

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00389 vom 19. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00389

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00389 du 19 juillet 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00389 del 19 luglio 2011

Erwägungen

E. 3.1

3.1.1.1. Die behandelnden Ärzte der B.____ stellten im Mai 2005 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/9): Depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradig depressiven Episode (ICD-10: F32.1), eine nicht organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10: F51.2), Familienzerrüttung durch Trennung 2002 (ICD-10: Z63.5), Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56), Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10: Z59), Status nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung durch Fahren gegen eine Wand 2004 (ICD-10: X84) und vorsätzliche Selbstvergiftung durch Arzneimittel ca. im März 2005 (ICD-10: X63). Es bestehe seit dem 21. Februar 2005 eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Gedanken des Beschwerdeführers würden kreisen, sie seien inhaltlich eingeschränkt, auf seine zerrüttete familiäre Situation und auf den bevorstehenden Scheidungstermin fokussiert. In seiner Grundstimmung sei der Beschwerdeführer angespannt, bedrückt und traurig. Er habe eine Einschlafstörung mit einer Umkehr von Tag und Nacht. Beim Beschwerdeführer erfolge aktuell eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik, mit dem Ziel, die Tagesstruktur von 50 auf 100 % aufzubauen, damit er nachher eine Beschäftigung an einem geschätzten Arbeitsplatz erhalte. Weiter könne mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden.

Der Bericht der behandelnden Ärzte der B.____ vom 23. März 2006 (Urk. 7/29) bestätigte die oben genannten Diagnosen im Wesentlichen. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchungen ausgeführt, dass sich durch die Einnahme der Medikamente die Störung der Impulskontrolle verbessert habe. Er sei anlässlich der Untersuchung vom 13. März 2006 leicht bis mittelgradig deprimiert, hoffnungslos und innerlich unruhig gewesen. Suizidal sei er nicht gewesen. Der Beschwerdeführer habe alle zwei Wochen ein sozialpsychiatrisches Gespräch, kombiniert mit einer medikamentösen antidepressiven und antipsychotischen Behandlung. Nach der Umstellung auf ein anderes Medikament habe eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können. Die Prognose hänge vom definitiven Ausgang des Scheidungsverfahrens ab. Es sei geplant, dass der Beschwerdeführer eine Tätigkeit im geschätzten Rahmen mit einem Pensum von 50 % annehme. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab dem 14. März 2006 halbtags, für eine Zeit zwischen 15 bis 20 Stunden wöchentlich arbeitsfähig.

3.1.2. Dr. D.____ stellte in seinem Gutachten vom 22. Mai 2006 (Urk. 7/31) die folgenden Diagnosen: mittelgradig depressive Episode mit somatischen Symptomen und einer Störung der Impulskontrolle sowie einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus

2003. Der Beschwerdeführer nehme täglich 3.5 mg Risperdal, 60 mg Remeron, 2 mg Temesta und 4 bis 6 mal täglich 15 mg Truxal ein. Es beständen beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, die Intelligenz, Auffassung, Merkfähigkeit, Konzentration und das Gedächtnis seien angemessen. Von Suizidalität sei der Beschwerdeführer distanziert. Die ursprüngliche Anpassungsstörung des Beschwerdeführers sei insgesamt mittelschwer bis schwer ausgeprägt gewesen. Nach seinen Untersuchungen habe er festgestellt, dass der Beschwerdeführer eine mindestens leichte depressive Episode ausreichend erfalle, durch die dazukommende Störung der Impulskontrolle und die zwei anamnestisch bekannten Suizidversuche könne der Schweregrad jedoch durchaus als mittelgradig bezeichnet werden. Ergänzend zur bisherigen Therapie empfehle er eine erneute Anpassung der Medikation und eine unangekündigte, unregelmässige Kontrolle der verordneten Medikamente. Eine Therapieoptimierung sei dem Beschwerdeführer aus fachärztlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar. Die medizinisch-theoretische Prognose der depressiven Störung sei bei eher intensiver Fortführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung heutzutage positiv. Die Arbeitsunfähigkeit, die mit einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode verbunden sei, betrage 50 %. Berufliche Tätigkeiten sollten zunächst (beispielsweise ein halbes bis ein Jahr) einfache, manuelle, ungefährliche Aufgaben mit wenig Eigenverantwortung umfassen. Eine zunächst (beispielsweise für ein bis drei Monate) deutlich reduzierte Leistung bei vor allem zeitlicher Beanspruchung des Beschwerdeführers sollte bevorzugt werden (beispielsweise sechs Stunden Anwesenheit bei 50 % Leistung). Eine Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nach zwei Jahren sei zumindest nicht auszuschliessen. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht (subjektive Angaben: Rückenschmerzen bei Adipositas, Asthma und Bronchitis) könne er nicht abschliessend Stellung nehmen, weshalb er an dieser Stelle auf entsprechende fachärztliche Stellungnahmen verweise.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Ergänzung zur Stellungnahme vom 19. August 2009 (Urk. 7/79) führte Dr. E. auf die Frage, ob eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. D. im Mai 2006 eingetreten sei, aus, dass er das nicht mit Sicherheit beantworten könne, da das Gutachten von Dr. D. kaum nachvollziehbar sei. Es bleibe ihm somit festzustellen, dass bis April 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten sei, da Dr. D., warum auch immer, offensichtlich von einem schwer ausgeprägten Gesundheitsschaden ausgegangen sei. Auch aus medizinisch-theoretischen Gründen sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Juni 2007 bestehe. Diese Einschätzung begründe sich durch die in der wissenschaftlichen Literatur dokumentierte Tatsache einer überzufällig häufigen spontanen Remission depressiver Zustandsbilder nach 9 bis 12 Monaten.

3.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Hauptdiagnose einer depressiven Episode (ICD-10: F32) stimmen die behandelnden Ärzte mit den Gutachtern überein. Das Gutachten von Dr. E. und der Bericht der B. vom 23. März 2006 gehen von einer leichten bis mittelgradigen Ausprägung aus, während die anderen Berichte der B. und das Gutachten von Dr. D. von einer mittelschweren depressiven Episode ausgehen. Dr.

E.____ schrieb in seinem Gutachten, dass beim Beschwerdeführer mindestens eine leichte depressive Episode vorliege, jedoch wegen der weiteren dokumentierten Störungen der Schweregrad durchaus als mittelgradig bezeichnet werden könne. Depressive Störungen würden schwankend verlaufen (Urk. 7/70 S. 11). Es ist richtig, dass Dr. E.____, anders als Dr. D.____, keine Störung der Impulskontrolle (ICD-10: F63.9) und keine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10: F51.2) diagnostizierte, jedoch dazu ausführte, dass er nicht verstehe, dass damals von Dr. D.____ eine eigenständige Schlafstörung diagnostiziert worden sei, das sei nicht nachvollziehbar, seien doch die Schlafstörungen des Beschwerdeführers wie auch seine Impulskontrollstörung vollumfänglich durch das depressive Syndrom zu erklären. Und eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gemäss Kapitel F6 könne dem Beschwerdeführer nicht attestiert werden, da er die Kriterien nicht erfülle. Das Gutachten von Dr. D.____ sei diesbezüglich widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Dr. E.____ führte jedoch damit nicht aus, eine Störung der Impulskontrolle und des Schlaf-Wach-Rhythmus liege nicht mehr vor, sondern er führte aus, dass schon damals nicht diese Diagnosen hätten gestellt werden dürfen. Damit sagte Dr. E.____ nichts über eine allfällige Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beurteilung des Gesundheitszustandes sind sich die Gutachter und auch die Ärzte der B.____ im Wesentlichen einig. So hat der Beschwerdeführer seit Jahren eine schwere Schlafstörung, ist vermindert belastbar, hat Mühe sich zu konzentrieren, zeigt kein Interesse mehr an Aktivitäten, welche ihm früher angenehm gewesen sind und er ist unstetig. Alle diese Befunde und Symptome haben sich über all die Jahre gemäss Ausführungen der Gutachter und der behandelnden Ärzte nicht verändert. Trotz der Scheidung des Beschwerdeführers im Februar 2006 (Urk. 7/35) und einer damit erhofften Besserung seines Gesundheitszustandes und der Wiederverheiratung hat sich sein Zustand nicht verbessert, dies geht aus dem Bericht der B.____ vom 26. Februar 2008 klar hervor. Es fällt auch auf, dass der Beschwerdeführer zur Zeit der Begutachtung durch Dr. E.____ auf wesentlich mehr Medikamente angewiesen war, als noch in den vorherigen Berichten, was gegen eine wesentliche Verbesserung seines Gesundheitszustandes spricht. Dr. E.____ berichtete zwar (Urk. 7/79), dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beim Beschwerdeführer eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, Dr. D.____ sei offensichtlich von einem schwer ausgeprägten Gesundheitsschaden ausgegangen. Die Ausführungen, welche Dr. D.____ in seinem Gutachten machte (Urk. 7/31), zeigen jedoch, dass er aufgrund der gleichen Symptome wie Dr. E.____ zu einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 30 % kam. Auch er ging von einer mittelschweren Depression aus. Im Bericht der B.____ 26. Februar 2008 führen die Ärzte sogar aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund seiner Beschwerden gar keine Arbeitstätigkeit mehr zugemutet werden könne, und sind damit noch pessimistischer als Dr. D.____ was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angeht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Gutachten von Dr. D.____ vermittelt nicht den Eindruck - wie von Dr. E.____ ausgeführt, - dass der Gesundheitszustand damals schlechter war, sondern vielmehr, dass sich nichts Wesentliches am Gesundheitszustand des Versicherten geändert hat, sind doch die Befunde im Grossen und Ganzen immer noch die Gleichen. Die Ausführungen über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den Berichten und den Gutachten bleiben im Wesentlichen konstant und es deutet vorliegend

nichts auf eine spontane Remission hin, wie dies von Dr. E.____ mit allgemeinen Hinweisen geltend gemacht wurde. Diese Remissionen mögen denn gemäss Gutachten überzufällig häufig eintreten, jedoch nicht in jedem Falle.

         Nach den obigen Ausführungen ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht ersichtlich. Nur die mögliche medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde von den Gutachtern verschieden eingeschätzt. Dr. D.____ ging damals von einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von sicher 70 % aus, nicht aber von einer vollen Arbeitsunfähigkeit, wie dies Dr. E.____ in seinem Gutachten behauptete (Urk. 7/70 S. 17). Die B.____ ging im Bericht vom 26. Februar 2008 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, Dr. E.____ dagegen von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 %.

         Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist nicht ersichtlich. Vielmehr beurteilte Dr. E.____ die Situation anders und dementsprechend auch die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Eine solche andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keinen Revisionsgrund dar (SVR 2004 IV Nr. 5 S. 14 E. 3.3.3).

E. 4

4.1     Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen der Rentenrevision, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverf gungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 110 V 176 E. 2a, 292 E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begr ndung sch tzen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweis).

4.2     Die erstmalige Rentenzusprache (Verfügung vom 22. September 2006, Urk. 7/49) stützte sich im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. D.____ und seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dr. E.____ kritisierte das Gutachten von Dr. D.____ sehr, dies vor allem in diagnostischer Hinsicht. So hielt Dr. E.____ die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung für nicht begründet, die "depressive Episode mit somatischen Symptomen" existiere gemäss ICD-10 nicht und es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Schlafstörungen bei Dr. D.____ als separate Diagnose aufgeführt seien, die Impulskontrollstörung des Versicherten und die Schlafstörungen erklärten sich bereits durch das depressive Syndrom (Urk. 7/70 S. 17).

         Bei der Diagnosestellung besteht immer ein gewisser Ermessensspielraum eines Gutachters. Entscheidend dabei ist, dass die Diagnosestellung für das Gericht nachvollziehbar ist. Gemeint hatte Dr. D.____ in seinem Gutachten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom nach ICD-10: F32.11 (Urk. 7/31 S. 4), zitierte er doch diese Nummer der ICD-10 (Internationale Klassifikation

psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 5. Auflage). Mit seiner Darlegung, der Versicherte sehe keine Zukunft, das Leben mache so keinen Sinn, er habe der Partnerin gegenüber ein schlechtes Gewissen, habe er doch auch ihr Leben zerstört, der Versicherte berichte, er könne nun zwar seine Kinder sehen, wisse aber nicht, was mit ihnen tun (Urk. 7/31 S. 2, S. 3), der Versicherte weise eine verminderte Belastbarkeit, eine Reizbarkeit mit impulsiver Aggressivität, Antriebsarmut, Affektarmut mit fehlender Modulationsfähigkeit, ein Rückzugsverhalten und eine Neigung, sich beobachtet und bedrängt zu fühlen, eine innere Angetriebenheit, Unstetigkeit und Konzentrationsunfähigkeit, Kopfschmerzen und eine schwere Schlafstörung auf, erklärte er mindestens zwei Kriterien einer leichten depressiven Episode (depressive Stimmung und Verlust von Interesse und Freude) und mindestens vier der Kriterien einer allgemeinen depressiven Episode (Konzentrationsstörungen, Verminderung des Antriebs, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Schuldgefühle), was für die Annahme einer mittelschweren Depression notwendig ist, aber auch ausreicht (ICD-10 S. 142). Gleichzeitig gehen daraus auch mindestens drei Merkmale des somatischen Syndroms, nämlich der Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, die mangelnde Fähigkeit, auf freudige Ereignisse emotional zu reagieren und eine schwere Agitiertheit hervor (ICD-10 S. 140). Wenn Dr. D. die sehr ausgeprägten Schlafstörungen des Versicherten, die von der Partnerin auf Anfrage bestätigt wurden - er könne in der Nacht trotz Medikamenten nicht schlafen, er verbringe die Nacht in der Wohnung oder auf dem Balkon - als separate Diagnose gemäß ICD-10 F51.2 aufführte, so ist das gemäß dieser Klassifikation aufgrund der vorherrschenden Symptomatik im Falle des Versicherten überzeugend und neben der diagnostizierten Depression zulässig (ICD-10 S. 201). Das Gleiche gilt für die separate Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in Form einer Impulskontrollstörung (ICD-10: F63.9), berichtete der Versicherte doch selber, er raste sofort aus und könne deshalb nicht unter die Leute; und auch seine Partnerin berichtete, der Versicherte werde rasch nervös und werfe bei Frustration Gegenstände herum (Urk. 7/31 S. 4). Die Kritik von Dr. E. an der Diagnosestellung durch Dr. D. erweist sich somit als nicht berechtigt. Dr. D. ging weiter von einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von sicher 70 % aus, während Dr. E. im Revisionsverfahren von einer solchen von 50 % ausging. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. D. zum damaligen Zeitpunkt erscheint vertretbar, eine zweifellose Unrichtigkeit dieser Annahme lässt sich nicht begründen. Damit entfällt die Möglichkeit einer Bestätigung der zu Unrecht ergangenen angefochtenen Revisionsverföhung durch das Gericht mittels substituierter Begröndung.

5. Da weder ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG noch ein Wiedererwöngungsgrund nach Art. 53 Abs. 2 ATSG vorliegt, ist in Gutheißung der Beschwerde die angefochtene Verföhung aufzuheben mit der Feststellung, dass der Beschwerdeföhrer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Die Sache wird zum Entscheid öber den Anspruch des Versicherten auf Kinderrenten an die Beschwerdegegnerin öberwiesen.

6.

6.1 Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhöngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG)

und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Sie sind ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Vorliegend erscheint nach diesen Kriterien eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. April 2010 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2. Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, überwiesen, damit sie über den Anspruch des Versicherten auf Ausrichtung von Kinderrenten entscheide.

3. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

4. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Kupfer
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

6. 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).

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