

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00731 vom 15. Juli 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00731

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00731 du 15 juillet 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00731 del 15 luglio 2016

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). Sie 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

). Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Angaben des Beschwerdeführers im Revisionsfragebogen (Urk. 7/37) sowie die

Verlaufsberichte der behandelnden Dr. A.____

vom 4. September 2006 (Urk. 7/38) und

A.____ vom 7. Oktober 2006 (Urk. 7/39) . 3.

E. 1.3

] vom behandelnden Psychiater [Dr. A.____] postulierte chronische posttraumatische Belastungsstörung sei mit Verweis auf die ICD-10-Kriterien auszuschliessen . So könne das einschlägige Unfallereignis nicht als belastendes Erlebnis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses qualifiziert werden. Auch seien keine Symptome wie Flashbacks oder Alpträume vorhanden. Ein spezifisches Vermeidungsverhalten bestehe ebenso wenig (Urk. 7/76/39) . Dr. A.____ erwähne denn auch keinerlei Kriterien , welche die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zulassen würden. Widersprüchlich sei ferner, dass der

Beschwerdeführer von Dr. A.____

im Bericht vom 22. März 2013 als seit Jahren vollkommen lebensunfähig dargestellt, und gleichzeitig ausgeführt werde, dieser sei bis vor kurzem in der Lage gewesen, selbständig einzukaufen. Ferner werde der Beschwerdeführer von Dr. A.____

als global interessenlos beschrieben, weshalb er zur Körperpflege und dergleichen animiert werden müsse. Andererseits werde ausgeführt, dieser schäme sich, weil er gemäss

Feststellungen seiner Ehefrau nach dem Einkaufen oft nicht das richtige Rückgeld mitbringe. Überhaupt nicht nachvollziehbar sei ferner, dass Dr. A. ___ seit vielen Jahren differenzialdiagnostisch eine organische Hirnschädigung, bedingt durch das Trauma, diagnostiziert habe, gleichzeitig

aber keine in diesem Fall sinnvollen und notwendigen Abklärungsmassnahmen bei einem derartig jungen Patienten in die Wege geleitet habe. Ferner sei angesichts des von Dr. A. ___ postulierten derart einschränkenden Beschwerdebildes unverständlich, dass noch keine Hospitalisation oder teilstationäre Behandlungsmassnahme erfolgt sei. Die eher niedrig dosierte psychopharmakologische Medikation sei ebenfalls diskrepant zum Beschwerdebild. Offen müsse schliesslich bleiben, weshalb Dr. A. ___ bereits von einer infausten Prognose spreche, ohne die zur Verfügung stehenden Massnahmen nur annähernd ausgeschöpft zu haben.

(Urk. 7/76/37 f.) .

Unter Berücksichtigung der – näher diskutierten - Försterkriterien resultierten weder aus der somatoformen Schmerzstörung noch aus der Dysthymie therapeutisch unüberwindbare, invalidisierende Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit und Alltagsfähigkeit. Vielmehr sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer Verweistätigkeit zu 100 % leistungsfähig, das heisse zu 8.5 Stunden an 5 Wochentagen (Urk. 7/76/39 f.) .

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hielt der beurteilende Facharzt betreffend den Hirnnervenstatus Normalbefunde fest. Während der Untersuchung hätten sich bei der Beantwortung der gestellten Fragen insbesondere mit Bezug auf Daten beim

Beschwerdeführers gewisse Unsicherheiten gezeigt. Anderweitige Einschränkungen der Hirnbasisfunktionen oder höherer kognitiven Funktionen hätten aber nicht bestanden. Es bestehe weder eine Müdigkeit noch erhöhte Ermüdbarkeit. Ebenso wenig zeige sich eine Fluktuation der Konzentration und Aufmerksamkeit. Auch hinsichtlich der Motorik ergaben sich Normalbefunde. Insbesondere waren auf sämtlichen Bewegungsebenen der oberen und unteren Extremitäten keine Paresen objektivierbar. Die Koordination beider Extremitäten erwies sich als seitengleich normal. Die Feinmotorik beider Hände beurteilte der orthopädische Facharzt als normal koordiniert. Ein relevant erkennbarer Tremor bestehe nicht. Sodann erwies sich die Sensibilität für Ästhesie, Algesie und Thermästhesie im gesamten Körperbereich sowie an den oberen Extremitäten und am Rumpf als unauffällig. Am rechten Bein habe der Beschwerdeführer eine leichte Hypästhesie und Hypalgesie über der äusseren Hälfte des rechten Oberschenkels sowie diffus am gesamten rechten Unterschenkel angegeben. Eine unauffällige Sensibilität sei wiederum an den Füßen beidseits berichtet worden. Das Vibrationsempfinden beurteilte der orthopädische Facharzt als altersnormal (Urk. 7/76/43 f.) . Die aktuellen MRI

der HWS, BWS und LWS vom März 2012 könnten keine relevante, insbesondere keine nervenwurzelkomprimierende pathologische Prozesse bestätigen, weder zervikal noch lumbal. Die in den Vorakten auf Grund des HWS MRI in Höhe HWK 5/6 beschriebene leichtgradige Einengung des Foramens

C6 linksseitig korreliere so - mit nicht mit der klinischen Symptomatik, die eine Ausstrahlung eher nach rechts, als die andere Seite, beschreibe. Auch im Bereich der LWS seien diesbezüglich keine Pathologika mit Neurokompression erkennbar. Zusammenfassend würden sich aus rein neurologischer Sicht auch retrospektiv keine Hinweise ergeben,

welche die Arbeitsfähigkeit zumindest in einer angepassten Tätigkeit einschränken würden. Medizinisch-theoretisch seien körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar (Urk. 7/76/24 , Urk. 7/76/46).

Auf internistischem Fachgebiet finde sich schliesslich der Verdacht auf eine laborchemisch nachgewiesene Steatosis

hepatitis mit leicht entzündlicher Aktivität bei einer Dyslipidämie und mässig erhöhtem GPT-Wert. Dieser Befund sei indes ohne versicherungsmedizinische Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Er sei deshalb in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig, das heisse zu 8.5 Stunden an 5 Wochentagen. Dasselbe gelte für eine Verweistätigkeit. Mit Ausnahme von kurzen Zeiten vorübergehender Arbeitsunfähigkeit gelte das aus internistischer Sicht auch retrospektiv (Urk. 7/76/49 f.).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die beurteilenden Fachärzte zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer sei für sämtliche mittelschwere und leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zu 100 %

vollständig arbeitsfähig. Aus psychiatrischer, neurologischer und internmedizinischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Aus orthopädischer Sicht bestünden die – weiter oben näher umschriebenen – Einschränkungen. Aus Sicht der vier Fachgebiete gelte dieses negative und positive Fähigkeitsprofil mit entsprechender Arbeitsfähigkeit auch retrospektiv seit SUVA Abschluss im Dezember 2002 (Urk. 7/76/28).

4.2

Vom 21. Februar 2014 bis 16. April 2014 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationär-psychiatrischen Behandlung im

E. _____

auf. Im

Aus trittsbericht vom 17. April 2014 wurden als Hauptdiagnose eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (F32.3) und als Nebendiagnose ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz (G44.3) bei Status nach Arbeitsunfall vor 13 Jahren festgestellt (Urk. 7/82/1).

Der Beschwerdeführer fühle sich traurig, müde, kraft- und energielos. Zudem spüre er einen starken inneren Druck und sei häufig aggressiv, angespannt und innerlich unruhig. Dabei richte sich die Aggression vor allem verbal gegen die Ehefrau. Er fühle sich innerlich leer und gehe oft pausenlos hin und her. Er sei zudem von persistierenden schweren Kopf- und Rückenschmerzen geplagt, welche ihn in seinen Alltagsaktivitäten einschränken würden. Er fühle sich neu verfolgt, sehe Schatten und höre Stimmen, die ihn verhöhnen und auslachen würden. Er ziehe sich zum Schutz in sein Bett zurück. Zu einer zusätzlichen Beschwerdeverschlechterung sei es Anfang des Jahres gekommen, nachdem ein Revisionsverfahren betreffend seine IV-Rente eröffnet worden sei und er von einem externen Gutachter auch psychiatrisch als zu 100 % arbeitsfähig eingestuft worden sei (Urk. 7/82/1 f.) . Bei Eintritt

sei der Beschwerdeführer wach, klar und allseits orientiert gewesen. Im formalen Denken sei er klar und strukturiert. Es bestehe keine Depersonalisation oder Derealisation. Gleichzeitig bestünden subjektiv Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Hinweise

für optische und akustische Halluzinationen und wahnhaftes Wahrnehmen. Affektmässig sei der Beschwerdeführer abgestumpft, leer, vermindert schwingungsfähig, innerlich gereizt und angespannt sowie hoffnungs- und energielos. Ausserdem bestehe beim Beschwerdeführer im guten Allgemein- und Ernährungszustand eine vermehrte Müdigkeit und Appetitlosigkeit (Urk. 7/82/2).

Unter psychopharmakologischer Medikation habe sich der Beschwerdeführer im Verlauf der stationären Behandlung psychisch stabilisiert. Für eine tagestherapeutische Anschlussbehandlung habe er sich nicht entscheiden können, sodass eine in der Tagesklinik des N. ___ getätigte Anmeldung wieder habe gestoppt werden müssen. In Absprache mit der Familie sei statt dessen eine psychiatrische Spitex veranlasst worden (Urk. 7/82/3). 5. 5.1

Das MEDAS-Gutachten erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und den beklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen vom 5., 7., 15. und 27. November 2013. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und liefert nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Insbesondere haben die Gutachter betreffend allfällige Diskrepanzen zu den früheren sowie späteren Einschätzungen differenziert und ausführlich Stellung bezogen (E. 4.1, vgl. auch Stellungnahme vom 23. Oktober 2014, Urk. 7/85) und ihre Diagnosen im Einklang mit den erhobenen Befunden plausibel begründet.

Kommt hinzu, dass es sich bei Dr. A. ___ und Z. ___ um behandelnde

Ärzte handelt und das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Soweit der Beschwerdeführer moniert, die Stellungnahme vom 23. Oktober 2014 sei von Dr. F. ___ und nicht von med. pract. H. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher ihn (den Beschwerdeführer) am 7. November 2013 begutachtet habe, verfasst worden, so ist dem entgegenzuhalten, dass das Gutachten vom 24. Januar 2014 in gemeinsamer Verantwortung sämtlicher untersuchender Fachärzte unter

Einschluss von Dr. F. ___ verfasst worden ist und

letzterer seine Stellungnahme

auch in Kenntnis der notwendigen und relevanten

Vorakten

abgegeben hat (vgl. Präambel, Urk. 7/76/2).

Sodann erfolgte die Selbsteinweisung des Beschwerdeführers ins E. ___

lediglich rund drei Monate im Anschluss an die Begutachtung. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern es sich für den Beschwerdeführer hätte nachteilig auswirken sollen, dass er im Zusammenhang mit der Stellungnahme durch Dr. F. ___

hierzu nicht erneut persönlich untersucht worden ist. Insbesondere fehlt – bei Hinweisen auf psychosoziale Faktoren – eine nachvollziehbare Begründung für die geltend gemachte Verschlechterung.

Sodann vermag die Selbsteinweisung des Beschwerdeführers zur stationären Behandlung ins E.____ vom 21. Februar bis 16. April 2014 die überzeugende Einschätzung des psychiatrischen Gutachters

nicht

in Zweifel zu ziehen. Insbesondere

haben sich die beurteilenden Fachärzte

des E.____ in keiner Weise mit den Vorakten geschwiegen denn mit den begründeten abweichenden Einschätzungen des psychiatrischen

Gutachters auseinandergesetzt und stützt sich der psychische Status vornehmlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Lässt der psychopathologische Befund doch insbesondere

objektivierbare kognitive, hirnorganische Defizite vermissen. Demgegenüber hielten die beurteilenden Fachärzte

fest, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und im formalen Denken klar und strukturiert (Urk. 7/82/2, E. 4.2). Ebenso wurden die

halluzinatorischen Erlebnisse in ihrer Bedeutung, Einfühlbarkeit sowie den übrigen in diesem Zusammenhang zu erwartenden psychopathologischen Veränderungen – insbesondere im Hinblick auf den zweimonatigen Beobachtungszeitraum –

im Austrittsbericht nicht weiter differenziert. Zudem hat der Beschwerdeführer diskrepant zu den doch schwerwiegenden Diagnosen die tagestherapeutische Anschlussbehandlung in der Tagesklinik des N.____ verweigert (Urk. 7/82/3).

Vor diesem Hintergrund ist der Austrittsbericht des E.____

vom 17. April 2014 nicht schlüssig und gibt er zu keiner anderen Beurteilung Anlass.

In neurologischer Hinsicht ist schliesslich festzuhalten, dass Dr. C.____ anlässlich der Konsultation vom 23. Dezember 2013 gestützt auf ein MRI des Gehirns vom 5. Dezember 2013 im Einklang mit den Gutachtern Normalbefunde des Hirnparenchyms sowie des Gefässsystems erhob (Urk. 7/79/2, E. 4.1). Die Ergebnisse der von ihm in der Folge veranlassten neuropsychologischen Abklärung betreffend den Verdacht auf ein dementielles Syndrom sprachen sodann

alle samt gegen eine Demenzerkrankung (Urk. 7/79/11 f.). 5.2

Zusammenfassend erfüllt das Gutachten der MEDAS die an eine beweistaugliche Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen, womit mit der IV-Stelle auf die darin gestellten Diagnosen abgestellt werden kann. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers –

kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). 5.3

Strittig und zu prüfen bleibt die in juristischer Hinsicht zu beurteilende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 5.3.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, wonach die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise

mit einer zumutbaren Willensanstrengung 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 somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6): An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht im genannten Urteil wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). 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 beweibelastete versicherte Person zu tragen. 5.3 . 2

Zunächst ist entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8., mit Hinweis). 5.3 . 3

Vorliegend erhellt aus dem Gutachten - worin noch ausschliesslich Ausführungen zu den sogenannten Foerster-Kriterien - hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen und somatischen diagnoserelevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt.

Die Gesundheitsschädigung und ihr funktioneller Schweregrad wiegen nicht schwer .

Die Gutachter attestierten weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine länger andauernde wesentliche Arbeitsunfähigkeit. Sodann geht der Beschwerdeführer einem

im Wesentlichen geordneten Tagesablauf nach, mitunter ausserhäuslichen Tätigkeiten (Spazieren) sowie Aktivitäten mit Anforderungen an die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit (Lesen historischer Romane, Autofahren) und verfügt er zumindest familienintern über intakte und tragende Beziehungen (Urk. 7/76/33, E. 4.1). Die beklagten Durchschlafprobleme begründete er mitunter selbst damit, dass er nachts sehr viel trinke und deshalb sehr viel auf die Toilette müsse (Urk. 7/76/31). Der psychiatrische Gutachter führte sodann aus, bei entsprechender Motivation sei der Beschwerdeführer in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen und sich in verschiedenen Tätigkeitsfeldern entsprechend seinen intellektuellen Möglichkeiten zu etablieren. Umstellungsfähigkeit, Flexibilität und fachliche Kompetenz seien für nicht allzu anspruchsvolle Arbeiten bei entsprechender Motivation als ausreichend einzuschätzen. Der Beschwerdeführer sei selbstbehauptungsfähig, prinzipiell durchhaltetüchtig, kontaktfreudig zu Dritten und in Gruppen integrierbar. Ferner sei er zur unmittelbaren Selbstversorgungsfähig (Urk. 7/76/28). Weiter ergab sich aus der – nicht ganz konzisen – Schilderung des Beschwerdeführers, dass die in Anspruch genommene psychiatrische Therapie mit der Sitzungsfrequenz von 2-3 Mal pro Monat (Urk. 7/76/33, an anderer Stelle 1 Mal pro Woche, Urk. 7/76/15) wenig intensiv und die psychopharmakologische Medikation eher niedrig dosiert ist. Entsprechendes ergibt sich auch aus den Krankenkassenbelegen vom April 2012 für die letzten drei zurückliegenden Jahre (Urk. 7/50), die für Dr. A. ___ drei Kontakte (Juli 2010, Februar und August 2011), eine Therapiesitzung und zwei Medikamentenverschreibungen ausweist (Urk. 7/50/2, Urk. 7/50/29 und Urk. 7/50/41). Die angesichts der geschilderten Symptomschwere aufdrängenden übrigen Behandlungsmöglichkeiten (teilstationäre/ stationäre Therapien) hat der Beschwerdeführer

– jedenfalls bis zu seiner Selbsteinweisung im Nachgang der Begutachtung – nicht in Anspruch genommen. Die in der Folge vom E. ___

in die Wege geleitete tagesklinische Anschlussbehandlung hat er sodann verweigert (Urk. 7/82, E. 4.2).

Vor diesem Hintergrund kann mangels ausgeschöpften Behandlungsressourcen von einer invalidisierenden Leidensresistenz kaum

die Rede sein. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter sei darüber hinaus nur ein geringer Leidensdruck spürbar (Urk. 7/76/38).

Schliesslich sind die gutachterlichen Hinweise auf die Neigung des Beschwerdeführers zur Verdübelung und Aggravation (Urk. 7/76/23, Urk. 7/76/39) sowie auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer aus dem Unfallereignis einen als recht mässig empfundenen Versorgungs- und Rentenanspruch herleite

(Urk. 7/76/26, Urk. 7/76/39), zu erwähnen.

Damit im Einklang

wies bereits

der damals beurteilende orthopädische Facharzt anlässlich der von der SUVA veranlassten kreisärztlichen Untersuchung vom 29. Mai 2002 auf das Krankheitsgefühl des Beschwerdeführers hin sowie darauf, dass in dessen Gedankenwelt das salutogenetische Prinzip nicht vorhanden sei (Urk. 7/12/23).

Bei dieser Sachlage ergeben sich auch unter Berücksichtigung der im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen. 5.4

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es dem Beschwerdeführer bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht zuzumuten ist, seine Leiden zu überwinden und einer leichten bis mittelschweren, wechselseitigen Erwerbstätigkeit

mit Lastenheben bis 20 kg vollzeitlich

nachzugehen. Bei dieser Sachlage erübrigt sich ein Einkommensvergleich. 6.

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 Vorakten (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 134 V 231 E. 5.1, 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 hätten, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehörten. Gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 24. Januar 2014 sowie der ergänzenden Stellungnahme vom 23. Oktober 2014

zu den nachgereichten Arztberichten würden nach wie vor Diagnosen vorliegen, die zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehörten. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Ebenso wenig würden psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Da die zu prüfenden Kriterien (Förster-Kriterien), welche zu einer ausnahmsweisen Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung führen könnten, vorliegend nicht zu bejahen seien, liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (Urk. 1 S. 2 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber zusammengefasst vor, die ursprüngliche Rentenverfügung vom 13. Januar 2003 sei gemäss Feststellungen von Dr. C.____ im Bericht vom 31. März 2003 aufgrund radiologisch objektivierbarer Wirbelsäulenbeschwerden sowie der von Dr. A.____

mit Bericht vom 7. Mai 2003 diagnostizierten Depression, bei welcher es sich um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden gehandelt habe, ergangen. Selbst wenn eine psychische Schmerzstörung vorgelegen habe, was ausdrücklich bestritten werde, so sei

eine Aufteilung der Beschwerden in solche mit und ohne klares Beschwerdebild nicht möglich. Demgegenüber sei eine Rentenaufhebung unter Berufung auf die Schlussbestimmungen nur zulässig, wenn die ursprüngliche Rente ausschliesslich als Folge eines ätiologisch- pathogenetisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage ausgerichtet worden sei. Die Beweislast für diesen qualifizierten Kausalzusammenhang obliege der IV. Da die vorliegenden Akten diesen Beweis nicht zuließen, sei eine Revision nach Massgabe der Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a nicht zulässig (Urk. 1 S. 6 f.) . Soweit das Gericht anderer Ansicht sei, sei gemäss dem aktuellen Bericht von Dr. C. ___ vom 6. Januar 2014 davon auszugehen, dass er (der Beschwerdeführer) nach wie vor an erheblichen, objektivierbaren Wirbelsäulenbeschwerden leide . Sollte das Gericht Zweifel daran haben, sei ein Obergutachten anzuordnen (Urk. 1 S. 7) . Das MEDAS-Gutachten sei rund eineinhalb Jahre vor der rentenaufhebenden Verfügung ergangen und basiere nicht auf dem aktuellen, massgebenden Gesundheitszustand . So habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Begutachtung verschlechtert. Mit Bericht vom 17.

März 2013 habe die Neuropsychologin Dr. G. ___ bestätigt, dass er an einer schweren Depression leide (Urk. 1 S. 8). Im Austrittsbericht des E. ___ vom 17. April 2015 sei ebenfalls eine schwere Depression diagnostiziert worden. Die MEDAS B. ___ habe in der Stellungnahme vom 23. Oktober 2014 ohne nochmalige persönliche Untersuchung behauptet, die von den Fachärzten des E. ___ diagnostizierten Beschwerden seien nicht glaubhaft. Auffallend sei ferner, dass die Stellungnahme vom 23. Oktober 2014 nicht vom MEDAS- Psychiater stamme, der ihn

(den Beschwerdeführer) im Rahmen der Abklärung begutachtet habe (med. prakt. H. ___) , sondern von Dr. F. ___ . Da psychische Beschwerden nicht radiologisch dokumentierbar seien, setze eine seriöse Beurteilung eine persönliche klinische Abklärung voraus. Dr. F. ___ habe ihn (den Beschwerdeführer) indes nie persönlich gesehen. Bei seiner Stellungnahme handle es sich somit um eine reine Aktenbeurteilung. Ausserdem sei eine zwei monatige Abklärung im Rahmen einer Hospitalisation zweifellos umfassender und dank der langen Beobachtungsphase schlüssiger (Urk. 1 S. 9) . Zusammenfassend leide er (der Beschwerdeführer) an einer selbständigen Depression, welche keine Erwerbstätigkeit mehr zulasse. Entsprechend habe er weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 10). Dies gelte unter Berücksichtigung des mit Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 17. Juni 2015 [BGE 141 V 281] eingeführten „strukturierten Beweisverfahrens“

selbst unter der Annahme eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes (Urk. 1 S.

E. 6

ff.) bestätigte die IV-Stelle den unveränderten Anspruch des Versicherten auf eine ganze Rente (Mittellung vom 17. Oktober 2006, Urk. 7/41) .

E. 6.1

Gemäss Botschaft vom 24. Februar 2010 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; BBl 2010 1817, 1911 zu Abs. 2) besteht - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nicht in jedem Fall ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach lit. a Abs. 2 SchlB IVG. Vielmehr setzt das Bestehen eines solchen voraus, dass die Massnahmen für eine

Wiedereingliederung "sinnvoll und nutzbringend" sind und die versicherte Person ein Minimum an subjektiver Eingliederungsfähigkeit zum Ausdruck bringt

(Rz . 1007.1 zweiter Abs. des Kreisschreibens des BSV über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG [KSSB; Stand: 1. Januar 2016] ; vgl. BGE 141 V 385 E. 5.3). Allfällige Wiedereingliederungsmassnahmen sind der versicherten Personen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs aufzuzeigen und gegebenenfalls zu planen (Rz . 1004.2 KSSB).

E. 6.2

Vorliegend hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer bereits im Juni 2010 anlässlich des Pilotprojekts „Ingeus“ Unterstützung in Richtung berufliche Wiedereingliederung angeboten (Urk. 7/45). Sodann

wurde er

anlässlich des Gesprächs vom 19. Juni 2012, dessen Zweck alleine die Information über die 6. IV-Revision war, über die veränderte Rechtsprechung und deren Folgen sowie Möglichkeiten orientiert (vgl. Einladungsschreiben vom 13. Juni 2012, Urk. 7/51 ; vgl. auch Gesprächsprotokoll vom 19. Juni 2012, Urk. 7/52/4).

Aus den Akten ergibt sich demgegenüber kein – auch nicht sinngemässer – Antrag des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen. Gemäss Vorbescheid vom 20. Juni 2012 hat der Beschwerdeführer anlässlich des Beratungsgesprächs vom 19. Juni 2012 vielmehr mitgeteilt, dass er an Eingliederungsmassnahmen nicht interessiert sei (Urk. 7/54). Gegen diese Darstellung brachte er im Einwandverfahren nichts vor (Urk. 7/58). Sodann

führte er anlässlich der Begutachtung aus, er habe keine Energie, keinen Antrieb und keine Kraft, weshalb er nicht arbeiten könne (Urk. 7/76/33) . Ausserdem äusserte sich der Beschwerdeführer wiederholt dahingehend , es sei eine logische Konsequenz des Unfalls, „ dass man danach versorgt werde und eine Rente bekomme “ (Urk. 7/76/22).

Bei offensichtlichem Fehlen von Motivation und subjektiver Eingliederungsbereitschaft war die IV-Stelle nicht verpflichtet, Eingliederungsmassnahmen zu gewähren und eine akzessorische Übergangsrente auszurichten (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2014 vom 5. September 2014, E. 5.2).

Der Vollständigkeit halber ist im diesem Zusammenhang

darauf hinzuweisen, dass die Gutachter ihre Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen nicht von beruflichen Rehabilitationsmassnahmen abhängig gemacht haben . Daran ändert auch nichts, dass sie solche vor dem Hintergrund der dürftigen Motivationslage für eine erfolgreiche beruflichen Reintegration empfohlen (Urk. 7/76/29).

Schliesslich bedarf es im Vorfeld einer Rentenaufhebung nach lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision entgegen dem Beschwerdeführer selbstredend keines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG. Dass vorliegend die Voraussetzungen einer Rentenaufhebung nach lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision erfüllt sind, wurde im Rahmen der vorangehenden Erwägungen

abschliessend erläutert. 7.

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. 8 .

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Alex Beeler - 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 HurstHediger

E. 10

ff.). Schliesslich bestehe bei einer Rentenaufhebung nach Massgabe der Schlussbestimmungen 6a ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Selbst wenn er (der Beschwerdeführer) sich gegen eine Eingliederung ausgesprochen habe – was bestritten werde und wofür die Beweislast bei der IV liege -, so könnten die Leistungen nicht ohne Mahnverfahren verweigert werden (Urk. 1 S.

E. 12

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Rentenzusprache im Wesentlichen auf grund eines pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebild des erfolgte. Liess sich doch trotz eingehenden klinischen und bildgebenden Abklärungen kein

hinreichendes organisches Korrelat für die beklagten Symptome finden. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers waren

auch die von Dr. C.____ erhobenen Befunde zu unspezifisch und vermochten sie für sich allein weder eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen noch die dauerhafte Kopfschmerzsymptomatik in der geschilderten Form zu erklären. Ausserdem war die beklagte Ausstrahlung der Schmerzen in Richtung Oberarm-Aussenseite, Unterarm und Finger auf der rechten Seite nicht durch ein radikuläres Geschehen erklärbar (Urk. 7/76/23 f.).

Unabhängig der Glaubhaftigkeit der

geschilderten Beschwerden

(vgl. kreisärztliche Untersuchung vom 22. Oktober 2001, Urk. 7/13/57) sind bei der Beurteilung der Auswirkungen dieser Leiden – wie bei allen nicht objektivierbaren Krankheitsbildern – aus juristischer Sicht weitere Kriterien (nach bisheriger Rechtsprechung die sogenannten Foerster-Kriterien) bzw. Indikatoren (vgl. E. 5.3) beizuziehen bzw. zu berücksichtigen, um zu prüfen, ob das Leiden invalidisierend ist.

Darüber hinaus steht

fest, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache jedenfalls keine vom syndromalen Zustand unabhängige somatische und/oder psychische Gesundheitsschädigung, welche selbstständig zur Begründung des Rentenanspruchs hätte beitragen können, vorlag. Insbesondere entwickelte sich die depressive Symptomatik nach überzeugender Feststellung von Dr. A.____

infolge des Schmerzsyndroms. Konkret führte Dr. A.____

damit korrelierend aus, dass der Beschwerdeführer leide angesichts persistierender Schmerzen seit dem Unfallereignis im Mai 2001 an Antriebsstörungen und Lustlosigkeit und habe Probleme

mit der Schmerzverarbeitung. Ausserdem

besteht eine Verzweiflungstendenz

im Hinblick auf die Befürchtung, dass der schmerzhaft körperliche Zustand könnte anhalten (Urk. 7/22/1, Urk. 7/22/8, E. 3.8). Auf das Fehlen einer

vom syndromalen Zustand unabhängigen psychischen Gesundheitsschädigung deuten schliesslich auch die Aussagen des Beschwerdeführers, wonach er vor dem Unfallereignis keinerlei psychischen

(oder sonst wie gearteten gesundheitlichen) Beschwerden und Einschränkungen gehabt habe (Urk. 7/76/14, Urk. 7/76/32).

Nach der Praxis des Bundesgerichts kann auch dann ein unklares Beschwerdebild vorliegen, wenn eine depressive Erkrankung bloss als Begleiterscheinung eines psychogenen Schmerzgeschehens und nicht als ein selbständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen ist (Urteile 8C_654/2014 vom 06. März 2015 E. 5.3; SVR 2012 IV Nr. 22 S. 95, 8C_302/2011 E. 2.4; Urteile 9C_521/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3.1.2 und 4.1 sowie 9C_246/2012 vom 16. Juli 2012 E. 3.5.2 f.).

Bei dieser Sachlage bleibt eine Rentenrevision in Anwendung von lit . a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision auch bei Vorliegen eines sogenannten „ Mischsachver-haltes “ möglich und zulässig (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen, E. 1. 5). Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach der Rentenzusprache nicht ausschliesslich ein pathogenetisch - ätiologisch unklares Beschwerdebild zugrunde gelegen habe und eine Revision unter diesem Rechtstitel daher ausgeschlossen sei, geht damit ins Leere.

Im Übrigen hat der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen der 6. IV-Revision (1. Januar 2012) weder das 55. Altersjahr zurückgelegt noch die Rente im Zeitpunkt der Rentenprüfung (2. Juni 2015, Urk. 2) 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. 1.5). 4. 4.1

Dem interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 24. Januar 2014 sind keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/76/27) . Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

diagnostizierten die beurteilenden Fachärzte (Urk. 7/76/28) : - Cervikocephales , thoracovertebrales und intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit - Status nach Unfallereignis vom 17. Mai 2001 (Sturz nach hinten nach Einklemmung Unterschenkel durch einen Container) - mittelschweren degenerativen Veränderungen an der LWS, BWS und HWS - Status nach Scheuermann - Dysthymia (F34.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Chronischer Spannungskopfschmerz - Dyslipidämie - Verdacht auf Steatosis

hepatis mit leichter entzündlicher Aktivität

Im Rahmen der orthopädischen Anamnese beklagte der Beschwerdeführer Kopfschmerzen (partial und am Hinterkopf) , Nackenschmerzen, Schwindel sowie Orientierungslosigkeit . Ausserdem habe er einen Tremor. Sodann habe er Mühe, die Beine ab dem Knie zu spüren. Er habe einen Druck im Rücken (obere BWS), im Nacken sowie im Bereich der LWS (Urk. 7/76/11).

Aufgrund der klinischen Untersuchung hielt der orthopädische Facharzt fest, es

bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS und HWS, jedoch ohne radikuläre Zeichen sowie Myogelosen im Schulterbereich. Aufgrund der vom Beschwerdeführer mitgebrachten MRI vom 8. März 2012 (HWS) und 15. März 2012 (LWS)

bestünden mässiggradige degenerative Veränderungen (uncovertebrale Arthrose der Segmente C5-C7 linksbetont mit leichter foraminaler Enge C6 und C7; flache Diskushernie linksseitig C3/C4 ohne Tangierung; auf Höhe L4/L5 und L5/S1 mediane Diskushernie ohne Kompression der Nervenwurzel; im Bereich der BWS geringe Osteochondrose und Residuen eines M. Scheuermann) , welche aus orthopädischer Sicht die beklagten Beschwerden nur teilweise erklären könnten. Unter Berücksichtigung der Vorakten bestünde somit aus orthopädischer Sicht seit über 10 Jahren sowohl klinisch als auch radiologisch eine erhebliche Diskrepanz zu den angegebenen Beschwerden . Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer schwerste Arbeiten , insbesondere

Heben und Tragen von mehr als 20 kg beidseits , Arbeiten in gehockter oder gebückter Haltung sowie das Hantieren mit vibrierenden und schlagenden Maschinen , nicht zumutbar . Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und Überkopfarbeiten seien nur selten zumutbar. Schliesslich seien Arbeiten mit längerer Zwangshaltung im Rücken zu vermeiden. In einer mittelschweren, wechselseitigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Dies betreffe die angestammte Tätigkeit als ungelerner Arbeiter auf dem Recycling-Hof sowie eine allfällige Verweistätigkeit (Urk. 7/76/14 f.).

Anlässlich der psychiatrischen Beurteilung führte der Beschwerdeführer aus, bis zum Unfallereignis habe er keinerlei psychische Beschwerden oder Einschränkungen gehabt. Danach sei alles auf einmal anders geworden. Sein Hauptproblem seien die Kopfschmerzen. Diese seien in Form eines Druckes vom Nacken ausgehend bis in die Stirn- und Schläfenregion dauerhaft vorhanden, vergesellschaftet mit einem dauerhaften Drehschwindel. Ausserdem würden seine Augen beim Lesen zittern und es würde alles verschwimmen. Von der HWS ausgehend habe er sodann in die rechte Schulter, zum rechten Arm bis hinein in die Finger ausstrahlende Schmerzen. Die Finger würden stechen und kribbeln. Die Wirbelsäule schmerze im LWS-Bereich und die Schmerzen würden ins Gesäss bis hinein in beide Beine ausstrahlen. Er habe dann auch ein Stechen in den Füßen. Manchmal schmerze auch die linke Brustseite. Nach den früheren Sensibilitätsstörungen der rechten Körperhälfte befragt, habe der Beschwerdeführer durchgehende Gefühlsstörungen verneint. Die nach dem Unfallereignis beklagten Hörstörungen seien ihm nicht mehr erinnerlich. Im Nachgang des Unfallereignisses sei er vergesslich und traurig geworden. Er habe schwarze Gedanken, insbesondere wenn er alleine sei. Er habe auch viele Selbstmordversuche begangen. So habe er einmal versucht, sich im Keller zu erhängen. Dabei sei er vom Nachbarn gefunden worden. Ein anderes Mal sei er bei roter Ampel über die Strassen gegangen. Er habe keinen Antrieb und müsse sich zu allem aufraffen. Seine Ehefrau fordere ihn immer wieder zu Aktivitäten auf. Morgens stehe er zu unterschiedlichen Zeiten auf und frühstücke dann mit seiner Ehefrau. Dann schaue er fern und sitze auf dem Sofa. Später bereite die Frau das Mittagessen zu, welches er mit ihr einnehme. Im Anschluss gehe er mit seiner Frau etwa eine halbe Stunde spazieren, wobei er auf einer Bank absitzen müsse. Zu Hause müsse er dann erstmal wieder ausruhen, dann sehe er fern oder lese er auch Bücher (historische Romane). Seine Ehefrau besorge für ihn immer wieder Bücher in portugiesischer Sprache. Abends gehe er mit seiner Frau manchmal noch einmal spazieren oder sehe fern. Ca. gegen 22 Uhr gehe er ins Bett. Sodann komme seine Tochter mit den Enkelsohnen mehrfach pro Woche vorbei. Letztere würden sich freuen , ihren Grossvater zu sehen und mit ihm zu reden . Darüber sei er (der Beschwerdeführer) froh , aber es mache ihn nicht froh, wie er es genannt habe. Es sei für ihn die logische Konsequenz eines Unfalles, dass man danach versorgt werde und eine Rente bekomme. Er habe keine Energie, keinen Antrieb und keine Kraft, weshalb er nicht arbeiten könne. Auf entsprechende Frage gab der Beschwerdeführer an, es habe sich bei dem Berufsunfall vom Mai 2001 um einen sehr schweren Unfall gehandelt. Er sei bewusstlos im Spital gewesen (Urk. 7/76/31 f. , Urk. 7/76/38).

Der psychiatrische Facharzt hielt in Auseinandersetzung mit den Vorakten

fest, ein schweres Unfallgeschehen mitunter Eintritt einer Bewusstlosigkeit sei nicht dokumentiert (Urk. 7/76/36). Im Gegenteil sei das einschlägige Unfallereignis

nicht als schwerer Unfall mit entsprechend schweren Verletzungen, welcher die beklagten Symptome hinreichend erklären liessen , zu werten . Es bleibe vielmehr insgesamt

unerklärlich, wie ein nicht schweres und nicht als katastrophal und aussergewöhnlich einzustufendes Unfallereignis bei einem vorher psychisch gesunden Menschen, in dessen biographischen Entwicklung keine nachhaltigen Implikationen bestünden, zu einer dermassen massiv ausgeprägten psychischen Beeinträchtigung habe führen können (Urk. 7/76/38 f.).

Neben der Schmerzsymptomatik habe der Beschwerdeführer verschiedentlich neurologische Symptome beklagt, welche indes über die

Jahre hinweg etwas unterschiedlich vorgetragen worden seien. Ausserdem habe er einerseits ausgeführt, ein Zittern der Augen zu haben, was zu Verschwimmen führen würde; gleichzeitig habe er angegeben, historische Romane zu lesen. Den Titel des augenblicklichen Buches habe er unter Hinweis auf seine Vergesslichkeit nicht nennen können. Seine Frau besorge in einer Buchhandlung in Zürich immer Bücher in portugiesischer Sprache. Weshalb er trotz seiner Vergesslichkeit neue Bücher benötige, habe der Beschwerdeführer nicht sagen können. Für die organisch-morphologisch letztlich nicht hinreichend erklärbare Schmerzausprägung habe der Beschwerdeführer eine Konstanz bzw. Progredienz beschrieben. Mit einer gewissen Latenz zum Unfallgeschehen habe er sodann psychische und kognitive Beeinträchtigungen

angegeben. In der Gegenübertragung sei dabei nur ein geringer Leidensdruck spürbar gewesen. Auf insistierende Nachfragen bezogen auf die allfällige Symptomatik habe der Beschwerdeführer eher ausweichend reagiert und habe er diffuse Angaben gemacht. Auch hätten sich erhebliche Diskrepanzen zwischen der geschilderten Symptomatik und dem beschriebenen Aktivitätsniveau, welchem der Beschwerdeführer – wenn auch nach Aufforderung durch die Ehefrau – nachgehen könne, gezeigt

(Urk. 7/76/33, Urk. 7/76/38).

Es falle auf, dass der Beschwerdeführer das Unfallereignis in seiner subjektiven Wahrnehmung als schwerstgradig einstuft und daraus einen als rechtmässig empfundenen Versorgungs- und Rentenanspruch herleite. Es sei denkbar, dass die diesbezüglichen Erwartungen nur teilweise erfüllt worden seien und insbesondere gewisse Untersuchungssituationen sowie entsprechende Nachfragen bezüglich seiner Leistungsansprüche bei ihm zu narzisstischen Kränkungen geführt hätten, bei dem Empfinden, dass ihm Leistungen zustehen würden. Diese Kränkungen könnten die Entwicklung einer entsprechenden psychischen Symptomatik sowie die Ausbildung psychosomatischer Reaktionen, insbesondere in Form einer somatoformen Störung mitverursacht haben. Vor dem Hintergrund der beschriebenen Diskrepanzen sowie des Verhaltens des Beschwerdeführers sei darüber hinaus eine Neigung zur Verdeutlichung und Aggravation zu berücksichtigen und damit die Schwere der Symptomausweitung zu relativieren. In psychiatrisch-diagnostischer Hinsicht sei somit einerseits von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Andererseits sei es initial zur Ausbildung einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie Beeinträchtigung anderer Gefühle gekommen. Der Schweregrad einer depressiven Episode sei nicht erreicht worden. Die Symptome liessen sich am besten in die Kategorie einer Dysthymia subsumieren. Die [mit Bericht vom 22. März 2013, Urk. 7/61, vgl. Sachverhalt