

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00622 vom 20. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00622

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00622 du 20 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00622 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

6. August 2001 war er erneut in einen Verkehrsunfall verwickelt (vgl. Urk. 8 /48/1). Beide Male zog er sich eine Distorsion der Halswirbelsäule zu. Nach neuerlichen medizinischen und erwerblichen Abklärungen sprach die IV- Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 13. Juni 2003 ab 1. Oktober 2000 eine Viertelsrente und ab 1. November 2001 eine halbe Invalidenrente zu, was sie mit Einspracheentscheid vom 6. Februar 2004 bestätigte (Urk. 8/110). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 13. Juli 2005 insofern gut, als es dem Versicherten ab Oktober 2000 eine halbe und ab 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zusprach (Urk. 8/125).

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.2

Am 29. Oktober 1999 erlitt der Versicherte einen Verkehrsunfall (Urk. 8/32). Am

E. 1.2.1

Bei der Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.2.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Störungen (vgl. dazu BGE 143 V 418) definiert zudem das für somatoforme Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1).

E. 1.2.3

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben ergibt sich daher aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Im September 2010 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision in die Wege, nach dem sie zuvor von der Zürich Versicherungs-Gesellschaft umfangreiches Bildmaterial über die

Observation des Versicherten aus den Jahren 2000 bis 2005 erhalten hatte (Urk. 8/157, 8/161/5-293). Im Rahmen des Revisionsverfahrens gab sie eine Begutachtung beim Institut Y.____ in Auftrag (Urk. 8/165). Mit Verfügung vom 2. März 2011 sistierte sie die Invalidenrente mit sofortiger Wirkung (Urk. 8/167). Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 8/180/3-13) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 27. November 2012 ab (Urk. 8/197). Der Versicherte selber gab im November 2012 sein Plattenlegergeschäft auf und war fortan in einer von ihm gegründeten Bar tätig (Urk. 8/199, 8/350, 10).

E. 1.4

Mit Verfügung vom 28. November 2014 stellte die IV-Stelle - nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 8/248, 8/253) - die Invalidenrente wegen Verletzung der Meldepflicht durch den Versicherten rückwirkend per 13. Juli 2005 ein (Urk. 8/261). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 8. Dezember 2016 in dem Sinne gut, als es festhielt, dass der Versicherte Anspruch auf eine Dreiviertelsrente zumindest bis 31. Dezember 2014 habe, und die Sache hinsichtlich des Rentenanspruchs ab 1. Januar

2015 zur weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückwies (Urk. 8/275).

E. 1.5

In der Folge holte die IV-Stelle weitere erwerbliche und medizinische Berichte ein und liess den Versicherten durch das Z.____ begutachten (Gutachten vom 12. Januar 2018, Urk. 8/339; Urk. 8/290-291, 8/317). Im März 2018 gab der Versicherte den Barbetrieb auf (Urk. 8/346). Mit Verfügung vom 15. Juli 2019 hob die IV-Stelle - nach durchgeführten Vorbescheidverfahren, in dessen Rahmen sie weitere Berichte zu den Akten nahm (Urk. 8/352, 8/356, 8/357, 8/360, 8/363, 8/368) - die Invalidenrente rückwirkend per 1. Januar 2015 auf (Urk. 2).

E. 2

lit. a IVV erst vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (vorliegend also ab 1. Januar 2015) wirksam vornehmen, sofern die revisionsrechtlichen Voraussetzungen nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben seien (E. 7; Urk. 8/275).

E. 2.1

Streitig ist, ob die am 15. Juli 2019 verfügte rückwirkende revisionsweise Aufhebung der Dreiviertelsrente per 1. Januar 2015 rechtmässig ist. Eröffnet wurde das Revisionsverfahren im September 2010. Dabei stellt sich die Frage, inwiefern sich die anspruchrelevanten Faktoren seit der ursprünglichen Rentenzusprache im Februar 2004 verändert haben. Das Sozialversicherungsgericht hielt im Urteil vom 8. Dezember 2016 in Überprüfung der Verfügung vom 28. November 2014 fest, dass sich die IV-Stelle bei der rückwirkenden Aufhebung der Invalidenrente [per 13. Juli 2005] im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Observation und das Gutachten des Y.____ vom 7. Juni

2011 respektive auf deren Ergänzung vom 21. Oktober 2011 und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. A.____ vom 17. November 2011 stütze. Der diesen Berichten zu Grunde liegende Gesundheitszustand habe bereits im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 6. Februar 2004 beziehungsweise des Urteils des Sozialversicherungsgerichts vom 13. Juli 2005 bestanden. Eine rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente ab 13. Juli 2005 hätte

folglich gestützt auf Art. 53 Abs. 1 ATSG erfolgen müssen. Indessen habe die IV-Stelle den prozessualen Revisionsgrund erst mit Vorbescheid vom 29. September 2014 und damit klar verspätet geltend gemacht. Eine rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente sei daher nicht möglich.

Damit könne die IV-Stelle die Rentenaufhebung in Anwendung von Art. 88 bis Abs.

E. 2.2

Da der Beschwerdeführer im November 2012 das Parkettlegergeschäft, wovon das Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 8. Dezember 2016 keine sichere Kenntnis hatte (Urk. 8/275/12), aufgegeben hat, liegt ein Revisionsgrund vor. Der nun strittige Rentenanspruch ab 1. Januar 2015 ist daher umfassend zu prüfen (vgl. E. 1.1).

E. 3.1

In Umsetzung des Urteils vom 8. Dezember 2016 holte die IV-Stelle das (interdisziplinäre) Gutachten der Z.____ vom 12. Januar 2018 ein. In somatischer Hinsicht stellte die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 15. Juli 2019 auf dieses Gutachten ab. Die im psychiatrischen Teil gutachten festgestellte Gesundheitsschädigung stuft sie als nicht rechtserheblich ein. Insgesamt verneinte sie eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 2).

E. 3.2

Demgegenüber kritisiert der Beschwerdeführer den somatischen Teil des Z.____-Gutachtens als nicht überzeugend. Er macht eine Verschlechterung des physischen Gesundheitszustands geltend. Die ihm im Gutachten aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erachtet er als massgebend. Ausgehend von einer Gesamtarbeitsfähigkeit von 50 respektive ab 1. Juli 2018 von 30 % schliesst er auf einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente

beziehungsweise eine ganze Rente (Urk. 1).

E. 4.1

Im Z.____-Gutachten wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) diagnostiziert. Den weiteren Diagnosen einer arteriellen Hypertonie, einer Hypercholesterinämie, einer Prädiabetes und einer nicht klassifizierbaren Cephalgie

unklarer Ausprägung wurde kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 8/339/81).

E. 4.2

Im neurologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, in der Untersuchung werde bei der formalen Prüfung eine erheblich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule in allen Richtungen präsentiert. Grob diskrepant dazu sei die spontane Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Weiter werde in der Gangprüfung ein betont langsames Gehen mit Schonhinken dargeboten. Ausserhalb der Untersuchungssituation sei das Gangbild jedoch deutlich flüssiger. Aus neurologischer Sicht bestünde keine namhafte Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems, der Wirbelsäule oder der paravertebralen Struktur mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/339/51-52).

E. 4.3

Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung klagte der Beschwerdeführer über Beschwerden als Folge der beiden Autounfälle. Er gab Schmerzen im Bereich der Nacken- und Schulterregion, an beiden Ellenbogen, in der Lendenwirbelsäule zentralisiert und am linken Knie an. Der rheumatologische Teilgutachter hielt fest, in der klinischen Untersuchung dominiere eine deutliche Diskrepanz zwischen den in den formalen Proben dargebotenen Einschränkungen und der nicht namhaft limitierten spontanen Beweglichkeit. Die Waddell -Zeichen seien positiv. Auch eine deutliche Beschwellung der Füße und Hände sei feststellbar. Die in den radiologischen Untersuchungen des rechten Kniegelenks, der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie der Hüften dargestellten degenerativen Veränderungen entsprächen alterstypischen, nicht das Altersmass überschreitenden geringgradigen Veränderungen. Im Rahmen der Adipositas möge eine Dekonditionierung bestehen. Diese sei jedoch durch eine sportliche Aktivierung und vor allem durch eine konsequente Gewichtsreduktion besserbar. Eine rheumatologische Erkrankung im Sinne einer autoimmun-vermittelnden Pathologie oder eine andere ossäre, arthrogene, myogene oder ligamentäre Erkrankung mit erheblich behinderndem Effekt sei nicht evident. Für die zuletzt ausgeübte sowie jede andere Arbeit bestehe aus rheuma-orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/339/62-63).

E. 4.4

Gegenüber dem psychiatrischen Teilgutachter erklärte der Beschwerdeführer, dass es mit ihm auf und ab gehe. Er sei manchmal nervös. Nun habe er zwei Tage lang nicht geschlafen und sehe «in Abgründe, alles schwarz». Er grübele viel «über alles, beruflich, familiär, finanziell». Er habe Existenzängste, da er monatlich Fr. 5'000.-- an Alimenten bezahlen müsse. Seine zweite Ehefrau sei im Oktober 2016 ausgezogen. Er mache sich Sorgen, dass aus seinen beiden jüngsten Kindern, die bei ihr lebten, nichts werde. Er traue ihr die Erziehung nicht zu. Weiter mache er sich Sorgen um seine 81jährige Mutter, die in Italien lebe und sich einer Hüftoperation unterzogen habe. Ausserdem habe

seine 67jährige Tante Krebs. Er leide unter Antriebshemmungen, verschiebe viel auf später und sei gleichgültiger. Seine Stimmung sei allgemein schlecht. Er habe weder Freude noch Lust, aber kein Morgentief. Er sei nicht aggressiv, jedoch gereizter als sonst. Das Gedächtnis sei schlecht, ebenso die Konzentration (Urk. 8/339/64). Die Schlafqualität sei unterschiedlich. Er habe öfter Ein- und Durchschlafstörungen, schlafe auch viel am Tag. Die Libido sei erloschen. Schmerzen habe er überall, in den Knien, den Schultern und im Rücken (Urk. 8/339/66). Nach seinen Autounfällen habe er im Plattenlegergeschäft zunächst in erster Linie Schleifarbeiten durchgeführt, später Büroarbeiten verrichtet. Aktuell könne er seinen Beruf nicht ausüben. Er besitze verschiedene Wohnungen, wisse aber nicht wie

viele. Er lebe von den Mieteinnahmen und den Einnahmen aus einer Bar, die ihm gehöre. Die Finanzen würde seine Sekretärin regeln. Seit ca. zwei Jahren lebe er mit einer 32jährigen Rumänin in einer Partnerschaft. Sie habe ein Kind, wohne seit Mai 2017 bei ihm und helfe ihm im Haushalt. Sie nehme ihm eigentlich alles ab. Er selbst könne nichts mehr (Urk. 8/339/66).

Der psychiatrische Teilgutachter hielt in der Befunderhebung nach AMDP fest, es bestehe kein Anhalt für Bewusstseinsstörungen. Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht namhaft gestört. Das formale Denken sei geordnet und auf das Wesentliche beschränkt. Es

werde eine Grübelneigung berichtet. Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen lägen nicht vor. Beklagt würden Existenzängste und Sorgen um die beiden minderjährigen Söhne. Andere Ängste oder Befürchtungen lägen nicht vor. Panikattacken, ein Vermeidungsverhalten, Zwangs- oder Suizidgedanken beständen nicht. Die Stimmung wirke depressiv. Affektiv sei der Beschwerdeführer vermindert schwingungsfähig. Hinweise auf Schuldgefühle fänden sich nicht. Es bestehe ein Insuffizienzerleben. Der Antrieb wirke gehemmt (Urk. 8/339/68).

In der Beurteilung führte der psychiatrische Teilgutachter aus, der Beschwerdeführer klagte über typische depressive Symptome wie Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, vermehrtes Grübeln, Insuffizienzerleben, verminderte Belastbarkeit, Gereiztheit, fehlende Libido, Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Ausdauerprobleme, Zukunftsängste sowie multiple Schmerzen. Der AMDP-konform erhobene psychiatrische Untersuchungsbefund sei mit einer mittelgradigen depressiven Episode vereinbar. Derzeit sei aufgrund der affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen im Rahmen des depressiven Syndroms eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % für die angestammte als auch jede andere Tätigkeit zu attestieren. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Intensivierung der psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung notwendig. Bei leitliniengerechter Therapie und unter Berücksichtigung der bekannten Therapieverläufe sei eine Verbesserung des Krankheitsbilds und damit die Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit per Anfang März 2018 zu erwarten (Urk. 8/339/68-69).

E. 4.5

In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit in der derzeit ausgeübten sowie jeder anderen Tätigkeit nicht dauerhaft limitiert sei (Urk. 8/339/70). Ansonsten übernahmen sie die Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters, indem sie festhielten, dass derzeit aufgrund der affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen im Rahmen eines depressiven Syndroms eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % zu attestieren, jedoch bei leitliniengerechter Therapie eine Verbesserung des Krankheitsbilds und damit die Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit per Anfang März 2018 zu erwarten sei (Urk. 8/339/

E. 7

0). 5. 5.1

Das Z. ___ -Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt und enthält eine einleuchtende Darstellung der medizinischen Situation. Insbesondere lassen sich gestützt auf das Gutachten die rechtsrelevanten Fragen beantworten. Mithin entspricht es grundsätzlich den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1; E. 1.2.1 hervor). 5.2

Als Folge des Unfalls vom 27. Dezember 1993 kann der Beschwerdeführer keine längerandauernden knienden Arbeiten mehr verrichten. Damals noch als Inhaber eines Bodenlegergeschäfts tätig, verstand es der Beschwerdeführer, seinen Betrieb derart umzustrukturieren, dass er die kniebelastenden Bodenlegerarbeiten mehrheitlich seinen Angestellten überliess und selber zur Hauptsache Bodenschleif- und administrative Arbeiten übernahm. Diese Umstrukturierung führte dazu, dass er nicht nur keine Einkommenseinbußen hinnehmen musste, sondern sogar eine Verbesserung der

Betriebsergebnisse erzielen konnte (vgl. Urk. 8/25/6). Aus die sem Grund verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. November 1995 einen Rentenanspruch, was letztinstanzlich durch das Eidg. Versicherungsgericht mit Urteil vom 23. November 1998 geschützt wurde (Urk. 8/11, 8/25). Die Tätigkeit, die der Beschwerdeführer nach der Umstrukturierung ausführte, ist vorliegend als Vali den tätigkeit anzusehen. 5.3

Bereits das Y.____ war in seinem Gutachten vom 7. Juni 2011 zum Schluss gekommen, dass es als Folge der Unfallereignisse vom 29. Oktober 1999 und 16. August 2001 während jeweils höchstens sechs Monaten zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gekommen sei (Urk. 8/185/32). Anders als die Z.____ -Gutachten erachteten die Y.____ -Gutachter dem Beschwerdeführer die Ausübung körperlicher schwerer Tätigkeiten aber nicht mehr für zumutbar. Sie begründeten dies mit objektivierbaren moderaten Veränderungen an der Wirbelsäule, die sich im Verlauf der Zeit entwickelt haben dürften (Urk. 8/185/32). 5.4

Auch die Z.____ -Gutachter stellten , wie ausgeführt, aufgrund ihrer radiologisch schon Untersuchung leichtgradige degenerative, altersentsprechende Veränderungen fest. Einen Krankheitswert massen sie diesen nicht zu (Urk. 8/339/51+61+63+71). In sofern stimmt ihre Beurteilung mit jener der Y.____ -Gutachter überein. Diese beurteilten die moderaten degenerativen Veränderungen (ebenfalls) als altersentsprechend und hielten dazu fest, die geltend gemachten funktionellen Einschränkungen widerlegen der Beschwerdeführer grösstenteils gleich selber, sodass letztlich keine wesentlichen objektivierbaren Defizite verbleiben würden (Urk. 8/185/22). Da somit den leichtgradigen degenerativen Veränderungen kein Krankheitswert zukommt, ist der Einschätzung der Z.____ -Gutachter zu folgen und davon auszugehen, dass diesem Befund kein Einfluss auf die vom Beschwerdeführer bisher ausgeübten Tätigkeiten zukommt . 5.5

Soweit der Beschwerdeführer unter Verweis auf einen Bericht von Dr. B.____ , Facharzt für Chirurgie, vom 18. März 2019 geltend macht, seit der Begutachtung durch das Y.____ habe sich die Hals- und Lendenwirbelsäule verschlechtert, was von den Z.____ -Gutachter ignoriert werde (Urk. 1 S. 7 ff.), ist er nicht zu hören. Der Bericht vom 18. März 2019 stützt sich auf die bildgebenden Abklärungen vom 4. und

8. August 2017 und entspricht dem vom nämlichen Arzt verfassten Bericht vom 16. August 2017 (Urk. 3/3-4, 8/339/36-37,

E. 7.1

Was den Komplex «Gesundheitsschädigung» respektive den Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» angeht, ist festzuhalten, dass die depressive Störung als mittelschwer eingestuft wird. Begründet wird diese Diagnose vom psychiatrischen Teilgutachter mit den affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 8/339/68-69). Dazu ist jedoch relativierend zu berücksichtigen, dass bewusstseinsnahe Elemente, wie Selbstlimitierung und Diskrepanzen , ausgewiesen sind. Darauf wird näher unter der Kategorie «Konsistenz» (E. 7.5) einzugehen sein.

Die diagnoserelevanten Befunde und Symptome, die im Komplex «Gesundheitsschädigung» zu prüfen sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1) sind nicht besonders ausgeprägt: Der Beschwerdeführer zeigt ein mit dem Gesundheitsschaden korrelierendes Beschwerdebild. Er ist affektiv deprimiert. Der Antrieb ist gehemmt und die affektive Schwingungsfähigkeit ist vermindert (Urk. 8/339/68). Die geklagten Konzentrations- und

Aufmerksamkeitsstörungen lassen sich klinisch hingegen nicht bestätigen. Auch besteht keine Suizidalität (Urk. 8/339/68). Der Beschwerdeführer klagt zwar über eine fehlende Libido, jedoch ist sein Interesse an einer Partnerschaft nicht erloschen,

lebt er doch seit 2017 mit einer rund 25jährigen jüngeren Partnerin zusammen (Urk. 8/339/6). Was die geltend gemachten Schlafstörungen anbelangt, mag allenfalls auch eine Rolle spielen, dass der Beschwerdeführer zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung, als er noch Inhaber der Bar war, erst um drei bis sechs Uhr nachts zu Bett ging (Urk. 8/339/42).

Soweit der psychiatrische Teilgutachter anmerkte, eine rezidivierende depressive Störung lasse sich anamnestisch nicht sicher herausarbeiten, bliebe aber denkbar (Urk. 8/339/69), ist festzuhalten, dass im Rahmen der Y.____-Begutachtung im 2011 keinerlei psychische Auffälligkeiten bestanden (Urk. 8/185/17).

Gemäss seinen eigenen Angaben in der Z.____ - Begutachtung sucht der Beschwerdeführer seit drei bis vier Jahren ein bis zwei Mal pro Monat eine Psychiaterin auf (Urk. 8/339/64). Soweit aus den Akten ersichtlich, begibt er sich seit Mitte September 2013 ins Zentrum C.____, wo er auch psychiatrisch behandelt wird (Urk. 8/317). Dabei ist nicht ganz klar, seit wann der Beschwerdeführer psychiatrisch betreut wird. Die behandelnde Psychiaterin Dr. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 12. Juni 2017 aus, dass bislang psychiatrisch keine Diagnose gestellt worden sei. Allerdings werde dem Beschwerdeführer seit Jahren Saroten wegen Gedankenkreisen und zeitweise auftretender Lust- und Interessenlosigkeit verabreicht. Daher sei inzwischen eine Anpassungsstörung zu diagnostizieren (Urk. 8/317). Ein depressives Geschehen vermochte somit die behandelnde Psychiaterin bis zum Zeitpunkt der Redaktion des Berichts vom 12. Juni 2017 nicht festzustellen. Indessen übernahm sie im Rahmen der nachfolgenden Berichte, die sie in Hinblick auf das versicherungsrechtliche Verfahren verfasste, die Diagnose einer mittelgradigen Depression (Urk. 8/360).

E. 7.2

Bezüglich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – rezidivierung» ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer - wie ausgeführt - wohl seit ca. Mitte 2013 in psychiatrische Behandlung begibt; bis zum Zeitpunkt der Begutachtung ein bis zwei Mal pro Monat, seither zweimal pro Monat (Urk. 8/360). Eine stationäre Behandlung erfolgte nie (Urk. 8/339/64). Bis zum Zeitpunkt der Begutachtung wurde dem Beschwerdeführer Saroten verabreicht, wobei er anlässlich der Begutachtung keine Angaben zur Dosis machen konnte (Urk. 8/339/64). Nach der Begutachtung wurde ihm neu Seralin 50 mg sowie eine erhöhte Dosis von Saroten

(50 mg) verschrieben (Urk. 8/360/5). Angesichts der Therapiefrequenz kann nicht von einer konsequenten Depressionsbehandlung ausgegangen werden (Bundesgerichtsurteil 8C_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2).

E. 7.3

Unter dem Indikator „Komorbidität“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall

ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Nebst der mittelgradigen Depression wurde keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt. Die somatischen Diagnosen bleiben ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die vom Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang geltend gemachten degenerativen Veränderungen sind moderat und altersentsprechend (Urk. 1 S. 13).

E. 7.4

Beim Komplex «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer lebt mit seiner Lebenspartnerin und deren Kind in einer 4,5-Zimmerwohnung (Urk. 8/339/47). Aus seinen zwei geschiedenen Ehen hat er vier Kinder

(geboren 1992, 1995, 2004 und 2007), zu denen er einen guten Kontakt pflegt (Urk. 8/331/41 +47). Seine Mutter lebt in Süditalien, die er zeitweise besucht. Im Sommer 2017 - insofern zeitnah zur Begutachtung und wohl daher in der Anamneseerhebung erfragt - war er zweimal dort. Einen Weg legte er mit dem Auto zurück, die anderen Male nahm er das Flugzeug (Urk. 8/339/42+47). Er steht jeweils zwischen sieben Uhr morgens und zwölf Uhr nachmittags auf. Den Haushalt erledigt die Lebenspartnerin. Sie ist auch für die Mahlzeitzubereitung zuständig. Er geht allenfalls 15 bis 30 Minuten spazieren. Zu Hause sieht er fern, liest die Zeitung oder surft im Internet (Urk. 8/339/42). Am Samstag geht er mit der Partnerin einkaufen (Urk. 8/339/66). Als er Inhaber der Bar war, hatte er, zumindest zum Zeitpunkt der Begutachtung, zwei Angestellte.

Aus seinen Aussagen anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ist zu schliessen, dass er über Tag bei seiner Bar vorbeischaute und dann wieder nach Hause ging (Urk. 8/339/66). Im Rahmen der internistischen Begutachtung führte er allerdings aus, dass die Bar um 19 Uhr öffne. Er bleibe dann zwei bis drei Stunden dort, wo

er die Tagesabrechnungen erledige und gelegentlich Gäste bediene (vgl. dazu auch Urk. 1 S. 4). Ins Bett gehe er zwischen drei bis sechs Uhr morgens (Urk. 8/339/42).

Gemäss eigenen Angaben in der Begutachtung war der Beschwerdeführer noch ca. 25 % in der Bar tätig (vgl. Urk. 8/339/84). Attestiert wird ihm aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Der Komplex «sozialer Kontext» beziehungsweise das Kriterium des sozialen Rückzugs ist ins Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu setzen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Auch wenn bei einer noch (teilweise) erwerbstätigen Person kein totaler sozialer Rückzug zu erwarten ist (Bundesgerichtsurteil 9C_785/2013 vom 4. Dezember 2013 E.

3.2), kann beim Beschwerdeführer angesichts des Tagesablaufs und der sonstigen Aktivitäten nicht von einem massgebenden sozialen Rückzug gesprochen werden.

E. 7.5

Beweisrechtlich entscheidend ist sodann der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der «Konsistenz» (BGE 141 V 281 E. 4.4). In dieser Hinsicht fallen Inkonsistenzen, Diskrepanzen und sowie das überaus deutliche Verhalten massgebend ins Gewicht. In den neurologischen und rheumatologischen Untersuchungen dominierten deutliche Diskrepanzen zwischen den in den formalen Proben dargebotenen Einschränkungen und der nicht namhaft limitierten spontanen Beweglichkeit (Urk. 8/339/51, 8/339/63).

So war in der internistischen Untersuchung dem Beschwerdeführer das Steigen von Treppen nicht möglich (Urk. 8/339/43); dies obschon seine Wohnung im ersten Stock liegt und das Haus keinen Lift hat, mithin er also tagtäglich Treppen steigen muss (Urk. 8/339/41). Dieses Verhalten legte der Beschwerdeführer bereits im Rahmen der Y. ____-Begutachtung an den Tag (Urk. 8/185/24). Damit korreliert, dass er nach den Auffahrunfällen lange eine fast unbewegliche Halswirbelsäule vorgab, obschon schon bald danach, wie die durchgeführten Observationen klar belegen, hinsichtlich der Halswirbelsäule keine

nennenswerten Einschränkungen mehr bestanden. So verschwie er im Revisionsfragebogen vom

8. September 2010 diese Tatsache und behauptete einen unveränderten Gesundheitszustand, was das Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 8. Dezember 2016 als Meldepflichtverletzung wertete (Urk. 8/275 E. 5.3). Vorliegend geht es zwar um den Rentenanspruch ab 1. Januar 2015. Doch aus dem Verhalten des Beschwerdeführers ist zu schliessen, dass sich seine Grundhaltung nicht wesentlich geändert hat.

Nicht nur die demonstrierten Beschwerden und teilweise massiven Bewegungsminderungen sind klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel, sondern auch weitere Angaben des Beschwerdeführers werfen Fragen auf. So erscheint wenig glaubhaft, auch vor dem Hintergrund, dass ihm vom psychiatrischen Gutachter eine volle Orientierung zu allen Qualitäten bescheinigt wird (Urk. 8/339/67), dass er nicht weiss, wie viele Wohnungen er besitzt (Urk. 8/339/66). Weiter weist die deutliche Beschwielen an Händen und Füssen auf einen Gebrauch der betreffenden Extremitäten hin, was nicht zu seiner Aussage passt, wonach er nichts mehr kann und tut (Urk. 8/339/66).

Was ansonsten die Frage nach der «gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» betrifft, kann auf die Ausführungen unter E. 7.4 verwiesen werden. Zu Recht weist der Beschwerdeführer in der Beschwerde darauf hin, dass er vor den Unfällen mit dem Plattenlegergeschäft ein hohes Aktivitätsniveau aufwies (Urk. 1 S. 14). Es mag durchaus sein, dass dieses zwischenzeitlich nicht mehr so hoch ist wie früher. Beruflich war er aber fähig, (über Jahre) eine Bar zu leiten. Privat hat er zwar keine Hobbies (Urk. 8/339/47), jedoch ein soweit intaktes Umfeld und eine geregelte Tagesstruktur.

Bei dieser Sachlage ist festzuhalten, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht als erstellt angesehen werden kann.

E. 7.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, publiziert in: Riemer- Kafka/ Hürzeler, Die Indikatoren orientierte

Abklärungsverfahren, Zürich 2017, S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu

be berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Bundesgerichts Urteil 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Bis zur Begutachtung im Oktober 2017 begab sich der Beschwerdeführer ein- bis zweimal monatlich in psychiatrische Behandlung. Seitdem findet die Therapie zweimal monatlich statt. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht dieser Behandlungsintensität und ohne stationäre Therapie nicht gesprochen werden. Im Weiteren erweist sich sein Verhalten, wie dargelegt, als inkonsistent. Positiv sind hingegen die beruflichen Selbsteingliederungsbemühungen zu werten, was aber im Rahmen der Gesamtwürdigung nicht mehr massgebend ins Gewicht fällt. 7.7

Bei gesamthafter Betrachtung der massgeblichen Indikatoren ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, worunter auch die Tätigkeit nach erfolgter Umstrukturierung des Plattenlegergeschäfts fällt, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Daran ändert sich auch nichts, falls sich der Gesundheitszustand, wie von ihm behauptet, ab 1. Juli 2018 verschlechtert haben sollte (Urk. 1 S. 16). Dabei stützt er sich auf die Berichte von Dr. D.____ vom 18. Januar 2019 respektive 8. Februar 2019 (Urk. 8/360, 8/363), wo Entsprechendes festgehalten wird unter Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer nunmehr über Tage nicht mehr aus dem Haus gehe. Selbst wenn dem so ist (vgl. dazu auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die geltend gemachte Verschlechterung als nicht nachvollziehbar begründet bezeichnet;

Urk. 8/373/5), führt dieser Umstand nicht zu einem anderen Ergebnis der Indikatorenprüfung.

E. 8

Bei diesem Ergebnis ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Pathologie nicht ausgewiesen. Aufgrund der vollen Arbeitsfähigkeit in der Validentätigkeit ist eine Erwerbseinbusse auszuschliessen. Bei dieser Ausgangslage stellt sich auch die Frage nicht, ob die IV-Stelle vor der Rentenaufhebung Einliederungsmassnahmen hätte durchführen müssen (vgl. Urk. 1 S. 17). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 9

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 Susanne von Aesch - 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 Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderregger

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