

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00270 vom 4. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00270

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00270 du 4 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00270 del 4 agosto 2017

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 1. 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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

In den darauffolgenden Rentenrevisionsverfahren bestätigte die IV-Stelle wiederholt die bisherige ganze Rente bei gleichgebliebenem Gesundheitszustand (Verfügung vom 5. Mai 1995 [Urk. 8/44]; Verfügung vom 2. Juli 1997 [Urk. 8/49]; Mitteilung vom 19. September 2000 [Urk. 8/53]; Mitteilung vom 20. Dezember 2002 [Urk. 8/64]; Mitteilung vom 30. Mai 2005 [Urk. 8/75]; internes Feststellungsblatt vom 12. Juli 2006 [Urk. 8/80]).

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung aller guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar

201

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar

2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März

2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März

2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiterer Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai

2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April

2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August

2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai

2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April

2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März

2016 E. 3.2.2).

E. 1.5

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 abgestellt (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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 26. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm weiterhin die bisherige ganze Invalidenrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde sowie die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 31. März 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 11. April 2016 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen. Sodann erachtete das Gericht die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels als nicht erforderlich und stellte dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin zu (Urk. 9). Mit Eingabe vom 15. April

2016 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 11), was der Beschwerdegegnerin am 21. April

2016 angezeigt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2016 im Wesentlichen (Urk. 2), die Untersuchungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer keinen Gesundheitsschaden aufweise, welcher ihn in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken würde. Die suboptimale Leistungsbereitschaft in der psychiatrischen Untersuchung begründe keinen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert. Vielmehr erübrige sich gemäss dem Bundesgericht in solchen Fällen die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren. Hinweise auf eine Aggravation ergäben sich so wohl aus der aktuellen als auch aus früheren Untersuchungen.

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 26. Februar 2016 im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie nicht auf die Argumente im Einwandverfahren eingegangen sei und ihren Entscheid nicht begründet habe (Urk. 1 S. 3). Die angefochtene Verfügung enthalte sodann keine Angaben dazu, ob die Rente wie der erwägungsweise oder revisionsweise aufgehoben worden sei. Bereits dieser Mangel müsse zur Aufhebung der Verfügung führen (Urk. 1 S. 6). Es bestünden aber ohnehin weder Gründe für eine Wiedererwägung noch für eine Revision. Im Gutachten der A.____ vom 19. November 2014 sei von einem unveränderten Zustandsbild seit circa 1993 bis 1994 ausgegangen worden (Urk. 1 S. 6 f.). Eine Aggravation sei zudem ausgeschlossen (Urk. 1 S. 7 f.) Ein Entzug der Rente nach 22 Jahren stelle eine rechtsungleiche Behandlung dar, würden Renten, welche aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes zugesprochen worden seien, gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März

2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision) doch bereits nach 15 Jahren nicht mehr entzogen (Urk. 1 S. 8). Dem Beschwerdeführer seien sodann keine Eingliederungsmassnahmen angeboten worden, obwohl von einer Arbeitsfähigkeit

ausgegangen werde (Urk. 1 S. 9).

E. 2.3

In der Eingabe vom 15. April 2016 brachte der Beschwerdeführer vor, die Beschwerdegegnerin habe es auch in der Beschwerdeantwort unterlassen, eine Begründung für die angefochtene Verfügung nachzuliefern. Eine Aggravation liege nicht vor. Der Gesundheitszustand sei seit über 20 Jahren unverändert (Urk. 11). 3.

3.1

Den nachfolgenden Erwägungen ist vorzuschicken, dass die Bestimmungen zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage in den SchIB IVG 6. Revision zur Anwendung gelangen, „wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind“. Mit anderen Worten ist beim Nachweis einer Verbesserung des Gesundheitszustandes (E. 1.1) nicht auf die genannten Spezialnormierungen zurückzugreifen, was die Beschwerdegegnerin denn auch nicht getan hat. Im Übrigen erfolgte die Rentenzusprache aufgrund einer depressiven Symptomatik und nicht aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Zustandsbildes. Lit. a Abs. 4

SchIB IV G 6. Revision – gemäss welcher Bestimmung eine Rentenherabsetzung oder –aufhebung nicht mehr möglich ist, wenn ein Rentenbezüger im Zeitpunkt des Inkrafttretens der

6. IVG-Revision das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15

Jahren eine Rente der Invalidenversicherung bezieht – ist vorliegend auch nicht analog, unter dem Aspekt einer rechtsungleichen Behandlung, heranzuziehen. Im Gegensatz zur Regelung in lit. a Abs. 4

SchIB IV G 6. Revision ist die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15

Jahren bezogen haben, nicht ausgeschlossen. Die Verwaltung hat zuvor aber

allenfalls Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.1 mit Hinweisen). 3.2

Dass die Beschwerdegegnerin die Rentenaufhebung nicht begründet hätte, trifft nicht zu. Sie ging implizit von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus, indem sie festhielt, aktuell sei kein Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen, zumal es auch an der Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers in der psychiatrischen Untersuchung gefehlt habe und Anhaltspunkte für eine Aggravation bestanden hätten. Die Erwägung, es hätten sich bereits früher Hinweise auf eine Aggravation ergeben, bietet zwar Anlass, davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin subsidiär auch eine wiedererwägungsweise Rentenaufhebung in Betracht gezogen hätte. Primär ging sie aber, wie gesagt, von einer Verbesserung aus. Inwiefern die Beschwerdegegnerin damit die Begründungspflicht verletzt haben sollte, ist nicht ersichtlich. Dass die Beschwerdegegnerin auf den Einwand des Beschwerdeführers nicht eingegangen wäre, kann sodann auch nicht bestätigt werden. Sie musste sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen. Vielmehr durfte sie sich auf die für den Entscheid

wesentlichen Gesichtspunkte beschränken, was sie auch tat. Sie begnügte sich mit einer kurzen, auf das Wesentliche beschränkten Stellungnahme, indem sie festhielt, es seien keine neuen medizinischen Unterlagen eingereicht worden, die eine andere Beurteilung des Sachverhalts rechtfertigten. Im Übrigen wäre eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör bei dieser Ausgangslage ohnehin als geheilt zu betrachten. 3.3

Ein widersprüchliches Verhalten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 8) ist eben falls nicht erkennbar. Bei der Meldung einer verkehrsrelevanten Gesundheitsproblematik an das Strassenverkehrsamt handelte es sich um eine angemessene Vorsichtsmassnahme (Urk. 8/183). Wie sich den nachfolgenden Erwägungen entnehmen lässt, nahm der Beschwerdeführer vor den Augen der Gutachter zu hohe Dosen an Temesta ein (E. 5). Er nahm auch anlässlich des Eingliederungsberatungsgesprächs vom 10. Dezember 2015 eine Tablette Temesta ein und erklärte, täglich bis zu 4-6 Tabletten einzunehmen, wenn er Ängste habe (Urk. 8/193). Angesichts dieses offenkundigen Medikamentenmissbrauchs – wo bei unerheblich ist, ob es sich dabei um eine regelmässige Gewohnheit oder bloss um ein weiteres Merkmal der festgestellten Aggravation handelt (E. 5) – lässt sich das Verhalten der Beschwerdegegnerin nicht beanstanden. 4. 4.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 24. Juni 1994 (Urk. 8/27 und Urk. 8/30) erfolgte gestützt auf die Begutachtung von Dr. Y.____, welcher dem Beschwerdeführer aufgrund einer schweren Depression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (vgl. das Gutachten vom 9. März 1994 [Urk. 8/22]). Dieses Gutachten dient als Vergleichsbasis zur Beurteilung, ob im aktuellen Rentenrevisionsverfahren von einer Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse auszugehen ist, da in den vorausgegangenen Rentenrevisionsverfahren eine eingehende Untersuchung des Beschwerdeführers nicht mehr erfolgte, sondern in jeweils knapp gehaltenen Arztberichten von einem stationären Gesundheitszustand berichtet wurde (Urk. 8/34, Urk. 8/48, Urk. 8/52, Urk. 8/73/3, Urk. 8/79). Das Privatgutachten von Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 22. August 2002 (Urk. 8/62) eignet sich sodann nicht als Vergleichsbasis, denn es wurde nicht von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegeben (Urk. 8/61) und umfasste lediglich neurologische/neuropsychologische Untersuchungen. 4.2

4.2.1

Anlässlich des aktuellen Rentenrevisionsverfahrens erstattete die MEDAS Z.____ am 30. September 2011 ein orthopädisches (Urk.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November

2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offenen ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April

2016 E. 4.1).

E. 5.1

Das orthopädische und neurologische Gutachten der MEDAS sowie das psychiatrische Gutachten der A.____ erfüllen die rechtsprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5). Sie wurden allesamt sehr sorgfältig verfasst, basieren auf fachärztlichen Untersuchungen, wurden in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Das neuropsychologische Gutachten, welches trotz seiner Unvollständigkeit ebenfalls sehr sorgfältig, in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten verfasst wurde und auf fachärztlichen Untersuchungen beruht, vermag als beweistaugliche Entscheidungsgrundlage insoweit zu dienen, als daraus Erkenntnisse über das Verhalten des Beschwerdeführers gezogen werden können.

E. 5.2

In somatischer Hinsicht wurden sowohl vom begutachtenden Orthopäden als auch vom begutachtenden Neurologen Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint. In den neuropsychologischen Untersuchungen ergaben sich zwar deutliche quantitative und qualitative Minderleistungen, jedoch fielen alle Verfahren zur Symptomvalidierung auffällig aus (E. 4.2.1), was auf Aggravation hindeutet. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzuweisen, dass der begutachtende Neurologe das neurologische/neuropsychologische Privatgutachten von Dr. D.____ vom 22. August 2002 in einleuchtender Weise als nicht nachvollziehbar beurteilte (E. 4.2.1). Aus somatischer Sicht ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit somit nicht ausgewiesen, was einem unveränderten Gesundheitszustand entspricht, erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache doch ausschliesslich aufgrund psychiatrischer Diagnosen (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 23. März 1994 [Urk. 8/26]).

E. 5.3.1

Die psychiatrische Begutachtung an der A.____ fand an zwei Terminen statt, am 22. September 2014 von 10.00 bis 11.50 Uhr und am 29. September 2014 von 10.00 bis 11.45 Uhr (Urk. 8/181/1). Die Gutachter nahmen sich damit über durchschnittlich viel Zeit und verfassten das Gutachten vom 19. November 2014 (Urk. 8/181) in der Folge äusserst sorgfältig. Vor allem der Umstand, dass alle Verfahren zur Symptomvalidierung der neuropsychologischen Tests auffällig ausfielen (E. 4.2.1) und auch der von den begutachtenden Psychiatern durchgeführte Coin-in-the-Hand Test Hinweise für ein suboptimales Leistungsverhalten lieferte (Urk. 8/181/32), lässt erhebliche Zweifel am aktuell geklagten und dargestellten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufkommen. Er präsentierte sich gemäss den begutachtenden Psychiatern bei der Auskunftserteilung fast dementiell, was wiederum im Widerspruch zu seinen teilweise detaillierten Schilderungen anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung (Urk. 8/154/6 und Urk. 8/154/9) steht. Diskrepant berichtete der Beschwerdeführer gegenüber dem begutachtenden Orthopäden, er verlasse die Wohnung eigentlich nicht (Urk. 8/152/19), während er dem begutachtenden Neurologen gegenüber schilderte, täglich etwas spazieren zu gehen (Urk. 8/153/19). Beide Begutachtungen fanden aber am selben Tag, dem 12. Mai

2011, statt (Urk. 8/152/3 und Urk.

8/153/19). Es scheint also, als stelle sich der Beschwerdeführer je nach Untersuchung beziehungsweise Untersuchungszweck unterschiedlich dar. Ins Auge sticht sodann, dass der Beschwerdeführer bei der neurologischen Begutachtung angegeben hatte, am Untersuchungstag weder ein Antidepressivum noch ein Temesta eingenommen zu haben. Befragt nach dem Grund, führte er aus, aufgrund der Untersuchung sei es nicht dazu gekommen. Unter dem Hinweis, Angst zu haben, nahm der Beschwerdeführer daraufhin noch während des Gesprächs zwei Tabletten Temesta ein (Urk. 8/154/8). Auch bei der psychiatrischen Begutachtung nahm er jeweils während beider Untersuchungen Temesta (Lorazepam) ein (Urk. 8/181/29; vgl. auch Urk. 8/128/8). Der Beschwerdeführer vermittelte den Gutachtern dadurch den Eindruck, Temesta übermässig zu konsumieren, dabei hatte die Blutanalyse vom 16. Juni

2011 (Urk. 8/151) einen Medikamentenspiegel weit unterhalb des therapeutischen Bereiches ergeben (Lorazepam unter 31 nmol/L bei einem Referenzwert von 60-780; dasselbe gilt im Übrigen auch für den Wirkstoff Olanzapin [< 32 nmol/L bei einem Referenzwert von 64-256 beziehungsweise < 10 µg/L bei einem Referenzwert von 20-80]).

Das Verhalten des Beschwerdeführers weist somit auf eine Aggravation

hin, was auch von den Gutachtern festgestellt wurde (vgl. Urk. 8/181/40).

E. 5.3.2

Besonders auffällig hatte sich das Verhalten des Beschwerdeführers bereits vor den Begutachtungen gestaltet, indem er sich zunächst beharrlich weigerte, sich einer durch die Beschwerdegegnerin veranlassten Begutachtung zu unterziehen. Insgesamt erreichte der Beschwerdeführer durch sein Verhalten eine wesentliche Verzögerung des Rentenrevisionsverfahrens: Am 6. Januar 2009 hatte ihn die Beschwerdegegnerin darüber informiert, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei und eine Begutachtung veranlasst werde (Urk. 8/91). Der Versicherte lehnte dies jedoch mit Schreiben vom 28.

Januar

2009 ab (Urk. 8/97), weshalb ihm die Aufhebung der Invalidenrente angekündigt wurde (Urk. 8/100). Er reichte in der Folge einen Bericht des behandelnden Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Februar 2010 (Urk. 8/109) zu den Akten und erklärte sich erst am 23. Juli

2010 – nach letztmaliger Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin (Urk. 8/114) – bereit, sich begutachten zu lassen, allerdings nicht bei der vorgesehenen Stelle (Urk. 8/115-116). Mit Vorbescheid vom 17. August

2010 kündigte die Beschwerdegegnerin daher erneut die Aufhebung der Rente an (Urk. 8/118). Nach erneutem Hin und Her reichte der Beschwerdeführer schliesslich ein Privatgutachten von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Oktober 2010 (Urk. 8/128) zu den Akten und unterzog sich am 12. Mai

2011 einer orthopädischen (vgl. Urk. 8/152/3) und

einer neurologischen Untersuchung (vgl. Urk. 8/153/19) bei der MEDAS Z.____. Die neuropsychologische Untersuchung musste bekanntlich zweimal wegen Übelkeit des Beschwerdeführers abgebrochen werden und konnte letztlich nicht abgeschlossen werden (Urk. 8/143, Urk. 8/144 und Urk. 8/154/6). Aufgrund der angeblich schlechten gesundheitlichen Verfassung des Beschwerdeführers (Urk. 8/147) sistierte die

Beschwerdegegnerin am 7. September 2011 die weitere Begutachtung und bat die MEDAS um Zustellung der bisher erfolgten Abklärungsergebnisse (Urk. 8/149). Von der Ankündigung der Beschwerdegegnerin, es sei eine Begutachtung durchzuführen, bis zur Begutachtung bei der MEDAS verstrichen also mehr als zwei Jahre, wobei aufgrund der unvollständigen Untersuchungen und der fehlenden psychiatrischen Begutachtung keine interdisziplinäre Beurteilung stattfinden konnte (Urk. 8/150). Unerfreulicherweise liess die Beschwerdegegnerin das Verfahren in der Folge nochmals fast zwei Jahre lang ruhen, sodass die psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers in der A.____ erst im September 2014 stattfinden konnte (Urk. 8/181).

E. 5.3.3

Die psychiatrischen Gutachter der A.____ konnten das Vorliegen einer depressiven Störung grundsätzlich bestätigen; indes konnten sie den Schweregrad aufgrund des offensichtlichen Einflusses von weiteren Faktoren, namentlich des Benzodiazepin-Konsums während der Untersuchung sowie des suboptimalen Leistungsverhaltens nicht weiter objektivieren, sodass sie bloss einen Verdacht auf eine mittelschwere bis schwere depressive Episode diagnostizieren konnten (Urk. 8/181/40). Bei dieser Sachlage kann aber nicht erstellt werden, dass der Beschwerdeführer aktuell nach wie vor an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden leiden würde, was Voraussetzung für die weitere Ausrichtung einer Invalidenrente wäre. Zutreffend ist vielmehr, dass mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Wenn die Gutachter – obwohl sie das Vorliegen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode aufgrund ihrer Untersuchungen nicht bestätigen konnten – dafür hielten, dass seit ungefähr 1993 von einem weitgehend unveränderten Zustandsbild ausgegangen werden könne, übersehen sie, dass der damalige Gutachter, Dr. Y.____, keine Anzeichen für eine Rentenbegehrlichkeit erkennen und weder von Inkonsistenzen noch von Aggravationstendenzen berichten konnte (Urk. 8/22/4). Wenn solche aktuell indes offensichtlich bestehen, haben sich die medizinischen Verhältnisse insofern verändert. Dass sich der Beschwerdeführer im wesentlichen vordergründig unverändert präsentierte, bedeutet daher nicht, dass keine relevante Veränderung seines Gesundheitszustandes eingetreten wäre, zumal die Beurteilung der A.____-Gutachter aufgrund des Benzodiazepingebrauchs während der Untersuchung sowie aufgrund der festgestellten suboptimalen Leistungsbereitschaft und des nicht authentischen Antwortverhaltens erheblich erschwert war (Urk. 8/181/42). Wenn im Rahmen der grundsätzlich bestehenden depressiven Störung weder eine mittelschwere noch eine schwere depressive Episode nachgewiesen werden kann, besteht aber kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr. Vor diesem Hintergrund ist es unerheblich, wenn die Gutachter die präsentierte Einschränkung wegen der für einen Teil der Problematik verantwortlichen nicht-medizinischen Faktoren nicht genauer quantifizieren konnten (Urk. 8/181/41). Das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte von Angehörigen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 9 und Urk. 5) oder die Vornahme ergänzender Abklärungen erweisen sich bei dieser Sach- und Aktenlage als nicht erforderlich; letzteres hielten die Gutachter denn auch für nicht zielführend.

E. 5.4

Dass dem Beschwerdeführer angesichts seines Verhaltens beim Eingliederungsgespräch vom 10. Dezember 2015 im Beisein seines Rechtsvertreters (Urk. 8/193) keine Eingliederungsmassnahmen angeboten werden konnten, ist sodann nicht zu

beanstanden. 6.

Nach dem Gesagten ist die Aufhebung der bisherigen Rente zu Recht erfolgt und die Beschwerde ist abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 9 00.-- festzulegen und ausgangsmässig vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -
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 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
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

/152), ein neurologisches (Urk. 8/153) und ein unvollständiges neuropsychologisches Gutachten (Urk. 8/154). Im orthopädischen Gutachten wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter ein chronisches zervikales, lumbales Rückenschmerzsyndrom bei Haltungsstörung mit begleitenden Myogelosen, Insertionsentzündungen der paravertebralen Muskulatur, Ausschluss eines Bandscheibenschadens, einer Neuroforameneinengung (ICD -10: M54.80) sowie einer Refluxoesophagitis (Urk. 8/152/23). Der begutachtende Orthopäde gelangte zum Schluss, eine pathophysiologische Plausibilität für die langanhaltenden und sich ausweitenden, organüberschreitenden subjektiv wahrgenommenen Symptombilder besteht aus seiner Sicht nicht. Eine wesentliche strukturelle Störung, welche die geklagte stärkste Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers plausibel erklären könnte, könne bei der heutigen klinischen Untersuchung nicht erhoben werden. Eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der ange

stammten Tätigkeit als Sanitärinstallateur wie auch in einer angepassten Tätigkeit sei nicht zu begründen. Frühere Arztberichte, in welchen dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, seien nicht nachvollziehbar, hätten die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit doch auf subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers ohne strukturelles Korrelat basiert (Urk. 8/152/23 f.). Im neurologischen Gutachten wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 8/153/21): - Panvertebrales und zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD -

E. 10

: R25.1) Der begutachtende Neurologe hielt sodann fest, in der aktuellen klinischen Untersuchung liessen sich keine einem organischen neuralen Korrelat zuzuordnende Pathologien sicher objektivieren, mit Ausnahme eines positiven Tinel-Zeichens über dem Karpalkanal beidseits. Während der aktuellen Anamnese und Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein in sich logisches Denken gezeigt und auf bereits früher Gesagtes Bezug nehmen können. Er sei fähig gewesen, seine doch umfangreiche Medikamentenliste mit jeder Dosierung prompt auswendig zu nennen. Damit sei davon auszugehen, dass beim Unfall keine relevante Hirnverletzung stattgefunden habe, aufgrund der heute gegebenen Anamnese könne eine milde traumatische Hirnverletzung zwar nicht ausgeschlossen werden, Hinweise dafür fänden sich aber auch in den zeitnahen Akten nicht (Urk. 8/153/22). Die bisher durchgeführten Untersuchungen bildgebender Art (Schädel-MRI) und funktioneller Art (EEG-Untersuchung) hätten gemäss vorliegenden Akten unspezifische Befunde gezeigt. Im Gutachten von Dr. D.____ von 2002 werde aufgrund des MRI-Befundes, der Hinweise für stattgehabte Shearing-Läsionen zeige, und des unspezifisch veränderten EEG-Befundes eine kausale Beziehung zum Unfall, der 9 Jahre zuvor stattgefunden habe, hergestellt. Diese Beurteilung könne aus neurologischer Sicht in keiner Art und Weise nachvollzogen werden. Zum einen bestehe ein erhebliches zeitliches Intervall zum vermeintlich verursachenden Ereignis. Zum anderen seien die festgehaltenen Befunde sämtlich unspezifisch. Dies gelte insbesondere auch für die EEG-Untersuchung. Hier seien einerseits eine zu Beginn der Ableitung gehäufte Überlagerung von Beta-Aktivität, andererseits auch eine Einstreuung von Theta-Wellen mit Schwerpunkt links frontal erwähnt worden. Dabei handle es sich um unspezifische Befunde, die der Kollege denn auch korrekterweise als leichte und unspezifische Allgemeinveränderung interpretiert habe. Eine von ihm festgehaltene herdförmige Funktionsstörung links frontal sei

kein seltener Befund, dieser sei auch bei gesunden Probanden zu beobachten. Komplette fehlende in der Beurteilung des EEGs sei die Beurteilung der Medikation im Hinblick auf die Veränderung der elektrischen Hirnaktivität. Hier müsse insbesondere das gemäss Gutachten des Kollegen D.____ zum Zeitpunkt der Untersuchung eingenommene Valium beachtet werden. Dieses könne zu einer Veränderung der hirnelektrischen Aktivität führen. Aus diesen Befunden, dem MRI-Befund und dem EEG-Befund, könne nicht auf eine Hirnschädigung geschlossen werden und vor allem sei der Kausalzusammenhang mit dem neun Jahre zuvor erlittenen Unfall mehr als fraglich. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein neurologischer Sicht nicht eingeschränkt

(Urk. 8/153/23).

Im (unvollständigen) neuropsychologischen Gutachten wurde festgehalten, die Durchführung einer ausführlichen neuropsychologischen Testung sei nicht möglich gewesen. Während dem Gespräch habe der Beschwerdeführer ohne Schwierigkeiten und detailliert über seine Beschwerden und den erlebten Unfall berichten können. Zu seinem Tagesablauf, seinen Hobbies und weiteren Arbeitsversuchen befragt, habe er aber nur vage oder gar keine Antworten erteilt. Während der Untersuchung sei der Beschwerdeführer immer wieder aufgestanden und habe angegeben, Angst zu haben und an Übelkeit zu leiden. Teilweise habe er begonnen zu weinen und zu zittern, was sich im Verlaufe der Untersuchung verstärkt habe. Trotz mehrerer Pausen, während welcher er sich auch habe hinlegen können, habe der Beschwerdeführer beide Untersuchungstermine abgebrochen. Daher hätten nur vereinzelte Testverfahren durchgeführt werden können und eine ausführliche Testung sei nicht möglich gewesen. Eine räumlich-konstruktive Aufgabe habe deutliche quantitative und qualitative Minderleistungen ergeben, alle Verfahren zur Symptomvalidierung seien auffällig ausgefallen. Da eine vollständige neuropsychologische Testuntersuchung nicht durchgeführt werden können, seien keine Aussagen über die kognitive Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers möglich (Urk. 8/154/11). 4.2.2

Die Dres. B.____ und C.____ (A.____) erstatteten ihr psychiatrisches Gutachten am 19. November 2014 (Urk. 8/181) und führten darin die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 8/181/34): - Verdacht auf mittelschwere bis schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33.1, F33.2), Beurteilung erschwert durch: - Einnahme von Benzodiazepinen (mindestens 3mg Lorazepam) an beiden Untersuchungsterminen (ICD-10: F13.0) - Hinweis für suboptimales Leistungs- und nicht authentisches Antwortverhalten Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/181/34) nannten die Gutachter den Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (Lorazepam) (ICD-10: F13.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40). Sie hielten ausserdem fest, gesamthaft könne aufgrund der Akten eine manifeste Persönlichkeitsstörung, welche gemäss ICD-10-Definition seit der Adoleszenz beziehungsweise dem frühen Erwachsenenalter bestehen müsse, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (Urk. 8/181/35). Die Gutachter wiesen sodann auf folgende Inkonsistenzen hin: Der Beschwerdeführer habe auffallend Schwierigkeiten gehabt, selbst einfache Merkfähigkeits- und Konzentrationstests durchzuführen sowie Schwierigkeiten, die zentralen biographischen Ereignisse zeitlich zuzuordnen. Zudem habe sich eine unscharfe zeitliche Orientierung gezeigt. Passend zu dieser fast dementiellen Anamnese der Symptomatik habe der Beschwerdeführer von einer sehr zurückgezogenen Lebensweise und kaum vorhandenen sozialen Kontakten berichtet. Inkonsistent dazu habe der Beschwerdeführer aber geschildert, er sei in der Lage, sein Fahrzeug beispielsweise für die Fahrten ins Stadtzentrum oder zu Arztterminen eigenständig zu führen (Urk. 8/181/38). Die Gutachter stellten in Bezug auf die auffälligen kognitiven Einschränkungen drei Hypothesen auf. Diese könnten 1. auf eine organische Komponente, 2. auf die Benzodiazepineinnahme während den Untersuchungen oder 3. auf ein suboptimales Leistungs-/ nicht authentisches Antwortverhalten zurückgeführt werden. Die Hypothese 1 verwarfen die Gutachter unter dem Hinweis auf die neuropsychologische Begutachtung bei der MEDAS sowie das Fehlen zeitnaher kognitiver Einschränkungen nach dem Unfall. Die Hypothese 2 erachteten die Gutachter als möglich, da der Beschwerdeführer an beiden Untersuchungsterminen allein sichtbar jeweils 3 mg Lorazepam-Tabletten eingenommen

habe, was einer relativ hohen Dosis entsprechen und gemäss der klinischen Erfahrung durchaus zu erheblichen kognitiven Einschränkungen führen könne. Auch die Hypothese 3 zogen die Gutachter in Betracht, da die Testuntersuchungen Hinweise auf eine Aggravation ergeben hätten (Urk. 8/181/38 ff.). Der Einfluss dieser zweier Faktoren (Medikamenteneinnahme während den Untersuchungen und suboptimales Leistungsverhalten) würde die diagnostische Zuordnung des Schweregrades der depressiven Störung erschweren, so dass nur von einer Verdachtsdiagnose ausgegangen werden könne. Eine weitere Objektivierung erscheint nicht möglich (Urk. 8/181/40). Die Gutachter gelangten zum Schluss, ein Teil der Symptomatik sei auf die nicht medizinischen Faktoren wie die suboptimale Leistungsbereitschaft beziehungsweise auf den Gebrauch von Benzodiazepin zurückzuführen. Zu erwähnen seien deutliche Überbilverdeutlichungstendenzen im Rahmen der Untersuchung sowie Inkonsistenzen in Bezug auf das Führen von Fahrzeugen. Schliesslich müsse ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn durch die fast vollständige Übernahme von fast allen Verpflichtungen durch die Familie des Beschwerdeführers erwähnt werden. Insgesamt präsentiere sich der Beschwerdeführer – ähnlich wie bei früheren Begutachtungen/Untersuchungen – als erheblich eingeschränkt. Eine genauere Quantifizierung des Anteils nicht medizinischer Faktoren könne nicht präzise vorgenommen werden. Eine ergänzende neuropsychologische Untersuchung sei angesichts der festgestellten suboptimalen Leistungsbereitschaft und auch angesichts der Benzodiazepin-Einnahme durch den Beschwerdeführer augenblicklich nicht indiziert beziehungsweise nicht zielführend. In Bezug auf die medizinische und soziomedizinische Prognose sei zu berücksichtigen, dass die Grunderkrankung, die affektive Störung mit relevanter Angstsymptomatik, aktuell nicht leitliniengemäss behandelt werde. Eine solche Behandlung sollte vom behandelnden Psychiater unbedingt erwogen werden. Auch wenn prognostisch aufgrund von langjähriger Chronifizierung und teilweiser Überlagerung durch nicht medizinische Faktoren von keiner günstigen Prognose ausgegangen werde, könne durch eine adäquate Behandlung mit Antidepressiva eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden (Urk. 8/181/41).

5.

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