

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01181 vom 20. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01181

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01181 du 20 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01181 del 20 marzo 2017

Erwägungen

E. 1.1

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

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. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen 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 Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden 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 20

E. 1.3

Im Nachgang zu diesem Urteil

veranlasste die IV-Stelle ein interdisziplinäres

Gutachten beim

Y.____, welche am 28. Januar 2014 erstattet wurde (Urk. 9/101). Mit Vorbescheid vom 25. April 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die rückwirkende Wiederausrichtung der bisherigen Dreiviertelsrente ab dem 1. September 2012 und Einstellung

der Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats in Aussicht (Urk. 9/105). Nach dem gegen erhobenen Einwand vom 29. April 2014 (Urk. 9/107) und Einwandbegründung vom 22. Mai 2014 (Urk. 9/111) liess die IV-Stelle den psychiatrischen Gutachter des Y.____ am 22. Januar 2015 (Urk. 9/120) ergänzend Stellung nehmen.

Mit Verfügungen vom 27. Juni und 28. Juli 2016 wurde die bisherige Rente dem Versicherten gemäss Vorbescheid wieder ausgerichtet (Urk. 9/149-150). Nach Einholung weiterer Arztberichte (Urk. 9/135-137) verfügte die IV-Stelle nach erlassenem Vorbescheid (Urk. 9/153) am 26. September 2016 die Aufhebung der Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats (Urk. 9/154 = Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 26. Oktober 2016 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 26. September

2016 sei aufzuheben und es sei von einer Einstellung der Invalidenrente abzusehen. Eventualiter seien weitere berufliche und medizinische Abklärungen zu tätigen. Der Verfügung vom 26. September 2016 sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen (Urk. 1). Mit Beschwerdeergänzung vom 27. Oktober 2016 reichte der Versicherte einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 5, Urk. 6). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Dezember 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 6

. Dezember 2005 mit Wirkung ab Oktober 2001 eine ganze Invalidenrente und mit Wirkung ab Juni 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 62 % eine halbe Invalidenrente respektive ab 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zu (Urk. 9/48-50).

E. 8

, unter Beilage ihrer Akten, Urk.

E. 9

/1-157), was dem Beschwerdeführer am 7. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 10

). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 15

E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1). 1. 3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. 1. 4

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.

E. 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, Beweismwürdigung 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). 1. 5

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). 1. 6

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 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, da keine somatoforme Schmerzstörung mehr bestehe, habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert und es sei ein Revisionsgrund auszuweisen. Gestützt auf das rheumatologische Teilgutachten des Y.____ sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Es seien keine Hinweise ersichtlich, dass sich der somatische Gesundheitszustand seither verändert habe, weshalb weiterhin auf diese Einschätzung abgestellt werden könne. Hinsichtlich der aus psychiatrischer Sicht attestierten mittelgradig depressiven Störung sei nicht von einer Therapieresistenz auszugehen, weshalb ein invalidisierendes psychisches Leiden verneint werde. Damit sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar und es ergebe sich unter Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ein Invaliditätsgrad von 17 % (Urk. 2).

Dagegen machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin stütze sich auf ein veraltetes Gutachten und habe keine weiteren Arztberichte eingeholt, womit eine Verletzung der Abklärungspflicht gegeben sei. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin liege gemäss den behandelnden Ärzten eine somatoforme Schmerzstörung vor und der Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Er habe sich gemäss der behandelnden Psychiaterin gar verschlechtert. Damit sei kein Revisionsgrund nachgewiesen. Hinsichtlich der mittelgradigen Depression habe sich die Rechtsprechung bezüglich der Überwindbarkeit von psychosozialen Leiden geändert, die Beschwerdegegnerin setze sich in der Verfügung jedoch nicht mit den neuen Kriterien auseinander. Der Beschwerdeführer sei seit Jahren in psychiatrischer Behandlung, ohne dass eine Verbesserung erzielt werden könne (Urk. 1).

3.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die ursprünglichen Rentenverfügungen vom 11. November und 16. Dezember 2005 (Urk. 9/48 50, vgl. E.1.4). Diese basierten im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten des Y.____

vom 29. August 2005 (Urk. 9/40).

3.1.1

Die Y.____-Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/40/26):

(1) Periarthropathia

humeroscapularis rechts mit/bei: Status nach direkter Schulterkontusion durch Sturz am 08.09.95, Nachweis einer SLAP-Läsion in der Arthro-MRI-Untersuchung vom 27.01.99, leichte

Impingement-Symptomatik,

(2) Funktionsstörung der rechten Hand mit/bei: Status nach Metacarpale IV Spiralfaktur bei Sturz am 27.08.99,

handgelenksarthroskopische m Nachweis einer scapho-lunären Dissoziation am 26.10.00,

(3) Status nach Knie-Distorsion rechts mit Läsion des medialen Seitenbandes und des

Meniskus am 16.3.03 sowie (4) mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit anhaltender, somatoformer

Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) . 3.1.2

Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. Z.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, führte aus, bei der Untersuchung sei eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen den verbal quantifizierten Schmerzen und den starken körperlichen Abwehrreaktionen aufgefallen. Ausser der Schonhaltung des rechten Armes habe der Beschwerdeführer ein unauffälliges Bewegungsverhalten

gezeigt und seine Beschwerden bezüglich Lokalisation und Funktions Einschränkung recht konsistent und nachvollziehbar geschildert, nicht aber deren Auswirkung auf den Alltag. Die segmentale Prüfung der Wirbelsäule habe keine massiven Funktionsstörungen ergeben. Insgesamt besteht rein von Seiten des Bewegungsapparates eine eingeschränkte Belastbarkeit der rechten Schulter und rechten Hand. Diese betraf vor allem an qualitativen Einschränkungen den wiederholten Kräfteinsatz der rechten Hand als auch Pro- und Supinationsbewegungen sowie kräftiger Zug und Stoss mit dem rechten Arm. In Bezug auf die rechte Schulter seien ebenfalls repetitive Kraftanwendungen rotatorischer oder elevatorischer Art sowie stereotype Bewegungen ohne Kraftanwendung in den genannten Richtungen ungünstig und nicht mehr zumutbar. Arbeiten über Schulterhöhe seien aus Schmerzgründen nicht mehr realisierbar. Für alle übrigen, wechselbelastenden Tätigkeiten mit Entlastung des rechten Armes inklusive des rechten Schultergürtels bestünde aus rein rheumaorthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/38/5-6, Urk. 9/40/28-29) . 3.1.3

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte aus, bei der psychiatrischen Exploration habe primär ein dysphorisches Stimmungsbild imponiert, das geprägt gewesen sei durch Frustrationen und Enttäuschungen über Ämter, Versicherungen und Ärzte. Ebenso enttäuscht sei der Beschwerdeführer über seine derzeitige partnerschaftliche Situation, die aufgrund der sozialen Umstände zusätzlich belastet sei. Kognitive Einschränkungen seien nicht feststellbar gewesen, ebenso hätten keine Einschränkungen des formalen Gedankenganges bestanden. Der inhaltliche Gedankengang sei kohärent ohne Hinweise für eine Angst- oder hypochondrische Störung gewesen.

Hinweise für Wahnhafigkeit, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen seien ebenfalls nicht vorhanden gewesen. Affektiv habe

der Beschwerdeführer belastet und dysphorisch imponiert, wobei hintergründig eine deutlich aggressive Grundstimmung und Agitiertheit vorhanden gewesen seien. Aufgrund der bestehenden depressiven Symptome müsse von einer mittelgradigen, depressiven Episode bei belastender psychosozialer Situation ausgegangen werden. Die bestehende Symptomatik, begleitet von Schuld- und Insuffizienzgefühlen und verbunden mit einer deutlichen Verweigerungshaltung gegenüber arbeitsrehabilitativen Massnahmen, schränken den Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit um 50

% ein. Zusätzlich lasse sich eine anhaltende, somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren. Es bestünde ein ausgewiesener sozialer Rückzug sowie ein verfestigter therapeutisch nicht mehr angehbarer Verlauf nach unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequenter Rehabilitationsmassnahmen und Therapien. Die somatoforme

Schmerzstörung schränke die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aber nicht weiter ein (Urk. 9/39/2-3, Urk. 9/40/29). 3.1. 4

Die Gutachter hielten fest, zusammenfassend und bei Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde seit seinem Arbeitsunfall am 27. August 1999 als Bauarbeiter nicht mehr einsetzbar. Für eine behinderungsangepasste, leichte und wechselbelastende Tätigkeit ohne wiederholten Krafteinsatz oder repetitive Umwendebewegungen des rechten Armes und ohne Arbeiten über Brusthöhe, besteht es seit mindestens Ende Juni 2002

eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit. Das somatische Leiden bewirke nur eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere von einer mittelschweren depressiven Episode, die als Folge der psychosozialen Belastungsfaktoren entstanden sei (Urk. 9/40/29-30). 3. 2

In der rentenaufhebenden Verfügung vom 26. September 2016 (Urk. 2) stütze sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das rheumatologisch-psychiatrische

Gutachten des Y.____ vom 28. Januar 2014 (Urk. 9/101) sowie die ergänzende psychiatrische Stellungnahme vom 22. Januar 2015 (Urk. 9/120). 3.2.1

Die Y.____-Gutachten nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Deskriptiv Periarthropathia

humeroscapularis rechts bei/mit: Status nach Kontusionstrauma vom 08.09.95, Nachweis einer SLAP-Läsion im Arthro-MRI 01/99, aktuell keine sichere Impingement-Symptomatik oder Rotatorenmanschettenläsion, (2) persistierende schmerzhafte Funktionsstörung rechtes Handgelenk bei/mit: Status nach Sturz vom 27.08.99 mit konservativ behandelter Metacarpale IV Spiralfaktur, handgelenksarthroskopisch 10/00 mit Nachweis einer scapho-lunären Dissoziation, klinisch und radiologisch 01/11 nicht verifizierbar, sowie (3) depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden unter anderem ein myofasciales Syndrom linke obere Thoraxapertur sowie beginnende Femoropatellararthrosen beidseits (Urk. 9/101/1-2). In der bisherigen Tätigkeit bestehe aus rheuma-orthopädischer Sicht keine

Arbeitsfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe aus rheuma-orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100

% unter Mitberücksichtigung der qualitativen Einschränkungen. Aus psychiatrischer Sicht sei ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ohne Anforderungen an die Konzentration, Aufmerksamkeit, Leistungsfähigkeit und emotionale Belastbarkeit auszugehen (Urk. 9/101/2-3). 3.2.2

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im psychiatrischen Teilgutachten aus, in der Untersuchung sei die Stimmung des Beschwerdeführers gedrückt, innerlich angespannt und nervös gewesen. Halluzinationen oder Ich-Störungen hätten nicht bestanden. Suizidgedanken seien latent vorhanden gewesen, aber der Beschwerdeführer habe sich wieder davon distanzieren können. Ängste oder Zwänge seien nicht berichtet worden (Urk. 9/101/15). Der Gutachter hielt fest, beim Beschwerdeführer bestehe seit 2001 eine depressive Störung mit den

Kriterien einer mittelgradigen Episode. Neben der depressiven Stimmung bestünden auch ein Interessensverlust sowie eine Motivationslosigkeit. Der Antrieb sei vermindert und der Appetit sei reduziert. Auch bestünden ein Libidoverlust, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörung, Schlafstörungen und eine psychomotorische Agitiertheit. Die Gedächtnisstörung könne

ebenfalls im Rahmen der depressiven Störung gesehen werden. Ebenfalls bestünde eine konflikthafte Situation sowohl zu der Ehefrau als auch zu den Kindern. Der Beschwerdeführer ziehe sich sozial zurück. Der soziale Rückzug sei ebenfalls im Rahmen der depressiven Störung zu sehen. Der Beschwerdeführer leide unter seiner gereizten Stimmung, die zu den familiären Problemen geführt habe. Der Beschwerdeführer sei jedoch in der Lage, die Schmerzsymptomatik zu überwinden und trotzdem spazieren zu gehen. Die Foerster-Kriterien für eine somatoforme

Schmerzstörung

würden nicht vollends erfüllt. So sei keine ausreichende psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung erfolgt. Der Beschwerdeführer begab sich seit kurzem wieder in psychiatrische Behandlung, so dass abzuwarten bleibe, wie sich der weitere Verlauf entwickle. Zu empfehlen sei eine psychiatrisch-stationäre Behandlung mit entsprechender Anpassung der antidepressiven Medikation unter Laborkontrolle. Auch eine psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache sei sinnvoll. Die aktuell antidepressive Medikation sei nicht ausreichend;

die Medikamente

lägen unterhalb des therapeutischen Wirkungsbereichs (Urk. 9/101/16).

Dr. B.____ hielt fest, seit dem letzten Gutachten im Jahr 2005 habe es keine weiteren psychiatrischen oder psychotherapeutischen Berichte gegeben. Die Einschätzung im psychiatrischen Teilgutachten des Y.____ von 2005 sei deckungsgleich mit der aktuellen Untersuchung. Im psychopathologischen Befund seien die Kriterien für eine mittelgradig depressive Episode deutlich erfüllt. Die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei jedoch nicht nachvollziehbar. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand gegenüber 2005 mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit nicht verändert (Urk. 9/101/17-18). 3
.2.3

Dr. Z.____

hielt im rheumatologischen Teilgutachten fest, gegenüber dem Vorgutachten von 2005 seien zwischenzeitlich keine relevanten Änderungen oder therapeutische Massnahmen zu erwähnen ausser der arthroskopischen

Plicaresektion des rechten Kniegelenkes vom im Jahr 2011, welche ausser einer vorübergehenden Verschlechterung nichts gebracht habe und im Kontroll-MRI vom September 2012 weiterhin nachweisbar sei. Die angegebenen Kniebeschwerden retropatellär und allenfalls auch im Bereich des medialen Gelenkspaltes könnten im Rahmen der beginnenden Femoropatellararthrose grundsätzlich erklärt werden, nicht jedoch im angegebenen Ausmass. Dies betraf ebenso die beschriebenen Beschwerden und Funktionsstörungen im Schultergürtelbereich, wobei links das Beschwerdebild im Vorgutachten bereits erwähnt worden sei. Zwischenzeitlich sei eine Gynäkomastie links nachzuweisen. Im Vordergrund stehe nach wie vor das rechte Handgelenk, welches im angulären Bewegungsumfang in allen Richtungen eine deutliche Einschränkung bei

aktivem Gegenspannen gezeigt habe. Eine gezielte manuelle - osteopathische Untersuchung der einzelnen Handwurzelgelenke

sei nicht möglich gewesen, da der Beschwerdeführer schon bei der versuchten Fixierung des Capitulum die rechte Hand zurückgezogen habe, so dass auf weitere Funktionsuntersuchung verzichtet worden sei. Das Ausmass dieser Schmerzreaktion sei rein somatisch nicht erklärbar und deute auf eine erhebliche Schmerzausweitung an diesem Gelenk hin (Urk. 9/101/34-35).

Dr. Z. ___ hielt fest, rein somatisch betrachtet ergäben sich aus rheuma orthopädischer Sicht gegenüber dem Vorgutachten von 2005 keine relevanten Änderungen. Im ursprünglich ausgeübten Beruf als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer vor allem wegen der rechten Hand nicht mehr arbeitsfähig. Für jegliche Verweistätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit unter Mitberücksichtigung folgender qualitativer Einschränkungen: Im Vordergrund stehe der Krafteinsatz der rechten Hand für jegliche Aktivitäten und auch für repetitiv feinmotorische Belastungen sowie Umwendlbewegungen des rechten Armes, wobei die Hand als Gegenhaltehand verwendet werden könne. In Bezug auf den Schultergürtel sei, da mindestens klinisch zwischenzeitlich eher eine Verbesserung rechts zu verzeichnen und keine muskulären Hypotrophien nachweisbar seien, eine qualitative Einschränkung für häufige stereotype Bewegungen und Kraftanwendung rotatorischer oder evasiver Art anzugeben. Arbeiten über Schultergürtelhöhe seien insgesamt ungünstig. In Bezug auf die Kniegelenke und das erst seit wenigen Monaten angegebene Lumbovertebralsyndrom

seien rein aufgrund objektiver Fakten keine Einschränkungen aus rheuma-orthopädischer Sicht anzugeben. Diese Angaben mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ganztags mit voller Leistung betreffend Verweistätigkeiten unter Mitberücksichtigung erwähnter qualitativer Einschränkungen würden ab Untersuchungsdatum respektive bereits seit dem ersten Gutachtenuntersuchung von 2005 gelten. Spezifische therapeutische Massnahmen seien nicht indiziert. Im Vordergrund stünden die regelmässige körperliche Betätigung durch den Beschwerdeführer mit seinem Hometrainer oder zunehmend längere Spaziergänge mit der Ehefrau. Eine weitere Plica-Operation sei nicht indiziert bei geringem klinischem und MRI-Befund und würde den Beschwerdeführer höchstens in seiner subjektiven Wahrnehmung bestätigen (Urk. 9/101/35-36). 3.3

In der Stellungnahme vom 22. Januar 2015 hielt der psychiatrische Gutachter Dr. B. ___ fest, korrekterweise handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode nach ICD-10 F33.1.

Die im Gutachten von 2005 diagnostizierte somatoforme

Schmerzstörung habe bei der psychiatrischen Untersuchung nicht mehr bestanden, weshalb sie bei den Diagnosen nicht aufgeführt worden sei. Im Rahmen der psychiatrischen Evaluation habe der Beschwerdeführer auch nicht mehr über Schmerzen geklagt. Die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrage bei einer mittelgradigen depressiven Störung sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit 50% (Urk. 9/120). 4.4.1

Vorliegend ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat

(vgl.

E. 1. 4). Der psychiatrische Gutachter Dr. B.____ hielt in seiner Stellung nahme vom 22. Januar 2015 fest, dass die

somatoforme

Schmerz störung , welche Dr. A.____ im Y.____ -Gutachten diagnostiziert hatte (vgl.

E. 3.1.3), im Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung

nicht mehr bestan den habe (E. 3.3) .

Diese Beurteilung ist mit Blick auf die Unter suchungs befunde und die anam nestischen Angaben des Beschwerde fühlers n achvoll ziehbar. Während der Beschwerdeführer anlässlich der ersten Begutachtung im Jahr 2005 noch berichtet hatte, dass die Schmerzen immer schlimmer geworden seien , sich vermehrt auf andere Körperregionen ausbreiten würden und er aufgrund dieser Schmerzen nicht arbeiten könne (Urk. 9/39/2), begründete er seine Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der aktuellen psychiatri schen Untersuchung im Wesentlichen damit, dass er sich erschöpft fühle , antriebs los , gereizt

sowie depressiv sei und unter seinen Kniebeschwerden leide . Wie vom Gut achter dargelegt, klagte der Beschwerdeführer jedoch nicht weiter über Schmerzen, sondern gab vielmehr an , dass er versuche, jeden zweiten Tag spazieren zu gehen und die Übungen

mache, die er in der Physiotherapie gelernt habe . Zu mehr Aktivitäten habe er keine Lust (Urk. 9/101/15). Somit ist von einer im Vergleich zur ersten Begutachtung im Jahr 2005 klinisch veränderten Befundlage auszugehen und es lag mit überwiegender Wahr scheinlichkeit zumindest im Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung keine somatoforme Schmerzstörung mehr vor . Damit ist ent gegen der Ansicht

des Beschwerdeführers (vgl.

E.

2.2) ein Revisionsgrund gegeben.

4 .2

Liegt ein Revision sgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tat sächlicher Hinsicht umfassend (allseitig) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 5.3 und 6.1).

Das bidiszipli näre Gutachten vom 20. November 2015 erfüllt grundsätzlich die Anforde rungen an ein e beweiskräftige

Expertise (vgl. E. 1.6). Es beruht auf umfas senden Untersuchungen in den Fachgebieten Psychiatrie (Urk. 9/101/4

E. 19

) und Rheumatologie (Urk. 9/101/20-38)

und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten

(Urk. 9/101/4-12, Urk. 9/101/20-29) abgegeben. Die am Gutachten beteiligten Fachä rzte erhoben jeweils eine ausführliche Anamnese , gingen in ihren Beurteilungen auf die Beschwerden de s Beschwerdeführe rs ein und setzten sich mit diesen hinreichend auseinander. 4 . 3

In somatischer Hinsicht erweist sich das Gutachten als schlüssig und überzeugend. Dr. Z. ___ begründete anhand der Untersuchungsbefunde nachvollziehbar, dass sich gegenüber der Vorbegutachtung keine relevanten Änderungen und insbesondere keine Verschlechterung ergeben haben. Damit ist davon

auszugehen, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in der ursprünglichen Tätigkeit nach wie vor nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm eine angepasste Tätigkeit ohne vermehrten Kräfteinsatz der rechten Hand, ohne repetitiv feinmotorische Belastungen und ohne häufige Umwendbewegungen der rechten Hand sowie ohne Arbeiten über der Kopf- und Schulterhöhe aber weiterhin zu 100 % zumutbar ist

(vgl. E. 3.2.3).

Die rheumatologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wird von Parteien denn auch nicht bestritten. 4.4

4.4.1

In psychiatrischer Hinsicht

wurde beim Beschwerdeführer eine mittelgradig depressive Episode diagnostiziert (E. 3.2.2).

4.4.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). 4.4.3

Gemäss dem anlässlich der aktuellen Begutachtung durchgeführten Medikationsgespräch lagen die beiden antidepressiven Medikamente Cipralex und Surmontil unterhalb des therapeutischen Wirkungsbereichs (vgl. Urk. 9/101/17).

Auch die bisher durchgeführte ambulante Therapie, welche der Beschwerdeführer erst im November 2013 und damit kurz vor der psychiatrischen Begutachtung wieder aufgenommen hatte und die zuletzt im Rahmen von zweimonatlichen Sitzungen stattfand (vgl. Urk. 9/137), ist nicht als hinreichend konsequent anzusehen. Sowohl der psychiatrische Gutachter als auch die behandelnde Psychiaterin empfahlen sodann eine stationäre Behandlung (E. 3.2.2, Urk. 3/5), nachdem der Beschwerdeführer bislang lediglich ambulant behandelt worden war.

Vor diesem Hintergrund ist eine konsequente Depressionstherapie im Sinne der Rechtsprechung zu verneinen. Damit sind die Behandlungsmöglichkeiten nicht als ausgeschöpft zu erachten und es

ist nicht von einer therapieresistenten depressiven Störung auszugehen.

4 . 4 . 4

Ein

Abweichen

von

den

durch

die Ärzte gezogenen

Schlussfolgerungen ist möglich, wenn sich aus rechtlicher Sicht eine andere Einschätzung ergibt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 sowie 130 V 352 E. 3.3). Aus invaliden versicherungsrechtlicher Sicht kann bereits aufgrund dessen, dass keine Therapie resistenz der depressiven Störung ausgewiesen ist, nicht auf die

von Dr. B.____ vorgenommene Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob sich der psychiatrische Gutachter genügend mit den psychosozialen Faktoren, wie insbesondere der vom Beschwerdeführer geschilderten Eheproblematik, auseinandergesetzt und diese bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit entsprechend differenziert berücksichtigt hat (vgl. Urk. 9/124). Insgesamt ist somit keine invalidisierende psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes gegeben. 4 . 4 . 5

Soweit der Beschwerdeführer rügt, dass sich die Beschwerdegegnerin nicht mit der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung befasst habe (E. 2.2), ist festzuhalten, dass sich die Frage der in validisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nur dann nach der Schmerzrechtsprechung (BGE

141

V

281) beurteilt, wenn eine mittelgradige depressive

Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden darstellt .

Vorliegend handelt es sich bei der mittelgradig depressiven Episode um eine eigenständige Diagnose und eine somatoforme Schmerzstörung liegt nicht mehr vor (vgl. vorstehend E. 4.1), womit die neue Rechtsprechung keine Anwendung findet. 4 . 5

4 . 5 . 1

Der Beschwerdeführer führte gegen

die

Beweiskraft

des

Gutachtens sodann Berichte der behandelnden Ärzte an (E. 2.2). Die sbezüglich ist darauf hinzu weisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügen des medi zinisches Gutachten nicht in Frage gestellt werden muss und auch kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn die behandelnden medizini schen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelan gen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorge bracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. das Urteil des Bun des gerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hin weisen). 4 . 5 . 2

Solche objektiven Gesichtspunkte sind vorliegend nicht ersichtlich. Die Ärzte der Abteilung für Wirbelsäulen-Chirurgie der Universitätsklinik C.____

stützten sich in ihrem Bericht vom 24. März 2016 (Urk. 3/3) primär auf die subjektiven Schmerzschilderungen des Beschwerdeführers und nahmen auf grund dessen Angabe, dass er seit etwa eineinhalb Jahren an persistierenden und teils hartnäckigen Rückenschmerzen leide, ein seit diesem Zeitraum bestehendes lumbales Schmerzsyndrom an . Angaben über die Arbeitsfähig keit des Beschwerdeführers enthält der Bericht keine . Dasselbe gilt für die Stellungnahme de r

Schmerzlinik D.____ vom 22. Oktober 2016 (Urk. 6), in welche r überdies darauf hingewiesen wurde , dass der Beschwerdeführer letztmals im November 2015 behandelt worden sei.

4 . 5 . 3

Schliesslich kann der Beschwerdeführer auch aus den Berichte n der behan del n den Psychiaterin Dr. med .

D.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psycho therapie FMH, vom 13. Januar 2016 (Urk. 9/137) sowie 11. Oktober 2016 (Urk. 3/5) nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Die Berichte enthalten keine neuen Befunde, welche im Wesentlichen nicht bereits gut achterlich disku tiert worden wären. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass es einer Erfahrungstatsache entspricht, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zwei felsfällen eher zugunsten

ihrer

Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). 4 . 5 . 4

Ent gegen der Ansicht de s Beschwerdeführer s benennen

die Berichte der behan delnden Ärzte somit keine Gesichtspunkte, welche Anlass dazu geben könnten, an der Beurteilung der Y.____ -Gutachter zu zweifeln.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (E. 2.2) können den Berichten sodann auch keine Anhaltspunkte für eine

nach

der

Begutachtung im relevanten Zeitraum allenfalls eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnom men werden . 4 . 6

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. Aufgrund

der beweiskräftigen medizinischen

Aktenlage besteht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (E. 2.2) – kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). 5.

5. 1

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen.

Die Beschwerdegegnerin ging

in der angefochtenen Verfügung gestützt auf den Arbeitgeberbericht vom 14. September 2001 (Urk. 9 / 5) von einem an die Nominallohnentwicklung angepassten

Valideneinkommen von

Fr. 68' 527.35 aus. Zur Ermittlung des Invalideneinkommens

stellte sie

auf die Tabellen der Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ab und zog den an die Nominallohnentwicklung angepassten Jahreslohn für Hilfsarbeiten von Fr. 63'207.90 heran. Dies ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. Der Beschwerdeführer beanstandete lediglich die Höhe des leistungsbedingten Abzuges (BGE 126 V 75, vgl. Urk. 1 S. 4).

Die Frage, ob, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, ein maximaler Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 25 % angezeigt wäre, kann allerdings offen bleiben. Denn selbst unter Gewährung dieses höchstzulässigen Tabellenlohnabzuges würde kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren. Die Gegenüberstellung des Valideneinkommens und des entsprechend angepassten Invalideneinkommens von Fr. 47' 405.90 (Fr. 63'207.90

x

0.75) ergäbe einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 31 % (S. 2).

Damit erweist sich die rentenabweisende Verfügung vom 26. September 2016 als rechtsens. Die Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Das Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (Urk. 1, S. 2), welches materiell einem Antrag auf vorsorgliche Massnahmen entspricht, ist mit dem heutigen Entscheid in der Sache gegenstandslos geworden. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss

vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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
Hurst
Janett

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