

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00698 vom 27. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00698

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00698 du 27 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00698 del 27 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Ge such hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialver siche rungs rechts; ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invalidi tätsgrad 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 ha ben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesund heitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Ar beits fähig keit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1 1. Mai 2009 E.

E. 1.2

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 Bundesge setzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit ver ur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verblei bende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Be tracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und ge gebenenfalls 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 Tätig keiten die versicherte Person arbeits unfähig 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 no ch zugemutet

werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den es für derartigen 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 rechts anwendende 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.).

E. 2

Dagegen führte der Versicherte mit Eingabe vom 17. Juni 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab dem 1. Oktober 2014, spätestens aber seit dem 1. September 2015, eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. August 2016 angezeigt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, im Rahmen des Revisionsverfahrens seien umfangreiche medizinische Abklärungen vorgenommen worden, so liege insbesondere ein Gutachten der Begutachtungsstelle Medas B.____ vom 14. Dezember 2015 vor. Daraus gehe hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht etwas verschlechtert

habe und aus psychiatrischer Sicht ungefähr gleich geblieben

sei. Das Gutachten zeige jedoch, dass der Beschwerdeführer aggraviere, was einen Ausschlussgrund darstelle. Daher sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu verneinen.

Zum im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwand führte die IV-Stelle aus, in der neuropsychologischen Testung hätten sich deutliche Anzeichen einer Aggravation gezeigt. Auch in den weiteren Untersuchungen seien Inkonsistenzen festgestellt worden und eine

Selbstlimitierung habe nicht ausgeschlossen werden können. Das Verhalten des Beschwerdeführers gehe über eine Verdeutlichung hinaus, eine Aggravation sei ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, im Gutachten seien verschiedenste Beeinträchtigungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit festgestellt worden. Zwar sei im neuropsychologischen Teilgutachten von einer Aggravation die Rede, weshalb die Begutachtung wegen nicht valider Resultate vorzeitig beendet worden sei. Im Gesamtgutachten seien diese Ergebnisse aber nicht berücksichtigt worden, weshalb auf die Beurteilung abzustellen sei. Insgesamt sei es daher erwiesen, dass sich sein Gesundheitszustand in den letzten Jahren leicht verschlechtert habe. Sein Invaliditätsgrad habe sich auf mindestens 61 % erhöht, weshalb ihm eine Dreiviertelsrente ab Einreichung des Rentenerhöhungsgesuchs im Oktober 2014 zustehe (Urk. 1).

E. 3

Im A.____-Gutachten vom 23. November 2010, welches der letzten Verfügung (vom 23. Januar 2012) zugrunde lag, wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/171 S. 41): - mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F 32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41) - sensible Hemisymptomatik rechts ohne Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung (ICD-10: R 20.8) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit möglicher inter mit tierender Wurzelreizsymptomatik S1 rechts (ICD-10: M 54.86) - deutliche Osteochondrose L5/S1 mit mediolateraler Diskushernie und morphologischem Wurzelkontakt S1 rechts (MRI vom 9.9.2008 und 31.7.2001) - Hemihypästhesiesymptomatik rechts, Verdacht auf chronische zentrale Hypersensibilisierung - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht-radikulärer Schmerzausstrahlung in den Arm rechts (ICD-10: M 53.0 und M 53.1) - diskrete Bandscheibenprotrusion C4/5 beidseits ohne Nervenwurzelkompromittierung (MRI vom 9.9.2008) - Thoracic-outlet-Symptomatik beidseits - Ulnarisneuropathie beidseits möglich

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende aufgeführt (Urk. 7/171 S. 42): - radiologisch beginnende Gonarthrosezeichen rechts ohne sicheres klinisches Korrelat (Röntgen vom 20.3.2010 und 30.6.2006) - Sonnenallergie und Raynaud-Symptomatik anamnestisch

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, das Gangbild des Exploranden sei verhalten, seitengleich ohne Hinkmechanismus. Im Zehen spitzen- und beim Fersengang rechts sei die Standbeinphase leicht verkürzt und der Explorand gebe lumbale Schmerzen an. Die Hocke könne bis zu einer Knieflexion von 90° beidseits eingenommen werden, wenn er sich leicht am Mobilier halte. Endphasig würden lumbale und rechtsgluteale Schmerzen beklagt. Beim Aus- und Ankleiden werde der Oberkörper voll inkliniert, im Sitzen würden die Hüften beidseits voll flektiert und sowohl Arme als auch Beine symmetrisch bewegt. Im Verlauf der Untersuchung würden sich Zeichen von diffuser Schmerzkommunikation mimisch und gestisch mehren. Nach dem Verlassen der Liege sei ein intensiver Schmerzlinkmechanismus rechts ersichtlich, wobei nach dem Ankleiden das Gangbild wiederum symmetrisch sei (Urk. 7/171 S. 65).

Der Explorand klagt über tieflumbale, belastungsabhängige Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein bis zum lateralen Fussrand, wobei der Beschwerdefokus lumbal liege. Neu bestünden nun auch nuchale Beschwerden mit Ausstrahlung in den rechten Arm und Parästhesien, die nicht positionsabhängig seien. Hinzu kämen seit zwei Monaten ein intermittierendes Fusssohlenbrennen links und Parästhesien an der linken Hand (Urk. 7/171 S. 69).

Die Körperhaltung des Beschwerdeführers sei wohl etwas steifer als in den Vorgutachten beschrieben. Es bestehe aber nach wie vor ein wechselndes fokales Behinderungsausmass, indem die Hüftflexion beim Anziehen der Hose im Sitzen beidseits voll erfolge, beim passiven Prüfen der Hüftbeweglichkeit aber massive Gegeninnervationen wegen lumbaler Schmerzen bereits bei einer Flexion von links 60° und rechts 40° manifestiert würden. Auch die Endphasen der Rotation der Hüftgelenke seien schmerzbedingt muskulär behindert. Wie früher auch schon fänden sich Zeichen einer Schmerzverarbeitungsstörung mit stöhnender, mimisch und gestisch akzentuierter Schmerz kommunikation, die im Verlauf der Untersuchung zunehme (Urk. 7/171 S. 70).

Insgesamt finde sich beim Exploranden ein deutliches degeneratives Wirbelsäulenleiden der unteren Lendenwirbelsäule. Er habe eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung entwickelt mit einer wohl darunter zu subsumierenden Hypästhesie der rechten Körperhälfte, einem chronischen Schmerzvermeidungsverhalten, einer Minderinnervation der peripheren rechten Extremitäten, einer inkonstanten Schmerzbehinderung und einer fixierten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Wie schon früher würden Diskrepanzen zwischen den klinischen Befunden und der Leidensintensität vorliegen (Urk. 7/171 S. 70-71).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der begutachtende Rheumatologe aus, körperlich mittelschwere und schwere berufliche Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar, weshalb er in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei. Aus muskuloskelettärer Sicht könne ihm für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Berücksichtige man aus rheumatologischer Sicht die dargelegten Schmerzchronifizierungsprozesse mit den vorhandenen Veränderungen, reduziere sich die Arbeitsfähigkeit um 20 % (Urk. 7/171 S. 72).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, der Explorand beklage sich über zwanghaftes Grübeln. Noch immer beschäftige ihn der Tod seines einzigen Sohnes, es sei so schwer loszulassen. Er leide auch unter starker Nervosität und innerer Unruhe, sei reizbar geworden, gerate manchmal ausser Kontrolle und werde dann laut. Sein Schlaf sei gestört. Er habe Mühe einzuschlafen und durchzuschlafen. Nachts habe er „Erscheinungen“, sehe seinen Sohn vor sich oder sich selber, tot. Er liege oft lange wach und habe Angst vor erneuten „Erscheinungen“. Aufgrund des Schlafmangels könne er sich nicht konzentrieren, sei vergesslich, fahrig und gerate schnell unter Druck. Überwiegend sei seine Grundstimmung traurig, teilweise empfinde er aber auch Freude, so beispielsweise am Erfolg seiner Kinder (Urk. 7/171 S. 107).

Der begutachtende Psychiater schilderte, der Explorand sei bewusstseinsklar und vollständig orientiert. Während des Gesprächs würden sich keine Auffassungsstörungen zeigen. Hingegen seien Konzentrationsstörungen bemerkbar, da er bei Fragen häufig nachfragen müsse. Die Merkfähigkeit wirke vermindert, so antworte er auf mehrteilige Fragen meist unvollständig. In der groben Testung könne er sich zwei von drei Begriffen

merken. Das formale Denken sei geordnet, oft aber sprunghaft und thematisch leicht eingeeignet auf den Tod seines Sohnes sowie die Kündigung der Arbeitsstelle. Eine Inkohärenz sei nicht zu erkennen (Urk. 7/171 S. 110).

Das komplexe Beschwerdebild des Exploranden lasse sich als komorbide Störung aus einer mittelgradig depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren abbilden. Mit dem deutlichen Interessens- und Freudverlust an Aktivitäten und dem verminderten Antrieb sowie der gesteigerten Ermüdbarkeit seien zwei der drei Hauptkriterien für eine depressive Episode und mit den impulsiven Gedanken an den Tod, Konzentrationsstörungen, einer deutlichen Agitiertheit und Schlafstörungen vier Nebenkriterien erfüllt, sodass die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode zu stellen sei (Urk. 7/171 S. 112).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der begutachtende Psychiater aus, durch die depressions- und teilweise auch schmerzbedingten Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, den schwankenden Antrieb und insbesondere auch die Nervosität, Hastigkeit, Agitiertheit, Reizbarkeit und die gestörte Impulskontrolle sei der Versicherte aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es sollte ihm in einer seiner körperlichen Erkrankung an angepassten Tätigkeit aber möglich sein, vier Stunden täglich zu arbeiten (Urk. 7/171 S. 113).

Im neurologischen Teilgutachten wurden keine Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt (Urk. 7/171 S. 78).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde zur Arbeitsfähigkeit zusammenfassend ausgeführt, in seiner angestammten Tätigkeit sei der Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne ihm eine 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert werden. Voraussetzung dafür sei eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten mit einem Gewicht von mehr als 5-7

kg, ohne Zwangshaltungen, gehäuft gebückte oder überkopf zu verrichtende Tätigkeiten. Auch kniende oder kauernde Arbeiten seien nicht zu mutbar (Urk. 7/171 S. 49).

E. 4.1

Im anlässlich der aktuellen Rentenrevision erstellten Gutachten vom 14. Dezember 2015 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/250 S. 35): - depressive Störung mittelgradigen Ausmasses, beziehungsweise rezidivierende Störung (ICD-10: F 33.1) - chronische Schmerzstörung (ICD-10: F 45.41) - chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M 54.4) mit/bei - ischialgiforme Schmerzen am rechten Bein mit Hypästhesie Dermatome S1 - DD intermittierende Wurzelreizsymptomatik S1 - fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1, Chondrose L4/5, Spondylarthrosen - medio-rechts-laterale Diskushernie L5/S1 mit morphologischem Wurzelkontakt S1 (MRI 31.7.2001 und 9.9.2008) - Cervico-Thorako-Brachialsyndrom rechts - subacromiale Impingement-Symptomatik (ICD-10: M 75.4) - radiologisch Humerus Hochstand rechts - klinisch keine Hinweise auf alltagsrelevante Rotatorenmanschettenpathologie - klinisch kein Hinweis auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptome - diskrete Bandscheibenprotusion C4/5 (MRI 9.9.2008)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 7/250 S. 35-36): - koronare 3-Gefässerkrankung (ICD-10: I 25.22) - Status nach

NSTEMI mit Kammerflimmern und erfolgreicher mechanisch-medikamentöser Reanimation am 8.10.2013 - Koronarographie (O. Hospital) 8.10.2013: LVEF 40 %, 80%ige Stenose des proximalen RIVA; 2x DES, Verschluss mediale RCX, PTCA/DES, 80%ige Stenose proximale RIVP RCA - Laufbandstressechokardiographie 22.12.2014: ohne schwere Ischämie - Kardiale MR-Untersuchung mit Adenosin-Belastung 27.1.2015: LVEF 58 %, kein Nachweis einer belastungsinduzierten Ischämie - Echokardiographie 15.9.2015: LVEF um 60 %, Infarktnarbe vor allem posterior, normale diastolische Funktion, leichte Mitralinsuffizienz, leichte Aorteninsuffizienz - Spiroergometrie 15.9.2015: Vorzeitiger Abbruch wegen Dyspnoe bei Hyperventilation, keine Angina pectoris. Bei aussagekräftigem Doppelprodukt kein Hinweis auf belastungsinduzierte Ischämie - anamnestisch Vorhofflattern (ED 05/2013) - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Dyslipidämie - Asthma bronchiale - Polyarthrose - Coxarthrose rechtsbetont bei Hüftdysplasie - Gonarthrose

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ausgeführt, der Explorand klagt über Vergesslichkeit und mangelnde Konzentrationsfähigkeit. Mit dem Herzinfarkt sei alles wiedergekommen, Stress, Angst, Alpträume, Kraftlosigkeit und Unsicherheit. Die Erinnerung an seinen Sohn würde ihn sehr belasten. Auch seinen Bruder habe er verloren, was ihn beschäftige. Er könne nie länger als zwei Stunden am Stück schlafen. Im Alltag sei er sehr reizbar, er trage keinen Lärm, weshalb er es in einer Gruppe von Leuten meist nicht lange aushalte. Er sei schon lange in psychiatrischer Behandlung, welche die Situation aber nicht verbessere. Einer stationären Behandlung habe er sich bisher noch nicht unterzogen (Urk. 7/250 S. 52-53).

Der begutachtende Psychiater führte aus, der Explorand wirke leicht gereizt, scheine unter Druck zu stehen, die Gestik und Mimik seien stark ausgeprägt und er spreche laut. Im Verlauf der Untersuchung wirke er zunehmend entspannter, kooperativer und zugänglicher. Bewusstseins- und Orientierungsstörungen würden nicht vorliegen, auch die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien nicht relevant beeinträchtigt. Im formalen Denken wirke er geordnet, teilweise leicht gehemmt und verlangsamt, aber weder umständlich noch eingengt. Es fänden sich keine Hinweise auf Wahnerleben, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen (Urk. 7/250 S. 57).

Hinsichtlich der Konsistenz der Symptome schilderte Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, trotz der Authentizität des Exploranden seien Diskrepanzen erkennbar. So müsse das Wahrnehmen des eigenen Schlafverhaltens als überdeutlich geschildert oder erlebt bezeichnet werden. Im Gespräch seien ihm weder Konzentrationsmängel noch Vergesslichkeit anzumerken; er nehme Gedanken auf, verarbeite diese und bringe verschiedene Aspekte ein. In der Untersuchungssituation sei er ablenkbar und bei Provokationen gerate er nicht in Affektinkontinenz. Echte Widersprüche seien allerdings nicht zu erkennen (Urk. 7/250 S. 58-59).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. C.____ aus, der Versicherte sei für eine angepasste Tätigkeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicherlich nicht mehr als 50 % eingeschränkt. Das Arbeitsprofil entspreche einer reizarmen Tätigkeit ohne Lärmbelastung, ohne störende Lichtverhältnisse und ohne besonders hohe Konzentrationsanforderungen, was das Bedienen gefährlicher Maschinen und Schichtarbeiten ausschliesse. Unter Ausnutzung therapeutischer Möglichkeiten sollte ausgehend von der diagnostischen Einschätzung auch eine 66%ige Arbeitsfähigkeit möglich sein (Urk. 7/250 S. 63-64).

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, beim Exploranden handle es sich um einen 58-jährigen Mann in gutem Allgemeinzustand. Das Gangbild sei grundsätzlich hinkfrei, der Zehenspitzen- und Fersengang beidseits ohne Einschränkung möglich. An der Halswirbelsäule bestehe eine leichte, nicht schmerzhaft eingeschränkte Seitenneigung nach beiden Seiten. Die Eigenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten seien symmetrisch normal. Beide Hüftgelenke seien in der Innenrotation mittelgradig eingeschränkt, ohne Schmerzprovokation am Hüftgelenk, aber mit einer Schmerzprojektion in den lumbosakralen Übergang beim Versuch, die Hüftgelenke über 80° zu beugen (Urk. 7/250 S. 70).

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, führte aus, für die vom Exploranden angegebenen Schmerzen könne als pathologisch-anatomisches Korrelat eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1, eine Chondrose L4/5 sowie eine medio-rechts-laterale Diskushernie L5/S1 mit morphologischem Wurzelkontakt S1 angegeben werden. Hinweise auf eine akute Nervenwurzelkompression bestünden nicht. Zwar habe der Explorand das gestreckte rechte Bein nicht mehr als 20° anheben können. Das sei jedoch als pseudoradikuläres Zeichen zu deuten, da es ihm in sitzender Position gelinge, die Beine einzeln in eine horizontale Position zu bringen. Zusätzlich zu den Beschwerden an der unteren Lendenwirbelsäule klagte der Explorand über Schmerzen am rechten Schultergelenk und am rechten Arm. Diese Schmerzen seien sicherlich pseudoradikulärer Genese. Die Röntgenaufnahmen des rechten Schultergelenks würden einen leichtgradigen Humerushochstand zeigen, was ein indirektes Zeichen für eine Rotatorenmanschettenpathologie sei. Klinisch würden jedoch keine Hinweise auf eine alltagsrelevante Rotatorenmanschettenläsion vorliegen. Weitere Pathologien am Bewegungsapparat mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht erkennbar (Urk. 7/250 S. 71).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.____ fest, man müsse davon ausgehen, dass eine leichte bis mittelgradige Einschränkung der Belastbarkeit des Achsenskeletts vorliege. Auch sei von einer leichten Einschränkung der Belastbarkeit der rechten oberen Extremität auszugehen. Gesamthaft gesehen ergebe sich damit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Plattenleger. Gegenüber der rheumatologischen Beurteilung im Vorgutachten habe sich die zumutbare Arbeitsfähigkeit leicht verschlechtert, einerseits wegen der zunehmenden segmentalen Bandscheibendegenerationen, andererseits wegen einer progredienten Dekonditionierung. Im Vergleich zu den Jahren 2012 und 2013 hätten sich am Bewegungsapparat keine weiteren Veränderungen ergeben, weder im positiven noch im negativen Sinn. Aus rheumatologischer Sicht sei eine berufliche Rehabilitation in einer angepassten Tätigkeit empfehlenswert, bei einem Arbeitspensum von 50 %, wobei nach einer Angewöhnungsphase mit einer Steigerung der Arbeitsleistung gerechnet werden könne (Urk. 7/250 S. 71-72).

Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, es gebe Hinweise auf eine Verfälschung der Befunde. Der klinische Eindruck ohne Verlangsamung und die objektivierte schwere Verlangsamung seien widersprüchlich. Auch die unauffällige Kommunikation sei mit den deutlich reduzierten Arbeitsgedächtnisleistungen nicht vereinbar. Die Gedächtnisleistungen hätten sich in einem Ausmass vermindert gezeigt, wie sie bei einem Patienten mit mittelschwerer Alzheimer-Demenz vorkommen würden. Im Performanzvalidierungstest würden die gezeigten Leistungen deutlich unter Werten von Patienten mit schweren Schädelhirntraumata oder Demenzpatienten liegen. Diese

Auffälligkeiten seien nicht mit den psychischen Beschwerden des Exploranden zu erklären. Daher sei von einer Aggravation auszugehen (Urk. 7/250 S. 77).

Im kardiologischen Teilgutachten wurde festgehalten, der Explorand klage über atypische, durch gewisse Bewegungen ausgelöste Thoraxbeschwerden links. Eine typische Angina pectoris liege nicht vor. Echokardiographisch zeige sich ein normal grosser, nicht hypertropher linker Ventrikel mit normaler systolischer Globalfunktion. Vor allem posterior finde sich eine akinetische Zone, die durch den Myokardinfarkt vom 8.10.2013 erklärt werden könne. Die diastolische Funktion der linken Kammer sei normal. Die Spirometrie müsse vorzeitig wegen einer Anstrengungsdyspnoe abgebrochen werden, wobei klinisch der Befund einer deutlichen demonstrativen Hyperventilation bestehe. Kardiale Beschwerden lägen nicht vor. Auffallend sei, dass der Explorand noch im letzten Dezember eine deutlich bessere Leistungsfähigkeit gezeigt habe (Urk. 7/250 S. 47).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aus kardialer Sicht sei der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/250 S. 47).

In der interdisziplinären Zusammenfassung führten die Gutachter aus, aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 23.1.2012 eher verschlechtert. Aus psychiatrischer Sicht müsse von einem weitgehend stabilen Verlauf ausgegangen werden. Die neu dazu gekommene kardiale Problematik mit Status nach Myokardinfarkt im Oktober 2013 bleibe ohne langdauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/250 S. 40).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, aus dem Gutachten ergebe sich, dass der Beschwerdeführer aggraviere, weshalb kein invalidisierender Gesundheitsschaden mehr vorliege und revisionsweise die Rente aufzuheben sei (Urk. 2 S. 2).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung je doch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist bloss verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen (vgl. BGer vom 13. Oktober 2015, 8C_438/2015, E. 6).

Die Beschwerdegegnerin führt zu Recht aus, im Gutachten sei mehrfach auf Diskrepanzen hingewiesen worden. In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde zur Konsistenz ausgeführt, in der kardiologischen Untersuchung habe eine Selbstlimitierung nicht ausgeschlossen werden können, im rheumatologischen Untersuchung hätten sich einige Hinweise auf Inkonsistenzen oder Verdeutlichung gezeigt und die neuropsychologische

Gutachterin kam zu Schluss, der Beschwerdeführer habe überwiegend wahrscheinlich aggraviert (Urk. 7/250 S. 37-38). Gleichzeitig wurde im Gutachten indessen ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich insgesamt offen gezeigt und sei bereit gewesen, detaillierte Auskünfte zu erteilen. Auch habe keine wesentliche Diskrepanz zwischen Alltagsaktivitäten und den geltend gemachten Einschränkungen festgestellt werden können (Urk. 7/250 S. 38). Die Gutachter kamen zum Schluss, das Ausmass der Erscheinungen könne im Rahmen der Situation nicht als Aggravation gewertet werden. Zudem hielten sie fest, die Resultate der neuropsychologischen Untersuchung seien aufgrund der festgestellten Aggravation bei ihrer Beurteilung nicht berücksichtigt worden (Urk. 7/250 S. 38).

Damit liegen zwar gewisse Hinweise vor, die auf eine Aggravation hindeuten. Aus der ärztlichen Beurteilung geht jedoch hervor, dass insgesamt die Anhaltspunkte für eine Aggravation nicht überwiegen, womit lediglich von einer Verdeutlichung auszugehen ist. Entsprechend ist eine Aggravation nicht ausgewiesen, weshalb eine Rentenrevision gestützt darauf nicht gerechtfertigt erscheint.

E. 4.3

Der Beschwerdeführer geht ebenfalls von einem Revisionsgrund aus und macht geltend, es sei als erwiesen zu betrachten, dass sich sein Gesundheitszustand in den letzten Jahren leicht verschlechtert habe, weshalb nun ein Invaliditätsgrad von über 60 % und damit ein Anrecht auf die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente bestehe (Urk. 1 S. 4-5).

Wie bereits dargelegt (vgl. E. 1.1) gibt Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Vorliegend kamen die Gutachter zum Schluss, aus rheumatologischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand eher verschlechtert. Aus psychiatrischer Sicht sei von einem stabilen Verlauf auszugehen (Urk. 7/250 S. 40). Vergleicht man die Befunde des aktuellen Gutachtens mit denjenigen aus dem Vorgutachten, zeigen sich kaum Veränderungen. Bereits im A.____-Gutachten vom 23. November 2010 wurde eine deutliche Osteochondrose L5/S1 mit medio lateraler Diskushernie und morphologischem Wurzelkontakt S1 rechts diagnostiziert (Urk. 7/171 S. 41). Im aktuellen Gutachten wird ebenfalls darauf hingewiesen, die Röntgenbilder zeigten eine deutliche Osteochondrose L5/S1, wobei zusätzlich ein Vakuumphänomen genannt wird (Urk. 7/250 S. 70). Der begutachtende Rheumatologe wies zwar auf zunehmende segmentale Bandscheibendegenerationen sowie auf eine progrediente Dekonditionierung im Vergleich zum Vorgutachten hin und sprach von einer leichten Veränderung (Urk. 7/250 S. 71). Es ist jedoch nicht erkennbar, inwiefern sich diese leichten Degenerationen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnten. Aufgrund seiner lumbalen Beschwerden wurde ihm bereits im Vorgutachten für seine angestammte Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es werden ihm lediglich noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten mit einem Gewicht von mehr als 5-7 kg, ohne Zwangshaltungen, ohne gehäuft gebückte oder überkopf zu verrichtende Tätigkeiten und ohne zumindest repetitive rotative Bewegungen des Oberkörpers zugemutet (Urk. 7/171 S. 49). Inwiefern leichte segmentale Bandscheibendegenerationen sowie eine körperliche Dekonditionierung Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in dieser angepassten Tätigkeit haben könnten, ist nicht erkennbar und wurde denn auch nicht dargetan. Hinsichtlich der Dekonditionierung ist vielmehr davon

auszugehen, dass eine angepasste Tätigkeit dieser entgegenwirken würde.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass im aktuellen Gutachten teilweise sogar Verbesserungen in den Befunden ersichtlich sind. So ist dem A.____-Gutachten vom 23. November 2010 zu entnehmen, beim Beschwerdeführer sei im Zehen spitzen- und beim Fersengang rechts die Standbeinphase leicht verkürzt und er klagt über lumbale Schmerzen (Urk. 7/171 S. 65). Im aktuellen Gutachten wurde hingegen festgehalten, der Zehenspitzen- und Fersengang sei beidseits ohne Einschränkung möglich (Urk. 7/250 S. 70). Diesbezüglich hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers möglicherweise sogar verbessert.

Insgesamt präsentieren sich die erhobenen Befunde im Vergleich zum Vor gut achten praktisch unverändert. Bei den Diagnosen kam zwar neu eine koronare 3-Gefässerkrankung hinzu. Diese war auch der Grund dafür, dass der Beschwerdeführer eine Rentenrevision forderte (Urk. 7/213). Der begut achtende Kardiologe kam jedoch zum Schluss, die Erkrankung bleibe ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Sogar für seine an gestammte Tätigkeit als Plattenleger sei er aus kardiologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/250 S. 47). Damit handelt es sich um einen im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalt. Eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ist nicht ausgewiesen, womit es an dieser Revi sionsvoraussetzung fehlt.

E. 5

Nach dem Gesagten ist mangels einer wesentlichen Veränderung der tat sächli chen Verhältnisse ein Revisionsgrund zu verneinen, weshalb die Ren ten aufhebung einer rechtlichen Grundlage

entbehrt. Daher ist in teilwei ser Gutheissung der Beschwerde der angefochtene Entscheid aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerde führer auch nach dem 30. Juni 2016 Anspruch auf die bisher ausgerichtete halbe Rente der Invalidenver sicherung hat.

E. 6.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.- festzulegen und ausgangsge mäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

E. 6.2

Nach der Rechtsprechung ist bei bloss teilweisem Obsiegen dann eine ungekürzte Parteientschädigung zuzusprechen, wenn die versicherte Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt. In Streitig keiten um die Höhe einer Invalidenrente trifft dies zu, wenn nicht die bean tragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zuge sprochen wird. Dahinter steht die Überlegung, dass eine „Überklagung“ eine Reduktion der Parteientschädigung nicht rechtfertigt, soweit das Rechtsbe gehen keinen Einfluss auf den Prozessaufwand ausübt (Urteil des Bundesge richts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 mit weiteren Hinweisen). Der durch lic. iur. Max Merkli vertretene Beschwerdeführer hat somit An spruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung.

Diese ist in Anwendung von § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialver sicherungsgericht (GSVGer) auf Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen und der unterliegenden Beschwer de gegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Mai 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer über den 30. Juni 2016 hinaus weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Max S. Merkli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 HurstCuriger

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