

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00165 vom 17. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00165

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00165 du 17 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00165 del 17 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

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). Die Invalidität 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).

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG) Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändern haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung

bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit stellt für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1).

1.3.3 Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 178 Erw. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung stützen (sog. substituierte Begründung).

3.3.3 Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteile des Bundesgerichts vom 17. August 2009, 8C_1012/2008, Erw. 2.2 und vom 18. Oktober 2007, 9C_575/2007, Erw. 2.2 mit Hinweisen).

E. 2

2.1.3 Strittig und zu prüfen ist, ob seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 4. Februar 1998 (Urk. 8/20) bis zum Erlass der vorliegend strittigen Verfügung vom 18. Januar 2010 (Urk. 2) eine massgebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, insbesondere in medizinischer Hinsicht und in der sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit, eingetreten ist, welche die Aufhebung der ganzen Rente per 28. Februar 2010 rechtfertigte.

2.2.3 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dass die langjährig attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der medizinischen Abklärungen und der objektivierbaren Befunde nicht nachvollziehbar sei, wobei sie sich namentlich auf das Gutachten des Z.____ vom 1. Juli 2009 abstützte. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 80 % zumutbar. Bei einem Invaliditätsgrad von 24 % bestehe kein Rentenanspruch mehr (Urk. 2).

2.3.3 Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, dass nicht auf das Z.____-Gutachten vom 1. Juli 2009 abgestellt werden könne. Entweder sei auf das

Überzeugende Gutachten der Rehaklinik A.____ vom 29. Mai 2002 abzustellen oder aber ein neues Gutachten in die Wege zu leiten (Urk. 1).

E. 3

3.1 Die dem Beschwerdeführer eine volle Rente zusprechende Verfügung vom 4. Februar 1998 (Urk. 8/20) basierte im Wesentlichen auf folgender medizinischer Ausgangslage: Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, hielt mit Bericht vom 25. November 1996 an die ZÄrlich fest, beim Unfall vom 4. Juli 1995 habe der Beschwerdeführer wahrscheinlich (nach Beschreibung und Hergang des Unfalls) ein nicht erhebliches Schleudertrauma der Halswirbelsäule (HWS) erlitten. Da anschliessend (objektiv) weder nennenswerte medulläre oder radikuläre Ausfälle bestanden hätten, sei das Trauma als eher gering zu taxieren. Dafür spreche auch, dass weder Bewusstlosigkeit noch Amnesien bestanden hätten (Urk. 8/11/20-21).

Dem neuropsychologischen Bericht von Dr. phil. C.____ vom 22. Januar 1997 sind folgende Befunde zu entnehmen: Das allgemeine Leistungsniveau sei insgesamt durchschnittlich und entspreche der Schulbildung. Die Leistungen im Bereich des Umstellvermögens und die gesamten sprachlichen Leistungen seien unauffällig. In der visuell-figuralen Lern- und Merkfähigkeitsleistung, der visuell-räumlichen Informationserfassung und -verarbeitung, dem visuell-räumlichen Vorstellungsvermögen und der komplexeren Handlungsplanung zeigten sich deutliche, teils massive kognitive Defizite. Auch die Leistungen im konstruktiv-praktischen Bereich seien massiv vermindert. Zudem lägen eine deutliche allgemeine Verlangsamung sowie reduzierte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen vor. Auch seien deutliche Perseverationstendenzen sichtbar. Hinzu komme eine leichte Wesensveränderung mit allgemeiner Verlangsamung, reduziertem Antrieb, reaktiv-depressiver Verstimmung und ausgeprägter Perseverationstendenz. Die Befunde entsprächen einer mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Funktionsstörung im Bereich der rechten Hemisphäre mit Schwerpunkt in den temporo-parietalen Strukturen (Urk. 8/9/4-5).

Mit Austrittsbericht der Klinik A.____ vom 14. April 1997 - der sich über einen vierwöchigen Aufenthalt von X.____ äusserte - wurden die Diagnosen eines HWS-Distorsionstraumas am 4. Juli 1995 mit Zervikocephalgien und linksseitig betonten Zervikobrachialgien, mittelschweren bis schweren neuropsychologischen Funktionsstörungen (gemäss Dr. phil. C.____), schwerer posttraumatischer Anpassungsstörung mit im Vordergrund stehendem ängstlich-agitiertem Zustandsbild gestellt. Eine Integration in den Arbeitsprozess sei vorläufig nicht abzusehen (Urk. 8/10/4-5).

Mit Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals D.____, vom 24. September 1997 - der auf Untersuchungen vom 28. Juli und vom 15. September 1997 basiert - wurde festgestellt, dass sich der Beschwerdeführer zweifellos in einem schweren depressiven Zustand befinde. Dr. phil. C.____ habe starke kognitive Defizite objektiviert. Andererseits handle es sich beim Patienten um eine schwere posttraumatische Anpassungsstörung mit ausgeprägter Ängstlichkeit, Depressivität und Schmerzsymptomen. Es wurde eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (mit Angst, Depression, Flash-Backs und Suizidgedanken) diagnostiziert, die von einer langdauernden schweren Depression begleitet werde (ICD-10 F43.1 und F43.22; Urk. 8/14/2).

E. 3.2

3.2.1.1. Im Zeitpunkt des Erlasses der zu beurteilenden angefochtenen Verfügung vom 18. Januar 2010 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt: Bei den anlässlich der vorliegenden Revision beigezogenen Akten der ZÄrlich befindet sich das - vom Beschwerdeführer als massgebend erachtete - Gutachten der Klinik A.____ vom 29. Mai 2002 (Urk. 8/53/8-57), in welchem die Diagnosen Status nach wahrscheinlichem HWS-Distorsionstrauma nach Frontalkollision am 4. Juli 1995 (mit/bei chronifiziertem zervikozepalem Syndrom beidseits mit intermittierender spondylogener Ausstrahlung links; Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Differentialdiagnose: analgetikainduzierte Kopfschmerzen; möglicher neuropsychologischer Funktionsstörung unklaren Ausmasses, anamnestisch verbunden mit einer Wesensveränderung; schwerer andauernder posttraumatischer Anpassungsstörung mit ausgeprägtem ängstlich-agitiertem depressivem Zustandsbild und Komponenten einer Belastungsstörung; somatoformem Schmerzsyndrom) sowie Verdacht auf einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel gestellt wurden (Urk. 8/53/42). Die körperlichen Untersuchungen seien bei dem schmerzgeplagten Versicherten schwierig durchführbar gewesen. Dementsprechend sei die Gesamtbeurteilung schwierig. Bei dieser ständen jedoch kaum die klinischen Befunde im Vordergrund, vielmehr sei es die chronifizierte Schmerzsymptomatik, das ausgeprägte ängstlich-agitierte depressive Zustandsbild und die massiv verminderte psycho-physische Belastbarkeit, die die Leistungsfähigkeit des Patienten massiv einschränkten. Damit verbunden sei eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität, die depressiv-dysphorische Stimmungslage, eine affektive Labilität, eine Einengung der Interessen und der Erlebnisfähigkeit sowie eine massive Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls. Es sei von einer ausgeprägten dysfunktionalen Traumaverarbeitung mit sekundärer Somatisierung der Beschwerden auszugehen (Urk. 8/53/43). Ein hirnorganisches Substrat könne aufgrund der schwierigen Untersuchungen nicht ganz ausgeschlossen werden, sei aber auch unter Bezug der detaillierten biomechanischen Erkenntnisse eher unwahrscheinlich (Urk. 8/ 53/45). Aus rein rheumatologischer Sicht resultiere keine oder höchstens eine geringe Arbeitsunfähigkeit. Die psychophysische Leistungsfähigkeit des Patienten sei als sehr gering einzustufen; dieser sei aus psychiatrischer, neuropsychologischer/klinisch-psychologischer Sicht seit dem Unfall für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/53/53). In Zukunft könne eine leichte Aufhellung der Grundstimmung sowie eventuell eine leichte Schmerzdistanzierung erwartet werden. Die Prognose sei jedoch aufgrund des bisherigen Verlaufs und der starken Abwehrstruktur des Versicherten ungünstig (Urk. 8/53/52). Objektivierbare, somatisch-medizinische wie auch radiologische Befunde lägen kaum vor, man müsse sich bei der Begutachtung auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Patienten, den sich über Jahre hinwegziehenden klinischen Verlauf mit Änderung des beruflichen Werdegangs sowie die psychosoziale Integration sowie die fremdanamnestischen Angaben stützen (Urk. 8/53/56).

3.2.2. Dr. med. E.____, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei der der Versicherte ab Mai 1999 in Behandlung stand, diagnostizierte am 29. November 2007 zuhanden der IV-Stelle eine posttraumatische Persönlichkeitsstörung (mehrjährige Entwicklung) und eine andauernde psychische Veränderung nach psychischer Erkrankung (etwa fünfjährige Entwicklung). Der Patient sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % erwerbsunfähig (Urk. 8/52/7). Im mnestisch-kognitiven

Bereich fänden sich immer noch Anzeichen von formalen Denkstörungen und zwar in Form von Gedankenabreissen und der Tendenz zu kreisenden Gedanken sowie in der fast unveränderten Störung von Auffassung und Konzentration. Der affektive Bereich scheine am meisten betroffen zu sein. Zurzeit seien die Haupteffekte eine diffuse Ängstlichkeit sowie eine grundlegende depressive Stimmungslage mit Episoden von Umschwung in tiefe Verzweiflung. Diese affektive Labilität könne der Patient schlecht kontrollieren. Die Affekte hätten an Intensität und Vehemenz etwas verloren, zeitweise imponiere der Patient fast als gefühllosbetäubt, mit ganz flachen Affekten. Der Antrieb sei reduziert, die Psychomotorik verlangsamt. Im Selbstwertbereich zeige sich eine entwertende Einschätzung des Patienten von sich selbst mit dauerndem Infragestellen der eigenen Identität, des Sinns sowie der Identitätsqualität. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (Urk. 8/52/9).

3.2.3.4 Dr. med. F.____, Therapiezentrum G.____ AG, bei dem der Beschwerdeführer (nach Dr. E.____s Ableben) seit 28. Februar 2008 in Behandlung steht, hielt am 23. Juli 2008 zuhanden der IV-Stelle bezüglich der Arbeitsfähigkeit fest, es beständen teilweise depressionsbedingt Einschränkungen, das Ausmass sei gegebenenfalls abklärungsbedürftig. Gemäss den ihm vorliegenden Informationen dürfte jedoch gegenüber der Berichterstattung durch die langjährig behandelnde Dr. E.____ keine wesentliche Veränderung hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein. Bezüglich der Diagnosen verwies er auf Dr. E.____ (Urk. 8/58/2). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär, die Prognose ungünstig (Urk. 8/58/4).

3.2.4.4 Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, bei dem der Beschwerdeführer seit 6. Juli 1995 in hausärztlicher Behandlung steht, stellte am 17. November 2008 zuhanden der IV-Stelle die Diagnosen - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - einer Depression, neuropsychiatrischer Funktionsstörungen mit schwerer posttraumatischer Anpassungsstörung sowie eines HWS-Distorsionstraumas. Der Beschwerdeführer sei seit dem 4. Juli 1995 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/64/2). Dessen Gesundheitszustand sei stationär und die Arbeitsfähigkeit könne weder durch medizinische noch durch berufliche Massnahmen verbessert werden (Urk. 8/64/4; Urk. 8/64/6).

3.2.5.4 Im Rahmen der Begutachtung durch das Z.____ wurde der Beschwerdeführer am 2. und 3. Juni 2009 internistisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht (Urk. 8/70/2). Mit Gutachten vom 1. Juli 2009 diagnostizierten die Fachärzte (Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, internistische/allgemeinmedizinische Fallführung; Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), ein Zervikalsyndrom (ohne radikale oder medulläre Symptome, bei Zustand nach früherem Verkehrsunfall 1995 mit HWS-Distorsionstrauma) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 8/70/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss psychiatrischem Teilgutachten könne die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer depressiven Störung bestätigt werden, jene einer posttraumatischen Belastungsstörung hingegen nicht. Der Beschwerdeführer lebe zwar sozial etwas zurückgezogen, habe aber nach wie vor eine sehr gute Beziehung zu seiner Ehefrau, treffe sich gelegentlich mit Kollegen und habe auch einen guten Kontakt

zu seinen Eltern und seiner Schwester, die er regelmässig in Bosnien besuche. Bei der Untersuchung sei er leichtgradig depressiv gewesen. Es sei aber ohne grossere Schwierigkeiten möglich gewesen, sich mit ihm detailliert über das Unfallgeschehen zu unterhalten. Aufgrund der depressiven Stimmung sei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % zu attestieren (Urk. 8/70/12).

Der Neurologe hielt im Teilgutachten fest, bei der aktuellen Untersuchung sei der objektive neurologische Status regelrecht. Auffallend seien eine verminderte Mitarbeit und eine Ausgestaltungstendenz. Als Beispiel hierfür nannte er die freie Kopfbeweglichkeit bei der Untersuchung mit der Frenzelbrille (dabei handelt es sich um ein Untersuchungsinstrument, das dazu dient, spontane schnelle Augenbewegungen bei Patienten mit Störungen des Gleichgewichtssinnes zu beobachten [flexikon.doccheck.com/Frenzelbrille]), während bei expliziter Prüfung heftig gegengespannt werde. Gleichfalls finde sich für die beklagten Schwindelbeschwerden unter der Frenzelbrille kein Korrelat. Die kognitiven Funktionen seien intakt, was sich trotz Sprachbarriere aus der guten Aufmerksamkeit und dem Fehlen relevanter Gedächtnislücken ergebe. Eine zusätzliche neuropsychologische Untersuchung sei wegen der wesentlichen Ausgestaltungstendenz nicht sinnvoll, da der Explorand nicht die erforderliche Mitarbeit aufbringen würde. Aus neurologischer Sicht bestünden Einschränkungen für Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten in Zwangshaltungen. Er stimme zwar mit den von der Klinik A. mit den Berichten von 1997 und 2002 erhobenen Befunden überein, nicht hingegen mit der Annahme einer möglichen neuropsychologischen Funktionsstörung (Urk. 8/70/15).

Der Gesamtbeurteilung ist zu entnehmen, dass insgesamt eine Leistungs- respektive Arbeitsunfähigkeit von 80 % für jegliche Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und Überkopfarbeiten bestehe, die vollschichtig realisierbar sei. Es sei kaum möglich, die frühere Arbeits(un)fähigkeit rückwirkend mit Sicherheit zu beurteilen. Somit gelte die Einschätzung ab dem Untersuchungszeitpunkt im Juni 2009. Aufgrund der vorliegenden Akten könne jedoch die jahrelange 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/ 70/16-17).

4. Wird die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers bei der Rentenzusprache im Februar 1998 mit derjenigen bei der vorliegend strittigen Renteneinstellung im Januar 2010 verglichen, lässt sich aufgrund der Aktenlage mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen) nicht auf eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, welche eine zur Rentenaufhebung führende Herabsetzung des Invaliditätsgrades rechtfertigen würde, schliessen. Werden die Berichte der behandelnden Ärzte beziehungsweise Psychiater sowie das Gutachten der Klinik A. mit demjenigen des Z. verglichen, so zeigt sich, dass aus medizinischer Sicht keine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers erstellt ist. Vielmehr deutet die Feststellung der begutachtenden Fachärzte des Z., aufgrund der vorliegenden Akten könne die jahrelange 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht nachvollzogen werden, darauf hin, dass es sich bei ihrer Arbeitsfähigkeitseinschätzung um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers handelt, was zur Vornahme einer Rentenrevision nicht genügt, selbst wenn die neuere Beurteilung als überzeugender

erscheint als diejenige, welche zur früheren Rentengewährung geführt hat (vgl. oben Erw. 1.2). Nicht genügend substantiiert - insbesondere aufgrund der mangelnden Auseinandersetzung mit den ausführlichen medizinischen Vorakten - erscheint sodann die Feststellung im von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten Z.____-Gutachten, dass es dem Exploranden zumutbar sei, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Urk. 8/70/11 Ziff. 4.1.5 und Urk. 8/70/16 Ziff. 6.2), weisen die Akten doch Anhaltspunkte auf, die genau auf das Gegenteil schliessen lassen (vgl. etwa die von Dr. E.____ noch am 29. November 2007 erhobenen Befunde und die Ausführungen der Klinik A.____ vom 29. Mai 2002). Ferner ist die pauschale Verneinung der Notwendigkeit neuropsychologischer Untersuchungen durch den Neurologen des Z.____ angesichts der Vorakten in diesem Bereich, namentlich dem Bericht Dr. phil. C.____, nicht nachvollziehbar, da zumindest ein Versuch in diese Richtung hätte unternommen werden können. Der Schluss des begutachtenden Neurologen des Z.____, der Beschwerdeführer würde sowieso nicht mitarbeiten, ist insbesondere deshalb störend, weil er als erster und einziger Arzt aktenkundig eine Ausgestaltungstendenz des Beschwerdeführers feststellen konnte, während die übrigen Fachpersonen eine Symptomausweitung jeweils explizit verneint haben (vgl. insbesondere die Berichte der Klinik A.____, Dr. E.____s und von Dr. phil. C.____).

Der Vergleich der Sachlage zu Beginn des Anspruchs auf eine ganze Rente mit derjenigen im Juni 2009, die zur Rentenaufhebung per Ende Februar 2010 führte, zeigt auf, dass die medizinische Situation - namentlich aus der hier massgebenden psychiatrischen Sicht - weiterer Klärung bedarf. Denn angesichts der Aktenlage ist auch nicht ausgeschlossen, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers effektiv verbessert hat, auch wenn dies allein aus dem Gutachten des Z.____ nicht geschlossen werden darf. So erachteten auch die Fachärzte der Klinik A.____ mit - vom Beschwerdeführer als massgeblich erachtetem Bericht vom 29. Mai 2002 - eine leichte Aufhellung der Grundstimmung sowie eventuell eine leichte Schmerzdistanzierung als möglich. Dr. F.____, der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, erachtete sodann das Ausmass der Einschränkungen des Beschwerdeführers als abklärungsbedürftig und auch die langjährig behandelnde Psychiaterin Dr. E.____ hatte den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als besserungsfähig bezeichnet.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten kann jedoch entgegen seiner Ansicht auch nicht ohne Weiteres gestützt auf das Gutachten der Klinik A.____ vom 29. Mai 2002 verneint werden, datiert doch dieses Gutachten einerseits sieben Jahre vor Erlass der vorliegend zu beurteilenden Verfügung vom 18. Januar 2010 und lässt es sich ferner weitgehend von neuropsychologischen Abklärungen leiten, deren Beweiskraft insoweit geschmälert wird, als es sich bei den untersuchenden Personen, Dres. phil. C.____ und L.____, Leitende Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/SVNP der Rheuma- und Klinik A.____, nicht um ärztliche Fachpersonen handelt und neuropsychologische Untersuchungsergebnisse nur - aber immerhin - insoweit bedeutsam sind, als sie sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2006, I 542/05, Erw. 4.1), was vorliegend aufgrund der mangelhaften Aktenlage nicht beurteilt werden kann. Im übrigen musste die neuropsychologische Testuntersuchung in der Klinik A.____ nach kurzer Zeit aufgrund der

Ärberforderung des Beschwerdeführers abgebrochen werden und führte damit zu keinem verwertbaren Resultat (Urk. 8/53/33-34; Urk. 8/53/46). Auch stützt sich das Gutachten augenscheinlich weitgehend auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Patienten (Urk. 8/ 53/56). Das subjektive Empfinden kann aber für die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt, nicht massgebend sein (Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 9C_775/2009, Erw. 4.1 mit Hinweisen).

5. Was die richterliche Möglichkeit der sogenannten substituierten Begründung anbelangt (siehe Erw. 1.3) ist der Vollständigkeit halber Folgendes festzuhalten: Unter dem Rechtstitel der Wiedererwägung ist nicht entscheidend, ob die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit richtig und angemessen war, sondern ob sie mit Blick auf die damalige Sach- und Rechtslage insgesamt als vertretbar erscheint. Dies ist zu bejahen, zumal in allen medizinischen Akten (Klinik A. mit Bericht vom 14. April 1997; Dr. B. mit Bericht vom 25. November 1996; Dr. med. M. im Auftrag von Dr. H. mit Bericht vom 6. Oktober 1995 [Urk. 8/11/27-29]; der IV-Arzt mit Stellungnahme vom 29. Oktober 1997 [Urk. 8/17]) dem Beschwerdeführer eine - zumindest vorübergehende - volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit attestiert wird mit Ausnahme vom Bericht des Hausarztes Dr. H. vom 3. Oktober 1997. Von einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Verfügung kann demnach keine Rede sein.

6. Nach dem Gesagten drängt sich eine umfassendere, sich substantiiert mit den medizinischen Vorakten auseinandersetzen und eine mögliche Verbesserung diskutierende psychiatrische Abklärung auf. Die Angelegenheit ist zur Vornahme einer solchen fundierten Abklärung und anschliessender neuerlicher Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

7. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 18. Januar 2010 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Guy Reich

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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