

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01206 vom 30. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01206 du 30 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01206 del 30 giugno 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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). 1. 2

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 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).

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).

E. 1.2

Mit Verfügung vom 6. Februar 2002 erhöhte die IV-Stelle die bisherige halbe Rente mit Wirkung per 1. Januar 2002 bei einer durch den Bericht eines Psychiaters attestierten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auf eine ganze

Rente (Urk. 6 / 12 6).

Nach Einholung des Revisionsfragebogens (Urk. 6 /1 34) sowie des Berichtes von Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumaerkrankungen (Urk. 6 /13 7), bestätigte die IV-Stelle die bisherige ganze Rente bei unverändertem Invaliditätsgrad mit Mitteilung vom 8. März 2007 (Urk. 6 /13 9).

E. 1.3

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arzt - berichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, gemäss dem Gutachten des D.____ vom 2. Juni 2015 sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar, eine leichte, wechselbelastende jedoch schon. Dies mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 20 % aus somatischer Sicht. Die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei unter Berücksichtigung der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) nachvollziehbar. Beim Einkommensvergleich nahm die Beschwerdegegnerin einen Leidensabzug von 10 % vor und gelangte so zu einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 36 % (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer wandte hiergegen ein, die D.____ -Gutachter hätten mehrere Male von Symptomausweitungen, Aggravation und Widersprüchen gesprochen, was dem neuropsychologischen Teilgutachten widerspreche und nicht plausibel sei (Urk. 1 S. 3-4). Ebenso wenig sei nachvollziehbar, dass die Schmerzen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sein sollen, aber die angestammte Tätigkeit dennoch nicht mehr zumutbar sei. Im Gutachten werde er als ganz anderer Mensch beschrieben als von Dr. F.____ und Dr. E.____, wobei in der Tat ein sozialer Rückzug vorliege. Es sei befremdend, dass das D.____ keine affektive Beeinträchtigung festgestellt habe (Urk. 1 S. 4 -5). Zur Frage der Überwindbarkeit der Schmerzen und zu seiner affektiven Lage sei bei der uneinigen Aktenlage ein Obergutachten einzuholen (Urk. 1 S. 6). In der Replik wies er zudem darauf hin, dass er wegen konvulsiver Synkopen während drei Tagen habe hospitalisiert werden müssen und zu 60 % arbeitsunfähig sei (Urk. 11 S. 2). 3.

3.1

Mit Urteil des hiesigen Gerichts IV.2013.00763 vom

E. 1.4

Gegen die Verfügung vom 4. Juli 2013

erhob X.____ am 9. September 2013 Beschwerde. Diese wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2013.00763 vom 20. August 2014 in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2013 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung zurück gewiesen wurde (Urk. 6/222). 1. 5

In Nachachtung dieses Urteils vom 20. August 2014 holte die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten des D.____ vom 2. Juni 2015 (Urk. 6/252)

einschliesslich das neuropsychologische Teilgutachten vom 12. April 2015 (Urk. 6/254) ein

Gestützt auf die Ergebnisse der Begutachtung führte die IV-Stelle einen Einkommensvergleich durch (Urk. 6/258) und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 1. September 2015 die Aufhebung seiner Invalidenrente in Aussicht (Urk. 6/259). Hiergegen erhob der Versicherte am

E. 6

/8

E. 9

/3) meldete er sich am 12. Januar 1998 unter Hinweis auf ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Status nach Lendenwirbelkörperfrakturen und bei Wirbelsäulenfehlform sowie unter Hinweis auf eine depressive Verstimmung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug einer halben Rente an (Urk. 6/84/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach ihm ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 56 % mit Verfügung vom 16. November 1999 mit Wirkung ab 1. März 1998 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 6/1

E. 13

September 2015 Einwand (Urk. 6/263). Am 20. Oktober 2015 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinn (Urk. 6/266 = Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 20. Oktober 2015 erhob der Versicherte am 23. November 2015 unter Beilage des Berichts von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. November 2015 (Urk. 3) Beschwerde und beantragte die ersatzlose Aufhebung der angefochtenen Verfügung

(Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom

11. Januar 2016

schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Replik vom 28. April 2016

(Urk. 11) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest, beantragte zudem den Beizug weiterer Berichte behandelnder Ärzte, und reichte weitere medizinische Berichte ein

(Urk. 12/1-2) . Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 12. Mai 2016 auf das Einreichen einer Duplik

(Urk. 15) . Die s wurde dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2016 mitgeteilt (Urk.

E. 16

).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 20

August 2014 wurde bereits festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin die laufende Rente, soweit sie auf nicht erklärbaren Beschwerden beruht, zu Recht unter dem Titel der Schlussbestimmung a. der Änderung des IVG vom 18. März 2011 einer Neuerteilung unterzogen hat (Urk. 6/222/7 E. 3.3). Ferner wurde darauf hingewiesen, dass zu prüfen sei, ob die Voraussetzungen für einen Rentenbezug aktuell gegeben seien (Urk. 6/222/7 E. 4.1).

Da die damals vorliegenden Akten keine schlüssige Beurteilung des Rentenanspruchs erlaubten, wurde die Sache zur Durchführung einer interdisziplinären Begutachtung an die IV-Stelle zurückgewiesen (Urk. 6/222/11 E. 5.4).

3.2

3.2.1

In Nachachtung des genannten Urteils holte die IV-Stelle das D.____ - Gutachten vom 2. Juni 2015 (Urk. 6/252)

ein. Das Gutachten des D.____ stütze sich auf die Vorakten inklusive Vorgeschichte gemäss Aktenlage, die anlässlich der Begutachtung erhobene Anamnese, die fachärztlich erhobenen Befunde und Ergebnisse der Untersuchungen, die Beobachtungen im Verhalten des Beschwerdeführers sowie die Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Leiden. Sodann erfolgte - nebst der rheumatologischen (Urk. 6/252/43-45), der neurologischen (Urk. 6/252/52-57), der neuropsychologischen (Urk. 6/252/63-64) und

der psychiatrischen (Urk. 6/252/79-92) - eine interdisziplinäre Beurteilung und Beantwortung der Fragen (Urk. 6/252/93-104). 3.2.2

Die Gutachter führten aus, aus chirurgisch-allgemeinmedizinischer

Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (Urk. 6/252/97). 3.2.3

Auf dem rheumatologischen Gebiet bestehe bei Status nach Deckplatten - Impressionsfraktur LWK1 und Kneifzangenfraktur LWK2 eine geringe Rest - kyphose thorakolumbal und an der oberen Lendenwirbelsäule. Dies führe zu einer biomechanisch ungünstigen Belastung, welche durch die konservative Streckhaltung lumbal zusätzlich beeinflusst werde. Es resultiere eine anhaltende und bleibende Belastbarkeitseinschränkung, welche durch die Spondylarthrose - bildung vor allem im Segment LWK5/SWK1 zusätzlich verstärkt werde. Das thorakolumbale und lumbale Achsenskelett sei insgesamt gut kompensiert. Es bestünden mehrere Diskrepanzen mit Hinweis für eine bewusst

seinsnahe Schmerzverdeutlichung. Für die wirbelsäulenbelastende angestammte Tätigkeit als Maurer liegt eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Für eine behinderungsangepasste Verweistätigkeit ohne repetitive Gewichtslastungen über 15 Kilogramm, ohne repetitive vornübergebückte Arbeitsabläufe und ohne monoton stehende oder sitzende Arbeitsabläufe, mit idealerweise der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Stehen und Sitzen, bestehe aufgrund von vermehrt notwendigen Pausen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/252/97). 3.2.4

Aus neurologischer Sicht hielten die

D. ___ -Gutachter fest, die laut dem Beschwerdeführer seit Jahren bestehenden, therapieresistenten thorakolumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die rechte untere

Extremität und begleitet von diffusen Sensibilitätsstörungen und Missempfindungen liessen sich organ-pathologisch nicht erklären. Das Ausmass der lumbalen Schmerzen und der pathologischen objektiven Befunde der Lendenwirbelsäule kontrastieren mit dem unauffälligen MRI-Befund und den unauffälligen Ergebnissen in der elektro-physiologischen Zusatzdiagnostik. In diesem Zusammenhang werde auf erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen im Rahmen der Exploration und der klinisch-neurologischen Untersuchung verwiesen. Radikuläre Zeichen hätten ausgeschlossen werden können. Die vom Beschwerdeführer vorgetragene Kopfschmerzen entsprechen am ehesten phänomenologisch einem häufig auftretenden episodischen Kopfschmerz vom Spannungstyp. Auf dem neurologischen Fachgebiet sei der Beschwerdeführer weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer und Fischverkäufer noch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt (Urk. 6/252/97). 3.2.5

In der neuropsychologischen Exploration hätten sich leichte, die Aufmerksamkeitsfunktionen betreffende neuropsychologische Funktionsstörungen gezeigt. Entsprechend sei ein Fahreignungstest zu empfehlen. Die kognitiven Anforderungen einer Berufstätigkeit, die seiner letzten Anstellung entspreche, könne er hingegen bewältigen (Urk. 6/252/98). 3.2.6

Aus psychiatrischer Sicht bestünden im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien keine psychopathologischen Auffälligkeiten. Die Kardinalsymptome einer Depression seien nicht gegeben. Hingegen lägen erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten vor. Analog den Parametern der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-P seien die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Konfliktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit, die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten und die Wegefähigkeit nicht eingeschränkt. Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) seien nicht erfüllt. Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen. Es könne von einer tatsächlichen Überwindbarkeit der subjektiv erlebten Defizite aus medizinischer Sicht ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten (Urk. 6/252/98). 3.2.7

Gesamthaft gelangten die Gutachter zum Schluss, in einer dem aus rheumatologischer Sicht formulierten Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer

noch zu 80 % arbeitsfähig. In den übrigen Fachgebieten sei er nicht eingeschränkt (Urk. 6/252/99). Diese Beurteilung gelte bereits seit der im Jahr 1990 erfolgten Kündigung (Urk. 6/252/99-100).

3.3

RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, hielt am 9. Juni 2015 fest, das D.____-Gutachten sei beweis kräftig und es stütze die Einschätzung des RAD vom 19. Juli 2012. Bereits laut dem MEDAS-Gutachten des H.____ vom 9. Juli 1990 habe die Vermittlung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses im Vordergrund gestanden. Aus der Beobachtung des Verhaltens des Beschwerdeführers bei der aktuellen Begutachtung hätten sich zahlreiche Diskrepanzen ergeben. So seien die demonstrierte Schwäche bei der Kraftprüfung im Bereich der Hände sowie die fehlende Kraft im Bereich der Beine nicht nachvollziehbar.

Die Muskulatur im Bereich der Beine sei ausgesprochen kräftig, obwohl Schmerzhaftigkeit und Schonung angegeben worden seien. Bei der Funktionsprüfung sei es zudem zu einer Gegeninnervation gekommen. Insgesamt bestünden also erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten (Urk. 6/262/4-5). 3.4

Am 8. Juli 2015 prüfte RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Anästhesiologie, die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Dabei hielt er fest, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei von den Gutachtern als leicht bezeichnet worden. Gutachterlich seien eine ausgeglichene Persönlichkeit registriert und gute soziale Kontakte erwähnt worden.

Bezüglich des Aktivitätsniveaus merkte Dr. I.____ an, der Beschwerdeführer habe die gleichen Hobbies angegeben wie vor Rentenbeginn und das Tagesprofil weise nicht auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin (Urk. 6/262/6). 3.5

Dem Bericht des Dr. E.____ vom 19. November 2015 ist zu entnehmen, dass er die Auffassung des Beschwerdeführers bezüglich des D.____-Gutachtens teile. Des Weiteren beanstandete er am D.____-Gutachten, dass die invaliditätsfremden Faktoren als zentrales Argument gegen ein invalidisierendes Leiden herbeigezogen worden seien, obwohl diese unzweifelhaft eine Rolle spielten in Krankheitsprozessen. Zudem sei in der Konsensuskonferenz nicht darauf eingegangen worden, dass die neuropsychologische Testung im Gegensatz zur psychiatrisch-neurologischen Begutachtung keine Symptomausweitung ergeben habe

(Urk. 3 S. 1-2). Im Übrigen verwies er auf sein Gutachten vom 14. Januar 2014 (Urk. 6/206/10-40, vgl. auch Urk. 6/222/9-11 E. 5.1 und 5.2). Dementsprechend liege ein komplexer Gesundheitsschaden vor, der sich durch eine erhebliche, chronifizierte-rezidivierende depressive Störung auszeichne und sich in toto mit den chronischen Schmerzen und ebenso in Abhängigkeit von diesen wie mittlerweile auch mit einer nicht unerheblichen Autodynamik über Jahre hindurch aufgebaut habe. Bei diesem klinisch eindeutig aufzeigbaren Gesundheitsschaden sei ein relevantes und anhaltendes Leistungsdefizit und damit eine andauernde Minderung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar (Urk. 3 S. 3). 3.6

Am 14. März 2016 berichtete Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Beschwerdeführer komme alle zwei bis drei Wochen zu einer psychoedukativ-stützenden Sitzung zu ihm und werde medikamentös behandelt. Er leide an einer

depressiven Episode mittleren bis schweren Grades (ICD-10: F32.1, F32.2), an einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23, F43.24), an einer Minderbegabung (ICD-10: F70) sowie an einer chronischen Schmerzstörung bei Status nach drei Unfällen in den 90er-Jahren (Urk. 12/1) . Dr. J. ___ führte aus, die Diagnosen der Schmerzstörung, der depressiven Episode sowie der Anpassungsstörung würden in ihrer komorbiden Kombination zu einer deutlichen Reduktion der Arbeitsfähigkeit führen. Die Minderbegabung stehe dabei einer effizienten Behandlung entgegen. Die Arbeitsunfähigkeit schätze er auf 60 % (Urk. 12/1). 3.7

Dem Bericht der Klinik K. ___ , Radiologie, vom 22. März 2016 ist zu entnehmen, dass die MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule im Vergleich zur Voruntersuchung vom 30. April 2013 stationäre Befunde ergeben habe (Urk. 12/2) . 4. 4.1

Die IV-Stelle stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung in Übereinstimmung mit den RAD-Stellungnahmen (E. 3.3 und E. 3.4 vorstehend) auf das D. ___ -Gutachten vom 2. Juni 2015 (Urk. 6/252) .

Dass laut dem MEDAS-Gutachten aus rheumatologischer Sicht wirbelsäulen - belastende Tätigkeiten, respektive solche mit repetitiven Gewichtsbelastungen über 15 Kilogramm, mit repetitiven vornübergebeugten Arbeitsabläufen , mit monoton stehenden oder monoton sitzenden Arbeitsabläufen nicht mehr zumutbar sind, ist beim Status nach

mehrmaligen Frakturen der Wirbelsäule mit Kyphosierung , sekundär multisegmentalen Spondylosen sowie Facetengelenks - arthrosebildung

und der daraus resultierenden Belastbarkeitseinschränkung (Urk. 6/252/43)

nachvollziehbar. Dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit hingegen grundsätzlich vollschichtig arbeitsfähig ist, jedoch zwecks Positionswechseln kurze Pausen im Umfang von total 20 % einschalten muss (Urk. 6/252/44), überzeugt ebenfalls, da seinen Einschränkungen mittels der Einhaltung der Schonkriterien sowie der Möglichkeit zu zusätzlichen Pausen gebührend Rechnung getragen wird. Zu wesentlichen Veränderungen kam es zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung nicht (E. 3.7 vorstehend).

Dass aus chirurgisch-allgemeinmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, ist

nachvollziehbar , zumal keine gravierenden Befunde

erhoben und die angegebenen Sensibilitätsstörungen sowie Kräfteeinschränkungen

nicht auf ein anatomisches Korrelat zurückgeführt werden konnten (Urk. 6/ 252/96-97) .

Ebenso verhält es sich mit der Beurteilung aus neurologischer Sicht, nachdem bei der neurologischen Untersuchung keine Erklärung für die in die rechte untere Extremität ausstrahlenden thorakolumbalen Schmerzen, begleitet von diffusen Sensibilitätsstörungen und Missempfindungen , gefunden werden konnte, sowie radikuläre Zeichen ausgeschlossen werden konnten (Urk. 6/252/97), weshalb insgesamt auf dem Fachgebiet der Neurologie keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (Urk. 6/252/55) .

Bei der neuropsychologischen Exploration zeigten sich zwar bezüglich der Aufmerksamkeitsfunktionen leichte neuropsychologische Funktionsstörungen (Urk. 6/252/98). Die direkten Aufmerksamkeitsleistungen des Beschwerdeführers lagen unter dem

Durchschnitt, wobei bei der geteilten Aufmerksamkeit neben den verlangsamten Reaktionszeiten auch viele Fehler auftraten (Urk. 6/254/7-8). Bei den ansonsten mehrheitlich durchschnittlichen Funktionen (Urk. 6/254/7) und angesichts der während der Untersuchung intakten Auffassung, Ausdauer und Konzentration (Urk. 6/254/5) ist die Beurteilung schlüssig, wonach der Beschwerdeführer in einer Berufstätigkeit

nicht eingeschränkt ist, welche ähnlichen kognitive Anforderungen wie die zuletzt innegehabte Anstellung stellt

(Urk. 6/254/8).

Zusammenfassend ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten somit in nachvollziehbarer Weise, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht seit vielen Jahren in einer Tätigkeit, die dem vom rheumatologischen Gutachter formulierten Zumutbarkeitsprofil entspricht zu 80 % arbeitsfähig ist. 4.2

4.2.1

Die Gutachter legten ferner dar, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch aus psychiatrischer Sicht seit etlichen Jahren nicht verändert hat und nach wie vor eine somatoforme Störung vorliegt (Urk. 6/252/101). Sie diagnostizierten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und nannten als Differentialdiagnose eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1; Urk. 6/252/87). Die psychiatrische Diagnose zählt zu den unklaren Beschwerdebildern im Sinne von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision. 4.2.2

Bei der in der Explorationssituation nicht reduzierten Aufmerksamkeit und Konzentration (Urk. 6/252/75-76), einer euthymen Mittellage der Affektivität mit ausreichender Schwindungsfähigkeit sowie affektiver Modulationsfähigkeit, psychomotorisch lebendiger Mimik und Gestik sowie ausgeglichener Persönlichkeit (Urk. 6/252/77) ist es nachvollziehbar, dass weder eine Depression noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert wurde. Im Übrigen stimmt diese Beurteilung auch mit den vom Beschwerdeführer gemachten Angaben überein: Er hat auch nach seiner eigenen Einschätzung keine Probleme mit Gedächtnis und Konzentration, kein reduziertes Selbstwertgefühl, keine Schuldgefühle, im Grossen und Ganzen eine ausgeglichene Stimmung, er fühlt sich nicht depressiv, hat einen unauffälligen Antrieb, keine Suizidgedanken oder -versuche, einen guten Appetit sowie ausreichend soziale Kontakte (Urk. 6/252/73-74).

Einen Interessesverlust verneint er strikt (Urk. 6/252/75). Dass auch im Übrigen keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, überzeugt auch angesichts dessen, dass keiner der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an den Mini-ICF-P eine Einschränkung ergab (Urk. 6/252/77-79). Ferner fühlt er sich der Beschwerdeführer wegen der Schmerzen beziehungsweise aus somatischer Sicht wegen des Rückens arbeitsunfähig. Eine Einschränkung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit im psychischen Bereich sah er nicht (Urk. 6/252/72-74).

Zusammenfassend ergibt sich aus dem Gutachten schlüssig, dass nebst der somatoformen Störung keine psychiatrische Erkrankung vorliegt. Befremdend ist dieses Ergebnis vor dem geschilderten Hintergrund nicht, wie der Beschwerdeführer dies nun geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 5 Ziff. 11). 4.2.3

Bei der somatoformen Schmerzstörung und ähnlichen unklaren Beschwerde - bildern ist gemäss BGE 141 V 281 grundsätzlich zu überprüfen, ob die ärztlichen Feststellungen gen bezug nehmend auf verschiedene rechtserhebliche Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7) und das Bundesgericht hielt daran fest, dass psychische Störungen solcher Art nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) an gehbar sind (E. 4.3.1.2). Die MEDAS-Gutachter erhoben keine ausgeprägten psychopathologischen Symptome sowie keine Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 6/252/75-79, Urk. 6/252/82) und gingen daher nachvollziehbarerweise aus medizinischer Sicht nicht von einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Störung aus (Urk. 6/252/86-87). In Übereinstimmung damit gaben sie an, die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen (Urk. 6/252/85). Nach dem Gesagten ist von einer unterdurchschnittlichen Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde und Symptome auszugehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1), weswegen eine - wie es für eine invalidisierende Wirkung vorausgesetzt wäre - schwere Störung zu verneinen ist. Ferner stünde dem Beschwerdeführer als noch nicht ausgeschöpfte Behandlungsmöglichkeit eine psychiatrisch-psychotherapeutische und psycho-pharmakologische Behandlung in einem multimodalen Setting, am besten in einer Schmerzambulanz, offen (Urk. 6/252/88, Urk. 6/252/100), weswegen die Behandlungsresistenz nicht ausgewiesen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Eine psychiatrische Komorbidität ist nicht gegeben (E. 4.2.2 vorstehend). Die körperliche Begleiterkrankung verunmöglicht zwar eine Tätigkeit im angestammten Beruf und führt zu einer erhöhten Pausenbedürftigkeit, jedoch raubt sie ihm keine weiteren Ressourcen beziehungsweise wirkt sich die somatische Einschränkung in Kombination mit der somatoformen Störung gemäss der interdisziplinären Beurteilung der Gutachter nicht weitergehend negativ auf die Erwerbsfähigkeit aus (Urk. 6/252/98-99). Entsprechend überzeugt es unter Berücksichtigung des Komplexes „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1), dass keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde.

Der Beschwerdeführer weist eine ausgeglichene Persönlichkeit ohne besondere Störungen, ohne Auffälligkeiten im Antrieb sowie ohne Beeinträchtigungen der funktionellen Leistungsfähigkeit auf (Urk. 6/252/76-79). Er verfügt über ausreichend viele soziale Kontakte. Diese sowie die intakte Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten (Urk. 6/252/78) weisen auf vorhandene Ressourcen hin.

Die Gutachter beobachteten des Weiteren verschiedene Diskrepanzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1). So ergab die gutachterliche Konsistenzprüfung Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen, es bestanden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, zwischen massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung durch die Schmerzen und Missempfindungen und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung und den Auslandsreisen sowie Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe (Urk. 6/252/87). Dr. G._____ wies ebenfalls auf erhebliche Inkonsistenzen und ein ausgesprochen selbstlimitierendes Verhalten hin und erwähnte dabei die nicht nachvollziehbare demonstrierte Schwäche bei der Kraftprüfung im Bereich der Hände sowie der Beine sowie die ausgesprochen kräftige

Muskulatur im Bereich der Beine trotz angegebener Schmerzhaftigkeit und Schonung (Urk. 6/262/4), wobei ihr gefolgt werden kann (Urk. 6/252/36). Die Selbstlimitierung ist beispielsweise daraus ersichtlich, dass der Beschwerdeführer den 6-Minuten-Gehtest aufgrund von wiederholten Schmerzangaben und mangelnder Compliance abbrach (Urk. 6/252/96). Bezüglich der Konsistenz wies Dr. I. ___ zudem auf die aktuell fehlende regelmässige Therapie sowie auf das nicht reduzierte Aktivitätsniveau im Vergleich zur Zeit vor dem Rentenbeginn hin (Urk. 6/262/6). Tatsächlich geht der Beschwerdeführer weiterhin spazieren und pflegt regen Kontakt zu Freunden (Urk. 6/252/71). Die genannten Inkonsistenzen fallen bei der beweisrechtlich entscheidenden Prüfung der Konsistenz ins Gewicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4).

Im Übrigen bleibt darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer sich im Zeitpunkt der Begutachtung nicht in einer regelmässigen Therapie oder Behandlung befand und die Besuche beim Psychiater bereits vor mehr als einem Jahr sistiert hatte (Urk. 6/252/32), was gegen einen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck spricht (vgl. BGE 141 V 281 E.

4.4.2).

Gesamthaft betrachtet resultiert aus dem unklaren Beschwerdebild bei geringgradiger Ausprägung, fehlender Konsistenz und bestehenden Behandlungsoptionen keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit. Somit ist keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. 4.3

Der Beschwerdeführer wandte ein, die von den D. ___ -Gutachtern behaupteten Widersprüche, Symptomausweitungen und Aggravation seien nicht mit dem neuropsychologischen Teilgutachten vereinbar, welches keine Symptomausweitung ergeben habe (Urk. 1 S. 3 -4). Der im neuropsychologischen Teilgutachten durchgeführte Symptomvalidierungstest (Urk. 6/254/6) bezog sich indes lediglich auf das Fachgebiet der Neuropsychologie. Dass bei der Darstellung der neuropsychologischen Funktionsfähigkeit keine Aggravation feststellbar war, schliesst bei den somatischen Beschwerden und Schmerzen eine übertriebene Darstellung nicht aus, weshalb diesem Einwand nicht zu folgen ist. Weiter führte der Beschwerdeführer aus, die Gutachter hätten sich bemüht, Widersprüche aufzuzeigen, wo gar keine seien, beispielsweise bezüglich seiner finanziellen Lage sowie der Studienfächer seiner Töchter (Urk. 1 S. 3). Die Gutachter hielten zwar effektiv fest, es sei erstaunlich, dass der Beschwerdeführer sich nicht habe verschulden müssen, und er habe als Studienfach der einen Tochter einmal Wirtschaft und einmal Verwaltungswissenschaft angegeben (Urk. 6/252/37). Dies geschah jedoch unter dem Titel „Beobachtungen im Verhalten des Versicherten“ (Urk. 6/252/36) und weist nicht auf eine fehlende Neutralität oder Professionalität der Gutachter hin. Sie hielten lediglich ihre Beobachtungen fest und werteten diese nicht (Studienfach) beziehungsweise in vertretbarer Weise („erstaunlich“).

Ferner brachte der Beschwerdeführer vor, es sei nicht nachvollziehbar, dass der neurologische Teilgutachter Auswirkungen der Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit verneine, jedoch dennoch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf ausgegangen werde (Urk. 1 S. 4). Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. med. L. ___ , Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, die Beurteilung in seinem Teilgutachten aus neurologischer Sicht vorgenommen hat. Er hielt explizit fest, dass die Frage nach einer eventuellen Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der

chronischen lumboschialgieformen Schmerzen durch den rheumatologischen Konsiliarius zu beantworten sei (Urk. 6/252/55). Angesichts des Fehlens einer organ-pathologischen Ursache auf neurologischem Fachgebiet für die geklagten Schmerzen, Sensibilitätsstörungen und Missempfindungen (Urk. 6/252/54) ist es plausibel, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (Urk. 6/252/55) beziehungsweise dass Dr. L.____ das positive Leistungsbild des Beschwerdeführers nicht als länger- oder mittelfristig vermindert beurteilte (Urk. 6/252/56).

Soweit der Beschwerdeführer Dr. L.____ vorwirft, er habe ihn als ganz anderen Menschen dargestellt als Dr. F.____ und Dr. E.____ dies getan hätten (Urk. 1 S. 4), ist dem entgegenzuhalten, dass die Beurteilung durch die MEDAS mit den vom Beschwerdeführer gemachten Angaben übereinstimmt (vorstehende E. 4.2.2; Urk. 6/252/73-75). Zudem ist es bei den laut dem Beschwerdeführer noch ausgeführten Aktivitäten mit Reisen nach Z.____ drei- bis viermal jährlich, regelmässigen Treffen mit Freunden und Kollegen, Kontakten zur Familie sowie Spaziergängen (Urk. 6/252/29, Urk. 6/252/71-72) nachvollziehbar, dass kein sozialer Rückzug angenommen wurde. Dabei bestand kein Anlass, die Kontakte mit Freunden und Kollegen, über welche der Beschwerdeführer berichtet hatte, näher zu erheben (vgl. den Einwand des Beschwerdeführers in Urk. 1 S. 5

Ziff. 9).

Der Beschwerdeführer wies darauf hin, dass Dr. E.____ an der Diagnose einer depressiven Störung festhalte (Urk. 1 S. 6

Ziff. 13). Abgesehen davon, dass das Verneinen einer affektiven Störung mit den anlässlich der Begutachtung erhobenen Befunden sowie mit den Angaben des Beschwerdeführers übereinstimmt (E. 4.2.2 vorstehend), ist zu bemerken, dass Dr. L.____ sich eingehend mit der unterschiedlichen Würdigung durch Dr. E.____ auseinandersetzte

(Urk. 6/252/90-92).

Eine psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteil des Bundesgerichts 9C_15/2013 vom 22. Mai 2013, E. 5.1 mit Hinweis). In diesem Sinne vermag auch der Bericht des nun behandelnden Psychiaters Dr. J.____ vom 14. März 2016 (Urk. 12/1) nichts an diesem Resultat der Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens zu ändern. Hinzu kommt, dass der Erlass der angefochtenen Verfügung rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging am 20. Oktober 2015 - mithin vorher (vgl. Urk. 2). Ebenfalls erst nach der angefochtenen Verfügung musste der Beschwerdeführer am 1. März 2016 für drei Tage wegen konvulsiver Synkopen im Spital M.____ hospitalisiert werden (Urk. 11 S. 2), wobei dies bezüglich ohnehin keine Hinweise auf eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit

vorhanden sind. Gleich verhält es sich mit dem nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstatteten Bericht des Spitals M.____ vom 13. Juni 2016 betreffend die am 10. Juni 2016 erfolgten Untersuchungen (vgl. Urk. 18).

Insgesamt vermögen die Einwände des Beschwerdeführers das D.____-Gutachten nicht zu entkräften. Bei dem beweiskräftigen Gutachten erübrigen sich weitere Abklärungen, wie der Beschwerdeführer sie beantragt hat. Der Beschwerdeführer kann eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % ausüben. Limitierend wirkt sich die somatische Beeinträchtigung aus (vgl. vorstehende E. 4.1). Aus psychiatrischer Sicht besteht keine Einschränkung. Diese Beurteilung gilt für den Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung und auch für den Zeitpunkt der Rentenaufhebung im Jahr 2013 (vgl. Urk. 6/194). 5.

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

Die IV-Stelle nahm in nachvollziehbarer Weise an, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin als Maurer arbeiten würde und ermittelte sowohl das Valide- als auch das Invalideneinkommen gestützt auf die Lohnstrukturhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2012 (vgl. Urk. 6/258), was zu Recht unbeanstandet geblieben ist. Der aufgrund des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils vorgenommene Leidensabzug von 10 % ist angemessen. Insgesamt erweist sich der von der IV-Stelle errechnete Invaliditätsgrad von 36 % somit als korrekt. Daraus resultiert kein Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 17 und 18 - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Widmer

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