seither in all seinen Geschäftsjahren aber nicht annähernd dieses Einkommen erzielt (Urk. 7/148/7). Weiter fällt auf, dass der Beschwerdeführer bereits vor seiner gesundheitlichen Einschränkung ein sehr unregelmässiges und meist tiefes AHV-pflichtiges Einkommen erzielt hatte, welches in den Jahren 1992 bis 2003 zwischen Fr. 10'000.-- und Fr. 60'300.-- variiert hatte (vgl. den Auszug aus dem individuellen Einkommen der AHV vom 26. Juli 2005 [Urk. 7/10]). Die Abklärungsperson gelangte deshalb in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, aus wirtschaftlicher Sicht sei das Geschäft noch gar nie effektiv rentabel gewesen (Urk. 7/148/8). In welchem Ausmass das niedrige Einkommen des Beschwerdeführers seiner gesundheitlichen Einschränkung und in welchem Ausmass der betrieblichen Situation geschuldet ist, kann also nicht beurteilt werden. Da die Angaben des Beschwerdeführers durchgängig nicht aussagekräftig sind, ist seine Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch zu bestimmen. 4.5.3

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde im Gutachten der MEDAS B.____ vom 15. Januar 2013 (inkl. Ergänzung vom 2. April 2014) auf 100 % (ohne schwere Tätigkeiten) geschätzt, unter Berücksichtigung einer 20%igen Leistungseinschränkung. Die 20%ige Leistungseinschränkung wurde mit einer leichten somatoformen autonomen Funktionsstörung des Verdauungssystems (ICD-10 F45.32) unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen begründet (Urk. 7/124/66). Die von den Gutachtern angewandte Überwindbarkeitspraxis ist mittlerweile überholt. Die Änderung der Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. E. 1.2) erfordert aber dennoch keine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin (vgl. den Antrag in Urk. 9). Aufgrund des umfassenden Gutachtens kann der Aspekt der funktionellen Auswirkungen ausreichend beurteilt werden.

Diesbezüglich ist auf die bereits gemachten Ausführungen zu den Ressourcen (E. 4.5.1) zu verweisen, welche in hohem Masse vorhanden zu sein scheinen. Eine über 20 % liegende Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist damit nicht begründet. 4.6

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar ist, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen kann auch darin liegen, dass sich beispielsweise ein Leiden in seiner Intensität und damit in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (E. 1.1), oder in einer verbesserten Lebensanpassung der versicherten Person (BGE 141 V 9 E. 6.3.2 mit weiteren Hinweisen).

Der Beschwerdeführer verkennt also (vgl. sein Vorbringen in Urk. 1 S. 2), dass auch eine Adaption an das Beschwerdebild geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Im gastroenterologischen Bericht des Kantonsspitals A.____

vom 20. September 2007 wurde noch ein schweres Colon irritabile und eine funktionelle Dyspepsie diagnostiziert, dies unter Berücksichtigung der subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers, welcher angegeben hatte, sich bei Exazerbationen der Blähungen kaum noch bücken oder länger als 10 Minuten hinsetzen zu können. Aufgrund der Abdominalschmerzen

könne er nur noch zu 50 % als Garagist arbeiten, wenn ihm Kollegen, je nach Situation, aushelfen würden. Die Auftragslage sei an sich gut. Da er die anstehenden Fixkosten wegen der reduzierten Arbeitsfähigkeit jedoch nicht mehr bezahlen könne, sei die Schliessung der Garage geplant (Urk. 7/70/4 ; vgl. auch Urk. 7/92/2). Bereits im Frühling 2008 richtete sich der Beschwerdeführer allerdings wieder eine Garagewerkstatt ein, in welcher er mittlerweile wieder ganztätig arbeitstätig ist

(E. 4.5.1). Gemäss der nachvollziehbaren medizinisch-theoretischen Einschätzung im Gutachten der MEDAS B.____ beträgt die Arbeitsfähigkeit heute sodann 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 20 % (vgl. E. 4.5.3) . Damit fand eine Adaption an die Beschwerden statt, was einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellt.

Damit erübrigt es sich ausserdem zu prüfen, ob die ursprüngliche Rentenzusprache überhaupt gerechtfertigt war, insbesondere deshalb, weil die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in keinem der damaligen Gutachten plausibel begründet worden war (vgl. insbesondere E. 3.1.2) . 5.

Mangels aussagekräftiger Geschäftsabschlüsse (E. 4.5.2) sind sowohl für die Bestimmung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen. Da der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Garagist (welche einer leichten bis mittel schweren Tätigkeit entspricht) wieder zu 100 % arbeitsfähig ist, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Der Invaliditätsgrad entspricht somit der Leistungseinschränkung von 20 % . Selbst wenn nicht davon auszugehen wäre, dem Hauptgutachter sei bei der gesamtmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein Fehler unterlaufen (vgl. E. 3.2.2 und E. 4.2), resultierte auch dann ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 33

% .

6.

Die angefochtene Verfügung ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 7 00.-- 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. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Muraro

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