

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01027 vom 15. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01027

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01027 du 15 février 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01027 del 15 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

Juli 2000 bis 31. März 2003 bei der Y.____ im Aussendienst tätig (Urk. 7/11), als er sich am 9. August 2002 einer Magenbypass-Operation unterzog (Urk. 7/12). Ab 1. September 2003 nahm er eine selbständige Erwerbstätigkeit im Papiervertrieb/Handel auf (Urk. 7/45/1); mit Verfügung vom 24. August 2004 wurde über ihn der Konkurs eröffnet (Urk. 7/24). Am 19. Juli 2004 meldete sich X.____

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Rentenbezug an (Urk. 7/3).

Nachdem die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/8), einen Arbeitgeberbericht bei der Y.____ (Urk. 7/11) sowie einen Bericht der Klinik Z.____, vom 8. September 2004 (Urk. 7/12) eingeholt hatte, wies sie mit Verfügung vom 14. März 2005 (Urk. 7/30) das Leistungsbegehren ab. Die dagegen erhobene Einsprache von X.____

(Urk. 7/31, Urk. 7/36) hiess die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 24. August 2005 gut (Urk. 7/46) und sprach ihm mit Verfügung vom 27. Oktober 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab 1. November 2004 eine ganze Rente samt Kinderrente zu (Urk. 7/52).

Mit Verfügungen vom 8. Januar 2007 (Urk. 7/59) und vom 9. Juli 2009 (Urk. 7/67) legte die IV-Stelle die Rentenbetriebsnisse mit Wirkung ab 1. Oktober 2006 infolge Scheidung bei ungeprüftem Invaliditätsgrad von 100 % neu fest.

E. 1.2

Am 20. August 2008 leitete die IV-Stelle eine amtliche Revision ein (Urk. 7/61), holte die Konziliarberichte der Klinik Z.____ aus dem Jahre 2007 (Urk. 7/65) sowie die Arztberichte der Klinik A.____ vom 2. September 2009 und 2. Februar 2010 (Urk. 7/72, Urk. 7/76) ein und liess das interdisziplinäre Gutachten des B.____ vom 3. August 2010 erstellen (Urk. 7/89). Am 24. August 2010 erging der Vorbescheid, mit welchem bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 0 % die Aufhebung der Rente auf Ende des folgenden Monats vorgesehen wurde (Urk. 7/93).

Nachdem X.____

hiergegen am 23. September 2010 Einwand erhoben (Urk. 7/97) und die Berichte der Klinik Z.____ vom 15. September 2010 und der A.____ vom 22. September 2010 (Urk. 7/96) eingereicht hatte, verfügte die IV-Stelle am 28. September 2010 im angelegten Sinne (Urk. 7/100 = Urk. 2).

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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das ganze für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Suchtmittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E. 3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002 E. 2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E. 1.2.2 mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 f. E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamthaft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht

auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c mit Hinweis, 99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 E. 2b; AHI 2002 S. 30 E. 2a, 2001 S. 228 f. E. 2b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und des Bundesgerichts 8C_672/2010 vom 27. September 2010 E. 2).

1.4 Ä Ä Ä Ä Ä ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin 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. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 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, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.5 Ä Ä Ä Ä Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der

Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â Â Â Â Â Während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers soweit verbessert habe, dass er in angestammter und leidensangepasster Tätigkeit seit Juni 2010 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, womit beim daraus resultierenden Invaliditätsgrad von 0 % (Gegenüberstellung des Validen- und Invalideneinkommens von je Fr. 159'223.--) kein Rentenanspruch mehr bestehe, stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Zusprechung der Invalidenrente nicht verbessert, sondern im Gegenteil sogar verschlechtert, was sich aus den Berichten von Dr. G.____ und Dr. H.____ ergebe. Ohne berufliche Integrationsmassnahmen wäre er zudem ausserstande, auch wenn er zu 100 % in der angestammten Tätigkeit arbeitsfähig wäre, ein Invalideneinkommen in dieser Höhe zu realisieren. Ihm sei somit weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventuell seien ihm Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Wiedereingliederung zu bewilligen (Urk. 1, Urk. 6, Urk. 19).

2.2 Â Â Â Â Streitig und zu präfen ist vorab, ob im Zeitraum zwischen dem Erlass der unangefochtenen in Rechtskraft erwachsenen, rentenzusprechenden Verfügung vom 27. Oktober 2005

(Urk. 7/52) und der angefochtenen Verfügung vom 28. September 2010 (Urk. 2) eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingetreten ist, welche die Aufhebung der ganzen Rente per 31. Oktober 2010 rechtfertigt.

3. Â Â Â Â Â Â

3.1 Â Â Â Â Bei der Verfügung vom 27. Oktober 2005

(Urk. 7/52) stätzte sich die Beschwerdegegnerin auf die folgende medizinische Aktenlage:

3.1.1 Â Â Aus dem Bericht der Klinik Z.____ vom 8. September 2004 (Urk. 7/12) ergeben sich als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine anhaltende, tendenziell progrediente Allgemeinzustandseinbusse seit der offenen Anlage eines proximalen Magenbypasses am 9. August 2002, mit/bei neuropsychologischem Defizit, möglicherweise als Folge einer postoperativen Hypoxie, progrediente (reaktive) Depression, chronische Schmerzzustände mit erhöhtem Schmerzmittelbedarf bei Status nach zweimaliger Narbenhernien-Operation, schwer einstellbare Hypothyreose, (2) ein Status nach offener Anlage eines proximalen Magenbypasses mit Cholezystektomie am 9. August 2002 (damals Gewicht präoperativ 137,5 kg, BMI 44,43 kg/m²), (3) ein Status nach Narbenhernienplastik am 31. März 2003 beziehungsweise Sanierung eines Narbenhernienrezidivs am 3. November 2004, (4) eine substituierte Hypothyreose und (5) ein Status nach zweimaligem Grand mal-Anfall im August 2004 (ohne eindeutig fassbare Ursache). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Ärzte ein Asthma bronchiale (Urk. 7/12/1). Der Beschwerdeführer sei seit der Magenbypass-Operation nie mehr richtig arbeitsfähig gewesen (Urk. 7/12/2).

3.1.2 Â Â Dem beigelegten Bericht des psychiatrischen Konsiliararztes der Klinik Z.____ und nachbehandelnden Psychiaters vom 13. September 2004 (Urk. 7/12/4-5) ist zu

entnehmen, dass der Beschwerdeführer rückblickend seit den Operationen im Jahr 2002, vor allem nach dem Narkose-Zwischenfall mit Reanimation, an einer deutlichen Beeinträchtigung seiner kognitiv-intellektuellen Leistungsfähigkeit leide. Im Verlaufe einer massiven Überforderung (Anstellungsverlust, Privat-Konkurs) habe er auch ein schweres depressives Zustandsbild mit depressiver Stimmung, Hoffnungslosigkeit, Störungen der Konzentration und der Merkfähigkeit, extremer Müdigkeit, schweren Schlafstörungen, Appetitminderung usw. entwickelt. Als Diagnosen stellte der Psychiater eine schwere depressive Episode (ICD-10: F 32.2) und einen Verdacht auf kognitive Störung nach postoperativer Hypoxie (ICD-10: F 06.7). Seit dem 14. Juni 2009 bestehe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit als Computerfachmann (Urk. 7/12/5).

3.2 Nach Einleitung der amtlichen Revision am 20. August 2008 (Urk. 7/61) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

3.2.1 In einem Telefonat vom 5. September 2008 teilte die Klinik Z.____, Abteilung Rhythmologie, der Beschwerdegegnerin mit (Urk. 7/63), dass der Beschwerdeführer seit 2005 nicht mehr dort in Behandlung gewesen sei.

3.2.2 Am 25. März 2009 gingen bei der Beschwerdegegnerin die Berichte des Herzzentrums der Klinik Z.____ vom 2. Februar, 22. Februar und 21. März 2007 (Urk. 7/65/7-10) ein, woraus sich ein stationärer Aufenthalt vom 22. bis 23. Februar 2007 ergibt. Als Diagnosen wurden eine Ablation bei rezidivierenden AV-Knoten-Reentry-Tachykardien (aktuell kein Hinweis auf Rezidiv, jedoch symptomatisch eine Extrasystolie), ein Status nach proximalem Magenbypass, ein depressives Zustandsbild (rezidivierende Panikattacken und chronischer Aethylabusus), eine Hyperthyreose und ein Verdacht auf eine hypoxische Enzephalopathie (seltene epileptische Anfälle und eine Blasenentleerungsstörung) aufgeführt.

3.2.3 Einem Bericht der Klinik A.____ vom 4. September 2009 (Urk. 7/72) sind eine ambulante Behandlung vom 3. Juli 2008 bis zum damaligen Zeitpunkt sowie zwei stationäre Behandlungen vom 14. April bis 3. Juli 2009 in der Psychiatrie E.____ und vom 3. August bis 3. September 2009 in der Privatklinik A.____ zu entnehmen (Urk. 7/72/3). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Ärzte (1) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischen Syndrom (ICD-10: F 33.11), differentialdiagnostisch hirnganisch bedingt nach mehrfachen Operationskomplikationen, (2) einen Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 07.0) bei Status nach hypoxischer Hirnschädigung im Jahr 2002, (3) eine Störung durch Sedativa/Hypnotika (Benzodiazepine), Abhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F 13.20), (4) eine AV-Reentry-Tachykardie, Status nach Katheterablation am 20. Februar 2007 und (5) eine Hypothyreose (Urk. 7/72/2-3).

Zur Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Exportkaufmann befragt, gaben die Ärzte der Privatklinik A.____ keine Antwort, hinsichtlich zumutbarer Verweisungstätigkeiten erklärten sie, dies sei von ihnen nicht beurteilbar (Urk. 7/72/5). Unter dem Titel Prognose führten sie aus, bei anhaltenden somatischen Beschwerden bei Status nach Magenbypass-Operation und problematischer Einstellung der Schilddrüsenparameter sei es wahrscheinlich, dass bei vermehrter psychosozialer Belastung und erneut sich verschlechternder körperlicher Beschwerden depressive Episoden auftauchen würden. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen mit dem

Beschwerdeführer erscheine auch im Weiteren eine Arbeitstätigkeit nicht wahrscheinlich. Sie rieten dringend zur Fortsetzung der ambulanten Therapie. Eine Wiederaufnahme einer Tätigkeit sowohl auf dem ersten, wie wahrscheinlich auch auf dem zweiten Arbeitsmarkt erscheine zum jetzigen Zeitpunkt wenig realistisch (Urk. 7/72/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 4. Februar 2010 (Urk. 7/76/7-11) bestätigte Dr. med. F. ____, Oberärztin bei der Klinik A. ____, die bereits bekannten Diagnosen und führte unter dem Titel ■ Fragen zur bisherigen Tätigkeit ■ auf, der Beschwerdeführer leide aufgrund einer Magenoperation gefolgt von Komplikationen unter einer Schmerzproblematik, welche einen schädlichen Arzneimittelkonsum zur Folge habe. Dieser wiederum stehe in Interaktion mit der psychiatrischen Situation des Beschwerdeführers, was sich in verminderter Belastbarkeit auswirke. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Exportkaufmann sei aufgrund der somatischen Grundleiden zu 100 % nicht mehr zumutbar; aus psychiatrischer Sicht wäre eine Teilzeitarbeit zu mindestens 50 % denkbar und wünschenswert. Zur abschliessenden Beurteilung möchte sie auch an den nachbehandelnden Kollegen für eine aktuelle Einschätzung der Beschwerdesymptomatik verweisen. Zum Austrittszeitpunkt bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von ca. 50 %. Bei reduzierter Belastbarkeit sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit ausreichend Ruhepausen und ohne Schichtarbeit zeitlich denkbar (Urk. 7/76/10-11 Ziff. 1.7). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhaltung der Einsatzfähigkeit könne im Umfang von ca. 50 % gerechnet werden (Urk. 7/76/11 Ziff. 1.9).

3.2.4 Ä Ä Die Beschwerdegegnerin veranlasste daraufhin ein interdisziplinäres (internistisches, neurologisches und psychiatrisches) Gutachten durch das B. ____, welches am 3. August 2010 erstattet wurde (Urk. 7/89).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der multidisziplinären Konsensbeurteilung vom 13. August 2009 wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter (1) einen Status nach morbidem Adipositas mit einem präoperativen BMI 44,4 kg/m², (2) chronische rezidivierende Bauchschmerzen, (3) eine substituierte Hypothyreose, (4) einen Status nach zweimaligem Grand mal Anfall im August 2004 (ohne eindeutig fassbare Ursache), (5) einen Status nach erfolgreicher Katheterablation einer AV-Knoten Reentry-Tachykardie am 20. Februar 2007, (6) anamnestisch allergisches Asthma bronchiale, (7) eine anamnestische Urge-Inkontinenz und (8) eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10: F 13.24) auf (Urk. 7/89/32).

Nach einer Darstellung (Urk. 7/89/33-34) des Beginns und Verlaufs der gesundheitlichen Problematik sowie der bisherigen Massnahmen und Einschätzungen (zunehmende Übergewichtsproblematik mit sekundären Erscheinungen im Sinne eines metabolischen Syndroms mit arterieller Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2, der Einsatz eines proximalen Magenbypasses am 9. August 2002 mit Vorfall einer Bradykardie und Hypotonie, protrahierter Verlauf mit neuropsychologischen Funktionsstörungen, interpretiert als Folge der postoperativen Hypoxie, aufdilatierte Stenose im Bereich der proximalen Anastomose im Oktober 2002, Entwicklung einer Narbenhernie und operative Sanierung im März 2003 und November 2004, dem Verlauf einer reaktiven depressiven Entwicklung nach der Kündigung und des Privatkonkurses mit ursächlich ungeklärten epileptischen Anfällen, symptomatischer Herzrhythmusstörungen anfangs

2007 bei komplikationslos verlaufender direkter Katheterablation am 22. Februar 2007 und seither beschwerdefreiem kardialen Zustand, Verschlechterung der psychischen Problematik, welche im August 2009 zur Hospitalisation in der Psychiatrischen Klinik A. führte, wo neben rezidivierenden depressiven Störungen auch eine organische Hirnschädigung mit Status nach cerebralen Krampfanfällen postuliert und ein Alkohol- und Medikamenten-Abhängigkeitssyndrom [Opiate und Hypnotika] festgehalten wurden) nahmen die Gutachter zur aktuellen Situation Stellung und begründeten ihre eigenen Diagnosen mit Diskussion zu eventuell abweichenden Beurteilungen in den Akten (Urk. 7/89/35):

Aktuell klagt der Beschwerdeführer hauptsächlich über Gedächtnisprobleme, auch im Kurzzeitgedächtnis, jedoch könne er nahezu normal funktionieren. Zudem werde er schnell müde und habe erstmals im Jahre 2005 einen epileptischen Anfall erlitten, dem noch vier weitere folgten. Sein größtes Problem seien aktuell die Bauchschmerzen. Die seit der Magenbypass-Operation notwendig gewordene Vitameinnahmen störten ihn auch. Bezüglich der Herzprobleme sei er beschwerdefrei. Momentan fühle er sich psychisch deutlich belastet durch die finanzielle Situation und die Lebenssituation. Er habe Depressionen, Müdigkeit, und Lustlosigkeit. Selbsteinschätzend beurteile sich der Beschwerdeführer als nicht mehr arbeitsfähig.

Die aktuelle internistische Untersuchung habe eine Adipositas Grad I nach WHO (BMI 32,6 kg/m²) ergeben. Abgesehen von leicht hypertonen Blutdruckwerten liessen sich sonst im Status keine pathologischen Befunde erheben, insbesondere keine Zeichen einer Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenpathologie. Der Abdominalstatus sei weitgehend unauffällig, die angegebenen Bauchbeschwerden am ehesten auf die zweimaligen Narbenhernien-Korrekturen zurückzuführen. Die erhobenen Leberwerte deuteten auf eine nicht-alkoholische Steatohepatitis (NASH) im Rahmen der Adipositas. Insgesamt liessen sich aus internistischer Sicht keine Diagnosen stellen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken könnten, weder in angestammter noch in einer anderen, seinem Habitus entsprechenden Tätigkeit (Urk. 7/89/45).

Die neurologische Untersuchung habe keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem ergeben. Insbesondere finde sich klinisch kein Anhalt für eine kognitive Beeinträchtigung oder ein depressives Syndrom. Während seien hier der unauffällige klinische Eindruck sowie die sich aus der Krankengeschichte ergebenden fehlenden Hinweise für ein zerebrales Schädigungsereignis, das geeignet gewesen wäre, dauerhafte kognitive Schäden zu begründen. Ein mit Antiepileptika behandelndes Anfallsleiden bestehe nach den ihnen gegenüber gemachten Angaben nicht mehr. Der Beschwerdeführer sei seit sechs Jahren anfallsfrei. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere nicht aus neurologischer Sicht (Urk. 7/89/36).

In der psychiatrischen Exploration werde ein weitgehend unauffälliger psychopathologischer Befundstatus erhoben. Es könne aktuell keine psychiatrische Diagnose mit anhaltendem eigenständigen Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es liege insbesondere keine anhaltende depressive Symptomatik mit eigenständigem Krankheitswert vor. Die in der Vergangenheit beschriebene, auch als konstativ zu vermutende, entstandene depressive Symptomatik erscheine zum aktuellen Zeitpunkt vollständig remittiert zu sein. Beim

Probleme bestÄ¼nden. Er wies auf die mehrjÄ¼hrige psychiatrische Betreuung in der Klinik A.____ sowie die internistischen stationÄ¼ren Aufenthalte im C.____ und ist der Ansicht, dass der BeschwerdefÄ¼hrer definitiv nicht arbeitsfÄ¼hig sei, wobei er einrÄ¼umt, dass die Erkrankung primÄ¼r psychiatrischer Natur sei und die ArbeitsfÄ¼higkeit daher vom behandelnden Psychiater einzuschÄ¼tzen sei. Damit stimmt er mit den Gutachtern vollumfÄ¼nglich Ä¼berein.

Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Ä¼ Dr. med. H.____, Oberarzt des Ambulatoriums E.____, berichtet am 22. September 2010 Ä¼ber eine rezidivierende depressive StÄ¼rung, aktuell leichtgradige Episode. Soweit er die hirnorganische affektive StÄ¼rung nurmehr differentialdiagnostisch erwÄ¼hnt, besteht keine anderslautende Beurteilung. Die von ihm am 22. September 2010 erhobenen Befunde (Ä¼■aktuell gehe es ihm psychisch den UmstÄ¼nden entsprechend gut. Antrieb sei leicht vermindert, kann aber mit MÄ¼he alles prompt erledigen. Stimmung leicht gedrÄ¼ckt kann sich aber Ä¼ber Sachen freuen, Konzentration sei bei 70 %. Appetit etwas vermindert durch seine Magenproblematik, Schlaf in Ordnung. MÄ¼sse wenig GrÄ¼beln. Kein Anhalt fÄ¼r psychotische Erleben, ZwÄ¼nge oder Phobien. Seit Entlassung [Anmerkung: 6. September 2010] kein Suchtdruck. Habe inzwischen wieder mal ein Bier zum Essen getrunken. Sieht dabei kein Problem, habe das Trinken im Griff. Keine akute Fremd- oder EigengefÄ¼hrdung.Ä¼■) erschÄ¼pfen sich weitestgehend in der Wiedergebung des subjektiven Empfindens, worin keine Abweichung zum Inhalt des Gutachtens zu erblicken ist, und eine objektive Befunderhebung fÄ¼r die aktuell diagnostizierte leichtgradige Episode fehlt (Urk. 7/89/96/3-5).

4.2.2Ä¼ Ä¼ Aus den weiteren eingereichten medizinischen Unterlagen - soweit sie Ä¼ber ein wenig aussagendes Ä¼rztliches ArbeitsunfÄ¼higkeitszeugnis ohne Diagnose und Befunderhebung hinausgehen (vgl. Urk. 20/3, Urk. 20/8-9, Urk. 32 und Urk. 34/3-4) - lÄ¼sst sich entnehmen, dass der BeschwerdefÄ¼hrer aufgrund rezidivierender Synkopen notfallmÄ¼ssig eingewiesen werde und vom 20. bis 25. Februar 2011 im Spital C.____ verblieb. Es wurden multiple Prellmarken festgestellt und zum Ausschluss einer Beckenfraktur RÄ¼ntgenaufnahmen gemacht. Nebenbefundlich zeigte sich eine am ehesten medikamentÄ¼s induzierte Hyperthyreose bei normwertigem T3 und T4, weshalb eine Anpassung der Medikamente eingeleitet und hausÄ¼rztliche Nachkontrollen des Blutbilds, der Transaminasen sowie der SchilddrÄ¼senparameter dringend empfohlen wurde. Dr. med. D.____ berichtete der Rechtsvertreterin im e-Mail vom 25. MÄ¼rz 2011, dass es dem BeschwerdefÄ¼hrer aktuell gar nicht gut gehe, er sei niedergeschlagen, antriebslos bedrÄ¼ckt. Er diagnostizierte eine mittelschwere Depression und hielt eine volle ArbeitsunfÄ¼higkeit fest, fÄ¼r HilfsarbeitertÄ¼tigkeiten sei der BeschwerdefÄ¼hrer - nach psychiatrischer Evaluation - aktuell ebenfalls voll arbeitsunfÄ¼hig. Seit der Rentenzusprache (2004) habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert (Urk. 20/6). Auf seinen Rat hin kam es vom 28. MÄ¼rz bis 4. April 2011 zu einer fÄ¼nften Hospitalisation in der Klinik A.____, wo mit Bericht vom 7. April 2011 (Urk. 20/4) (2) eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10; F 32.1), (2) Psychische und VerhaltensstÄ¼rungen durch Alkohol; AbhÄ¼ngigkeitssyndrom mit gegenwÄ¼rtigem Substanzgebrauch (ICD-10: F 10.24) und (3) Psychische und VerhaltensstÄ¼rungen durch Sedative und Hypnotika; AbhÄ¼ngigkeitssyndrom mit gegenwÄ¼rtigem Substanzgebrauch (ICD-10: F 13.24) diagnostiziert wurde. Es bestehe keine Eigen- und FremdgefÄ¼hrdung. Ferner trat der BeschwerdefÄ¼hrer am 16. Mai 2011 freiwillig erneut in dieselbe Klinik ein, wo er bis 20. Mai 2011 verblieb und stationÄ¼re medikamentÄ¼s und mittels gruppentherapeutischem

Programm behandelt wurde (Urk. 29/2). Laut einem vorläufigen Austrittsbericht der Klinik A.____ vom 23. Oktober 2011 (Urk. 34/ 1) hielt sich der Beschwerdeführer dort vom 8. September bis 23. Oktober 2011 erneut auf. Aufgrund dessen, dass er von einem Wochenendausgang auf der Station alkoholisiert zurückgekehrt war, wurde die Therapie beendet.

4.2.3.3. Hierzu ist grundsätzlich festzuhalten, dass das Gericht in zeitlicher Hinsicht den Sachverhalt bis zum Zeitpunkt des gerichtlich angefochtenen Verwaltungsaktes überprüft. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sollen in der Regel Gegenstand einer neuen Verfügung sein. Nach Verfügungserlass erstellte ärztliche Berichte sind zu berücksichtigen, soweit sie sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit bis zu diesem Zeitpunkt äussern oder diesbezügliche Rückschlüsse zulassen, die geeignet sind, die Beurteilung zu beeinflussen (vgl. Urteile 9C_617/2009 vom 15. Januar 2010 E. 2.4.4 und 9C_101/2007 vom 12. Juni 2007 E. 3.1).

Die im Beschwerdeverfahren vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte des Spitals C.____ vom 4. Februar 2011 (Urk. 20/2) und der Klinik A.____ vom 5. April, 7. April, 16. Mai, 20. Mai, 23. Oktober 2011 (Urk. 20/4-5, Urk. 24, Urk. 29/2, Urk. 34) enthalten Angaben über Behandlungen nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. September 2010 (Urk. 2).

Sie berichten in Wesentlichen über ein (erneut) symptomatisches Suchtgeschehen, das im Zeitpunkt der Begutachtung nicht vorlag und dessen invalidenversicherungsrechtliche Beachtung daher offen bleiben kann, weil aufgrund der vorliegenden Akten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. September 2010 sowie dem massgebenden Zeitpunkt der Rentenaufhebung (31. Oktober 2010) eine Verschlechterung der durch die Gutachter beurteilten Gesundheitsschäden ausgeschlossen werden kann.

5. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der verbesserten Arbeitsfähigkeit.

5.1 Die Beschwerdegegnerin bemass den Invaliditätsgrad in der angefochtenen Verfügung gestützt auf ein Valideneinkommen von Fr. 159'223.30. Hierbei zog sie die Angaben der letzten Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der Y.____ bzw. deren Treuhänder, bei, wonach der Beschwerdeführer als Aussendienstmitarbeiter im Jahre 2001 Fr. 141'775.- jährlich erzielte (Urk. 7/11), und passte diese Lohnsumme der seitherigen Nominallohnentwicklung an (Urk. 7/91). Das Invalideneinkommen setzte sie in selber Höhe ein.

Der Beschwerdeführer bestreitet nicht nur die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in der vormals ausgeübten, seinen Angaben entsprechend anspruchsvollen und strapazierenden Tätigkeit (Urk. 7/14), sondern auch die Möglichkeit, nach 8-jähriger Abstinenz heute ein annähernd gleich hohes Erwerbseinkommen erzielen zu können (Urk. 6 S. 14).

5.2 Der Beschwerdeführer ist gelernter Radio- und TV-Elektroniker (Lehrabschluss 1981) (Urk. 7/3/4) und arbeitete seit 1990 als Exportkaufmann, zuletzt bei der Y.____ (Urk. 7/8). Laut Auskunft der Arbeitgeberin wurde das Arbeitsverhältnis per 31. März 2003 beendet, weil die Zweigniederlassung in der Schweiz nach misslungenem Vertrieb eines Produktes aufgelöst wurde (effektiv letzter Arbeitstag war der 11. März 2003, Urk. 7/11). Wegen der Magenbypass-Operation am 9. September 2002 war er bis

zum 30. November 2002 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Danach soll er laut Auskunft der Arbeitgeberin bis zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses wieder normal gearbeitet haben (Urk. 7/11/2 und Urk. 7/45). Anschliessend bezog er bei der Arbeitslosenkasse I. ____ von 1. April bis 31. August 2003 bei voller Vermittlungsfähigkeit Taggelder, unterbrochen durch die ärztlich attestierten Perioden einer Arbeitsunfähigkeit vom 31. März bis 4. April 2003 (Hernienoperation) und vom 4. April bis 2. Mai 2003 (Urk. 7/45). Am 1. September 2003 meldete er sich als Selbständigerwerbender an und führte die Sozialversicherungsbeiträge dementsprechend bis zur Konkurseröffnung am 24. August 2004 (Urk. 7/10,) ab. Zur Insolvenzerklärung kam es laut Beschwerdeführer hauptsächlich aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 7/21). Gestützt auf diese Akten kam die Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Rentenzusprache zum Schluss, dass das Wartejahr im November 2003 zu eröffnen sei und der Beschwerdeführer das Arbeitsverhältnis bei der Y. ____ aus wirtschaftlichen Gründen verloren habe (Urk. 7/45).

5.3. Dem ist beizupflichten. Echtzeitliche ärztliche Atteste von den Beschwerdeführer damals behandelnden Ärzten, wonach er seit September 2002 voll arbeitsunfähig gewesen wäre, lagen und liegen nicht vor, zumal dies auch den Angaben der Arbeitgeberin widersprechen würde. Da die Aufnahme der selbständigen Tätigkeit nach kurzer Zeit scheiterte, unter anderem auch aus gesundheitlichen Gründen, liegen jedoch keine verlässlichen Angaben zu den Einkünften seiner Einzelfirma vor. Es ist daher darauf abzustellen, was der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im Zeitpunkt der verbesserten Arbeitsfähigkeit, aufgrund seiner Berufserfahrung und Ausbildung, im Angestelltenverhältnis erzielen konnte. Da er in einer solchen Tätigkeit spätestens im August 2010 nicht mehr eingeschränkt war, würde auch bei Berücksichtigung einer behinderungsbedingten maximalen Lohneinbusse 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (mehr) resultieren, so dass die Aufhebung der Invalidenrente per 31. Oktober 2010 (d.h. ab 1. November 2010: Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV) rechtens war.

6. In Bezug auf den Eventualantrag von Integrationsmassnahmen ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung bzw. eines Einspracheentscheids - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung bzw. der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung bzw. kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414).

E. 7

7.1. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer aufzuerlegen ist.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ist sie einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2. Rechtsanwältin Christina Ammann macht mit Honorarnote vom 9. November 2011 einen Aufwand von 26,33 Stunden und Barauslagen von Fr. 219.50 geltend (Urk. 35). Hierzu ist festzuhalten, dass der geltend gemachte zeitliche Aufwand nicht dem notwendigen Aufwand entspricht (Antrag auf Nachfrist für Begründung: 4,75 Stunden; Studium Akten Amtsvormund sowie Einholen von Beweismitteln) und der Schwierigkeit des vorliegenden Falls nicht angemessen erscheint, da sich keine schwierigen juristischen Fragen stellen. Da nach Art. 9 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht nur der notwendige Aufwand entschädigt wird, ist im Rahmen des gerichtlichen Ermessens die Entschädigung in Anlehnung an in vergleichbaren Fällen zugesprochenen Entschädigungen auf Fr. 3'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen, wobei davon Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 7,6 %) auf die bis Ende 2010 erbrachten Leistungen und Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 8 %) auf die ab 2011 erbrachten Leistungen entfallen.

7.3. Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (vgl. Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.
 2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.
 3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Christina Ammann, Uster, wird mit Fr. 3'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.
 4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwältin Christina Ammann
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 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.