

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00635 vom 28. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00635

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00635 du 28 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00635 del 28 maggio 2018

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). 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

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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

E. 1.3

Nach lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18.

März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 Inkraft treten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

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

E. 1.4

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Viel mehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte „pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmehmodell mit "Überwindbarkeitsvermutung") unterstellt wurden, so unter anderem spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle (BGE 136 V 279).

E. 1.5

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der 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.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Rentenanspruch gestützt auf

lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision

zu überprüfen sei (S. 1).

Auch nach den Vorgaben der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) sei am Gutachten des Z. ___ festzuhalten. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sei hinsichtlich des Aktivitätsniveaus und der Ressourcen nachvollziehbar (S. 3). Dr. med. A. ___ habe im Schreiben vom 15. Dezember 2015 weder relevante neurologische Diagnosen noch daraus resultierende funktionelle Defizite vorgebracht. Die zahlreichen Stellungnahmen von Dr. B. ___ hätten den Akten beigelegt, so dass eine Rückfrage bei ihr nicht nötig gewesen sei (S. 4).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie, die vorliegende Diagnose gehöre zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision sei anwendbar; es genüge, wenn die Überprüfung der Rente innert drei Jahren seit deren In-Kraft-Treten am 1. Januar 2012 eingeleitet worden sei (Urk. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor (Urk. 1), er habe die Beschwerdegegnerin darum ersucht, dass diese zusammen mit der Suva das vom Bundesgericht verordnete neue interdisziplinäre Gutachten im Sinne von BGE 141 V 281 einhole. Stattdessen habe die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Z. ___-Gutachten die Renteneinstellung in Aussicht genommen. Den Z. ___-Gutachtern sei die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung noch gar nicht bekannt gewesen, weshalb sie die bundesgerichtlichen Vorgaben nicht hätten einhalten können (S. 6). Den ersten Rentenverfügungen hätten somatische und psychische Beschwerden - und nicht nur ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild - zu Grunde gelegen, weshalb gemäss Art. 17 ATSG zu prüfen sei, ob sich der Invaliditätsgrad erheblich geändert habe (S. 7-8). Das Z. ___-Gutachten erachtete er aus verschiedenen - näher beschriebenen - Gründen für mangelhaft (S. 8-11). Die Einholung eines neuen interdisziplinären Gutachtens sei auch deshalb nötig, weil er die noch vorhandene Restarbeitsfähigkeit im neuen Betrieb tatsächlich habe steigern können, aber nicht auf 100 % (S. 12).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom Mai/Juni 2009 (Urk. 6/84, Urk. 6/86, Urk. 6/105) für die Zeit ab Juli 2004 zugeprochene Rente zu Recht eingestellt wurde. 3. 3.1

Soweit der Beschwerdeführer neben dem syndromalen Beschwerdebild somatische Störungen geltend machte (Urk. 1 S. 8), verkennt er die in seiner Sache ergangenen Bundesgerichtsurteile.

Das Bundesgericht stellte bereits im im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ergangenen Urteil vom 19. Dezember 2008 (Urk. 6/174/707-725) fest, dass die fünf Auffahrunfälle weder zu organischen Gesundheitsstörungen im Sinne von strukturellen, bildgebend nachweisbaren Verletzungen geführt hätten, noch dass dadurch neurologisch objektivierbare Ausfallserscheinungen bewirkt worden seien (E. 3.2). Ferner sah es als erstellt an, dass die beiden ersten Auffahrunfälle vom 15. Juni 1997 und 24. Januar 2002 nicht verantwortlich zeichneten für die über Februar 2006 hinaus anhaltenden Beschwerden (E. 4.2). Weiter ging das Bundesgericht davon aus, dass der Beschwerdeführer jedenfalls

anlässlich der Unfälle vom 17. Februar und 19. Oktober 2003 HWS-Verletzungen erlitten habe, welche für die danach - insbesondere nach dem 28. Februar 2006 - aufgetretenen Beschwerden zumindest teilweise natürlich kausal gewesen seien (E. 5.3). Die adäquanzrechtliche Beurteilung nach der sogenannten Schleudertrauma-Praxis führte das Bundesgericht zum Schluss, dass fünf der relevanten Kriterien vorlägen. Damit seien die Adäquanz des Kausalzusammenhangs und folglich die Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin für die als unfallbedingt zu qualifizierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen über Ende Februar 2006 hinaus zu bejahen (E. 6.4).

Auch im Urteil vom 5. September 2015 (Urk. 6/238) in Sachen des Beschwerdeführers gegen die Suva schützte das Bundesgericht die Feststellung des hiesigen Gerichts, wonach das Vorhandensein anspruchsbegründender unfallkausaler somatischer Einschränkungen zu verneinen sei (E. 3.2). Zu prüfen sei, ob die (...) nach HWS-Verletzungen spezifischen Störungen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen vermögen (E. 3.3).

Im Lichte dieser Bundesgerichtsurteile kann sich der Beschwerdeführer nicht mit Aussicht auf Erfolg darauf berufen, die Rentenzusprache der Beschwerdegegnerin im Mai/Juni 2009 sei (auch) wegen somatischen Störungen erfolgt. Die höchstrichterlichen Urteile sind für das hiesige Gericht verbindlich, weshalb es damit in Bezug auf die geklagten somatischen Krankheitsbilder sein Bewenden hat. Namentlich erübrigen sich unter diesem Blickwinkel Weiterungen zum Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 15. Dezember 2015, beschränkt doch das von ihm beschriebene Beschwerdebild und die in diesem Zusammenhang bescheinigte Arbeitsunfähigkeit die vom Bundesgericht bereits beurteilten Folgen der HWS-Distorsionen, während die zwischenzeitlich aufgetretenen Handbeschwerden auch nach Einschätzung von Dr. A.____ erfolgreich operativ versorgt worden sind (Urk. 6/245/2-3). Der Beschwerdeführer machte im Übrigen selbst nicht geltend, dass er an Störungen leidet, die vom Unfallversicherer nicht erfasst worden sind. Ebenso wenig tat er dar, dass sich sein Gesundheitszustand im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (vorstehend E. 1.2) im Verlauf massgeblich verändert hätte. 3.2

Damit steht fest, dass der Rentenzusprache im Jahr 2009 allein die Folgen der unfallbedingten HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle zu Grunde lagen. Diese wurden seinerzeit unbestrittenermassen keiner Zumutbarkeitsbeziehungsweise Überwindbarkeitsprüfung unterzogen, so dass grundsätzlich eine Überprüfung der Rente nach lit. a Abs. 1 SchlB IVG erfolgen kann. 3.3

Zur zeitlichen Anwendbarkeit von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision ist zu bemerken, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenüberprüfung - vor deren Inkrafttreten am 1. Januar 2012 - im März 2011 einleitete (Urk. 6/44), was der Rentenüberprüfung gestützt auf die Schlussbestimmung nicht entgegen steht (vgl. BGE 140 V 15 E. 5.3.4).

Auch wenn die angefochtene, renteneinstellende Verfügung erst am 3. Mai 2016 und demnach nach Ablauf der Dreijahresfrist (vorstehend E. 1.3) erging, schadet dies nicht. Denn wie die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf Rz 1016-1017 des Kreisschreibens über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (KSSB), in der am 1. Januar 2016 in Kraft stehende Fassung, zu Recht festhielt, genügt es, wenn die Überprüfung innerhalb dieses Zeitraumes eingeleitet wird. 3.4

Der Beschwerdeführer bezog am 1. Januar 2012 die Invalidenrente noch nicht seit mehr als 15 Jahren und ist auch noch nicht 55-jährig, weshalb er sich zu Recht nicht auf die für solche Rentenbezüger geltende Schutzbestimmung nach lit. a Abs. 4 SchlB IVG 6.

IV-Revision beruft.

Im Folgenden sind nach dem Gesagten die medizinische Aktenlage im Hinblick darauf zu prüfen, wie es sich im Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden und der Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG (vorstehend E. 1.5) verhält.

E. 4

Dagegen erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 2. Juni 2016 Beschwerde und ersuchte um deren Aufhebung und um weitere Zusprache der ganzen Invalidenrente; eventualiter sei ein neues Gutachten nach den Vorgaben von BGE 141 V 281 einzuholen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Vernehmung vom 4. Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 12. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Im Z. ___-Gutachten vom 26. Mai 2016 (Urk. 6/231) wurden gestützt auf die Vorakten sowie die allgemeininternistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen (S. 1) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 26). Den folgenden Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 26 f.): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom unter zervikaler und nuchaler Betonung ohne Hinweis für radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80) - aktenanamnestisch Status nach HWS-Distorsion und Wirbelsäulenkongestion 1995, 15. Juni 1997, 24. Januar 2002, 17. Februar 2003, 19. Oktober 2003, 9. November 2005 und womöglich auch zirka 07/2010 - radiologisch Osteochondrose und Diskushernie HWK3/4 mit foraminale Verengung rechts (MRI 25. September 2007) - radiologisch unauffälliger Befund der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule (Röntgen 13. Juli 2010 und 28. April 2015) - anamnestisch kein relevantes Ansprechen auf wiederholte zervikale und lumbale Infiltration - anamnestisch keine Verbesserung unter Neurostimulation - Status nach Septumkorrektur und Conchotomie der unteren Nasenmuschel 04/2006 (ICD-10 Z98.8)

Dazu führte der begutachtende Psychiater aus, es liege eine rezidivierende depressive Störung vor, gegenwärtig remittiert. Der Beschwerdeführer zeige eine gewisse Freudlosigkeit, aber keine eigentlichen depressiven Symptome. Im Rahmen der beiden früheren, psychiatrischen Begutachtungen hätten nur leichte depressive Verstimmungen festgestellt werden können. Es bestünden also keine Hinweise auf länger dauernde mittelgradige oder schwere depressive Episoden. Es handle sich um einen leichtgradigen Verlauf einer depressiven Störung (S. 17).

Der Psychiater schloss eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität aus, genauso wie eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Beschwerdeführer auf Grund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Laut dem Gutachter fehlten Hinweise auf unbewusste Konflikte, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Die geklagten Schmerzen seien weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung hinreichend erklärbar. Aus psychiatrischer Sicht könne dem Beschwerdeführer daher zugemutet werden,

trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (S. 18).

Aufgrund der Untersuchung könne ab Datum der Untersuchung aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden (S. 19).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung führten die Z.____-Gutachter weiter aus, die vom Beschwerdeführer äusserst diffus beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls begründen. Es bestünden klare Hinweise für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponente.

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund dieser Beschwerden nur noch 30 % arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könnten. Es müsse eine psychische Überlagerung angenommen werden. Dabei handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig remittiert sei.

Insgesamt gelangten die Gutachter aus polydisziplinärer Sicht zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl in den angestammten Tätigkeiten als Automechaniker und Autochauffeur als auch in jeder anderen körperlich leichten bis schweren Tätigkeit zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt arbeitsfähig sei (S. 28).

Der athletische Körperbau des Beschwerdeführers und eine deutlich vermehrte Beschwielen der Hände sprächen eindeutig gegen eine länger dauernde körperliche Schonung des Exploranden. Die von ihm angegebene Medikation konnte bei der Serumspiegelmessung nicht nachgewiesen werden (S. 28).

E. 4.2

Die behandelnde Dr. med. B.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, kritisierte am 20. Oktober 2015 (Urk. 6/242) zu Händen der Rechtsvertreterin die psychiatrische Begutachtung im Z.____ in verschiedener Hinsicht.

Sie legte dar, dass sie seit (Anfang) 2014 eindeutig eine Tendenz zu rezidivierenden Kurz-Einbrüchen der Stimmung, des Antriebs und der Motivation feststelle, mit dann auch depressiven Kognitionen (Verzweiflung, Lebensüberdruß), die zwar sehr kurz (durchschnittlich eine, maximal drei Wochen), aber doch so schwer seien, dass sie nicht mehr als dysphorisch oder dysthym bezeichnet werden könnten, sondern den Kriterien einer genuinen depressiven Episode entsprächen im Sinne des Krankheitsbildes der „rezidivierenden kurzen depressiven Episoden“ (S. 2).

Zwar verfüge der Beschwerdeführer im sozialen Kontext über eine intakte Familie; gerade in diesen Kurzphasen sei er dann doch auch wieder für seine Familie als Vater und Ehemann nicht verfügbar. Dies habe sich 2013-2014 auf eine drückliche Weise gezeigt, als der Sohn des Versicherten knapp eine ihm versprochene Lehrstelle als Automechaniker dann doch nicht bekommen habe. Der Beschwerdeführer sei nicht zu einer adäquaten Reaktion in der Lage gewesen, sondern habe dekompenziert und sich für zwei bis drei Wochen ins Bett zurückgezogen. Ausserhalb seiner Familie sei ein soziales Netzwerk im Übrigen inexistent (S. 3).

Die Konsistenzprüfung der Z.____-Gutachter könne nicht überzeugen, da ungenügende fremdanamnestische Informationen bei den behandelnden Ärzten eingeholt worden seien. Der Beschwerdeführer nehme in regelmässigem Rhythmus seit Jahren therapeutische Hilfe in Anspruch. Seine subjektive Beschwerdeschilderung decke sich ebenfalls mit ihren objektiven psychopathologischen Querschnittsbefunden. Aus psychiatrischer Sicht könne daher ohne Zweifel auf die subjektiven Beschwerdeklagen abgestellt werden (S. 3), während auf die arbeitsmedizinischen Schlussfolgerungen des Z.____-Gutachtens nicht abgestellt werden könne (S. 4).

Aus Sicht von Dr. B.____ schränken die Diagnosen „hochfrequent rezidivierende kurze depressive Episoden, mit jeweils mittelgradigen kurz-episoden F33.11“ in Verbindung mit einer „chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41)“ den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht durchschnittlich zu 40 % ein (S. 4).

E. 4.3

Am 1. Februar 2016 nahmen die Z.____-Gutachter zur Kritik Stellung (Urk. 6/247). Dabei wiesen sie darauf hin, dass der Beschwerdeführer nie stationär psychiatrisch behandelt worden sei, was ein Hinweis dafür sei, dass er nie an einer schweren depressiven Episode erkrankt sei. In den Begutachtungen der Jahre 2008 und 2010 seien nur leichte depressive Episoden festgestellt worden. Es fänden sich aber keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer je während längerer Zeit an einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode gelitten habe. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung am 27. April 2015 habe jedenfalls kein depressives Zustandsbild festgestellt werden können (S. 3).

Zusammenfassend hielten sie an ihrer Einschätzung fest (S. 4).

E. 5.1

Das Z.____-Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allen seitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der umfangreichen Vorakten (Anamnese) abgegeben. Insbesondere wurden die in den Akten liegenden Vorgutachten des Y.____ und des C.____ wie auch verschiedene Berichte von Dr. B.____ ausführlich wiedergegeben (S. 8-10) und in die Würdigung miteinbezogen. In Anbetracht der umfangreichen medizinischen Vorakten erweist sich das Einholen von (weiteren) Auskünften

bei der behandelnden Psychiaterin als entbehrlich, zumal Fremdanamnesen rechtsprechungsgemäss nicht zwingend erforderlich sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4).

Sodann hat der begutachtende Psychiater nachvollziehbar dargelegt, weshalb er die zurückhaltendere Beurteilung von Dr. B.____ nicht teilte (S. 18-19). Dabei vermag seine Begründung zu überzeugen, dass die nie in Anspruch genommene stationäre Behandlung nicht auf einen langjährigen, therapieresistenten schweren Verlauf hindeutet und dies - entgegen der Darstellung von Dr. B.____ - in keinem Zusammenhang mit einem primären Krankheitsgewinn steht. Das Gutachten leuchtet auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält einleuchtend begründete Schlussfolgerungen.

Entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers, der die Veranlassung eines neuen Gutachtens nach den Vorgaben von BGE 141 V 281 verlangte (Urk. 1 S. 2), bleibt zu bemerken, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr gilt es im Einzelfall mit seinen je eigenen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen gesamthaft zu prüfen, ob in bundesrechtskonformer Weise abschliessend auf die vorhandenen Beweisgrundlagen abgestellt werden kann. Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob das

Z.____-Gutachten - allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2).

Dies ist im Folgenden zu prüfen.

E. 5.2.1

Nach der jüngsten Rechtsprechung ist bei sämtlichen psychischen Leiden beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (zum strukturierten Beweisverfahren und den Indikatoren, vgl. vorstehend E. 1.5) zunächst zu beurteilen, ob die Schwere des Krankheitsgeschehens auf einen (versicherten) Gesundheitsschaden zurückzuführen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1).

E. 5.2.2

Der von den Z.____-Gutachtern gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 ; vorstehend E. 4.1) fehlt rechtsprechungsgemäss ein Bezug zum Schweregrad (BGE 142 V 106 E. 4.2). Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist dem Z.____-Gutachter zu entnehmen, dass ausser einer bedrückten, herabgesetzten, aber nicht eigentlich depressiven Stimmung keine psychiatrischen Befunde zu erheben waren (Urk. 6/241 S. 16-17), was ohne Weiteres gegen eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde spricht. Sodann schloss der begutachtende Psychiater eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität ausdrücklich aus (vorstehend E. 4.1) und eine somatische Komorbidität fällt von vornherein ausser Acht (vorstehend E. 3.1).

Selbst Dr. B.____ diagnostizierte nurmehr hochfrequent rezidivierende kurze Episoden, mit jeweils mittelgradigen Kurz-Episoden (vorstehend E. 4.2), was jedenfalls nicht auf eine anhaltende schwere Störung hindeutet.

Zu den konkreten Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass die Motivation des Beschwerdeführers massgeblich durch die subjektive Krankheitsüberzeugung beeinflusst sei (Urk. 6/231 S. 18). Ferner beschrieb er - nicht versicherte - psychosoziale Belastungsfaktoren, nämlich die aufgrund der Schmerzklagen eingeschränkte Beziehung zur Familie und die Auseinandersetzung mit der Versicherung (Urk. 6/231 S. 17).

Zum Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien betonten die Gutachter, dass der Beschwerdeführer nie eine stationäre psychiatrische Behandlung wahrgenommen habe, weshalb nicht von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung gesprochen werden könne (vorstehend E. 4.1), was zu überzeugen vermag. Insoweit der Beschwerdeführer angab, er werde seit fünf Jahren zweimal pro Monat durch Dr. B.____ behandelt (Urk. 6/231 S. 15), stellt sich angesichts des ausbleibenden Behandlungserfolgs die Frage, weshalb er sein Leiden nach so langer Zeit nicht mit einem anderen therapeutischen Ansatz wie

beispielsweise einer Tagesklinik angegangen ist. Da sich die behauptete Medikation im Serum nicht belegen liess, bleibt letztlich auch fraglich, ob der Beschwerdeführer eine konsequente psychiatrische Medikation befolgt. Dr. B. sprach zwar von schmerztherapeutischen Behandlungsmassnahmen (Urk. 6/242 S. 3), doch erschöpfen sich diese nach Angaben des Beschwerdeführers in Akupunktur, Spritzen, Physiotherapie, Massagen und MTT-Training (Urk. 6/231 S. 15), was nicht als eine lege artis durchgeführte psychiatrische Therapie zu betrachten ist.

Unter diesen Umständen kann nicht auf eine besondere Schwere der psychischen Gesundheitsstörung geschlossen werden.

Was die strukturellen Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik (Komplex „Persönlichkeit“) anbelangt, sind den Akten keine Anhaltspunkte zu entnehmen, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ, aber auch nicht positiv ins Gewicht fallen könnten. Vielmehr wies der Psychiater auf eine gute Orientierung zur eigenen Person und eine durchschnittliche Intelligenz hin (Urk. 6/231 S. 16).

Selbst Dr. B. erwähnte diesbezüglich keine Auffälligkeiten wie eine Störung oder eine Akrzentuierung der Persönlichkeit.

Zum sozialen Kontext gingen die Gutachter und Dr. B. übereinstimmend von intakten Familienbeziehungen aus (Urk. 6/242 S. 3), wobei der Beschwerdeführer seit 1994 verheiratet ist und ihm die Ehefrau sehr viel Geduld entgegen bringt (Urk. 6/242 S. 15); laut eigenen Angaben brachte er auch oft den im Begutachtungszeitpunkt 15-jährigen Sohn zur Schule (Urk. 6/231 S. 12 und S. 16), was auf eine gute Beziehung schliessen lässt. Der Darstellung von Dr. B., die das soziale Netzwerk ausserhalb der Familie als inexistent bezeichnete (Urk. 6/242 S. 3), steht die diesbezüglich zuverlässigere Aussage des Beschwerdeführers gegenüber, wonach er immer eine gute Beziehung mit seinen Eltern und seinen Geschwistern gehabt und mit diesen regelmässig Kontakt habe (Urk. 6/231 S. 15-16). Im Weiteren gab er an, er habe früher auch wenig mit der Familie unternehmen können (Urk. 6/231 S. 16), weshalb sich aus den allenfalls eingeschränkten sozialen Kontakten nichts Ressourcenhemmendes betreffend das Krankheitsgeschehen ableiten lässt.

E. 5.2.3

Beweisrechtlich entscheidend ist sodann der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der „Konsistenz“. In Widerspruch zum dargestellten eingeschränkten Aktivitätsniveau erhoben die Experten des Z. eine auffallende Beschwielen der Hände sowie einen athletischen Habitus, was mit der behaupteten körperlichen Schöpfung nicht vereinbar sei (vorstehend E. 4.1). Der Beschwerdeführer fährt ohne Probleme bis zu drei Stunden am Stück Auto; am liebsten fährt er mit Stretch-Limousinen, was ihm Freude bereite (Urk. 6/231 S. 15). Solche Fahrten erfordern bedeutende psychische und kognitive Ressourcen, namentlich wenn der Beschwerdeführer als Chauffeur von Stretch-Limousinen mit Verantwortung für seine Passagiere unterwegs ist (Urk. 6/231 S. 12; vgl. zu dieser Tätigkeit auch Bericht von Dr. B. vom 16. Oktober 2013, Urk. 6/229). Gegenüber dem Psychiater des Z. schilderte der Beschwerdeführer eine n geregelten Tagesablauf mit täglich einem ein- bis zweistündigen Spaziergang. Dass er dazu in der Lage ist, weist in Anbetracht der erheblichen motorischen Anforderungen

auf nicht unerhebliche Ressourcen hin, so dass nicht auf massgebliche Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich geschlossen werden kann. Die Inkonsistenzen zwischen dem geltend gemachten hohen Leidensdruck und der mangelnden Bereitschaft, sich aktiv und mit

adäquaten Behandlungen um eine Genesung zu bemühen oder einen beruflichen Wiedereinstieg anzustreben (Urk. 6/231 S. 18), sind als Indiz dafür zu werten, dass die Beeinträchtigungen anders zu begründen sind als durch eine versicherte Gesundheitsschädigung. Zudem vermochte der Beschwerdeführer in den Jahren 2013 und 2014 nach Mazedonien beziehungsweise in die Türkei zu reisen (Urk. 6/231 S. 16), was einer gleichmässigen Ausprägung der Einschränkungen in der Freizeit und im Beruf ebenfalls entgegensteht.

E. 5.3

Aufgrund dieser Erwägungen zur Schwere des Leidens und zu dessen Konsistenz lässt sich im Ergebnis nicht beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rentenüberprüfung zum Schluss gelangte, eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit sei mit den Z. ___-Gutachtern zu verneinen. Mithin hat sie zu Recht erkannt, dass die Voraussetzungen von Art. 7 ATSG nicht erfüllt sind und in diesem Zuge die Rente gestützt auf lit. a Abs. 1 SchlB IVG pro futuro aufgehoben.

Die medizinischen Akten erlauben eine verlässliche Beurteilung des Leistungsanspruches des Beschwerdeführers und ergänzende medizinische Abklärungen versprechen keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse, weshalb entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). Da die (rechtskräftig) festgestellten Invaliditätsgrade keine wechselseitige Bindungswirkung zwischen der Invalidenversicherung oder der Unfallversicherung für den jeweils anderen Sozialversicherungsbereich entfalten (BGE 133 V 549 E. 6), können auch die aufgrund des Urteils des Bundesgerichts vom 5. September 2015 (Urk. 6/238) allenfalls seitens des Unfallversicherers anberaumten Abklärungen ausser Acht gelassen werden.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6

Die Gerichtskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden 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: - Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher - 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
Der Gerichtssekretär
Gräub-Sonderegger

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