

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00170 vom 9. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00170)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00170 du 9 mai 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00170 del 9 maggio 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 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 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der

Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4. Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schätzen (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c S. 469, 125 V 368 E. 2 S. 369). Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. 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 (SVR 2010 IV Nr. 5 S. 10).

1.5. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

## E. 2

2.1. Im Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin wiedererwägungsweise aufgehobenen Verfügung vom 24. Juli 2002 stellte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendermassen dar:

2.1.1. Gemäss Zusammenfassung der Krankengeschichte der Rheumaklinik des D. (Urk. 6/4/3-4 und Urk. 6/4/7), wo der Beschwerdeführer vom 17. bis 30. April 2001 in stationärer Behandlung war, leidet dieser an einem Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.9) bei lumbospondylogener Akzentuierung rechts mehr als links und diskreter Spondylolisthese L5/S1 bei Spondylolyse L5 beidseits, einer depressiven Störung und in jüngsten bei psychosozialer Belastungssituation, chronischem

Kopfschmerz, arterieller Hypertonie und Hyperlipidämie sowie an allergieähnlicher systemischer Reaktion mit Asthma auf Acetylsalicylsäure und vermutlich andere nicht steroidale Antirheumatika.

Im März 2001 habe er erstmals unter einem Lumbovertebralsyndrom gelitten, das unter Physiotherapie sowie analgetischer und nicht steroidaler Medikation keine eindeutige Verbesserungstendenz gezeigt habe. Aktuell bestanden stark bewegungsabhängige, tags und nachts auftretende Schmerzen lumbal, die in beide Beine bis zu den Knien rechts mehr als links ausstrahlten. In der somatischen Untersuchung bei Eintritt habe sich das Bild eines Panvertebralsyndroms mit lumbospondylogener Akzentuierung beidseits gezeigt. Es hätten keine radikulären Zeichen erhoben werden können. Im Verlauf seien für eine vollständige somatische Beurteilung trotzdem Funktionsaufnahmen der Lendenwirbelsäule sowie eine Kernspintomographie durchgeführt worden. Diese hätten neben einer leichten beginnenden Spondylarthrose der Lendenwirbelsäule sowie der bekannten Spondylolyse L5 beidseits keine weiteren pathologischen Befunde ergeben. Es sei während der Hospitalisation auch eine physiotherapeutische aktive lumbale Stabilisation begonnen worden. Im Übrigen seien die psychischen Probleme absolut im Vordergrund stehend erschienen, weshalb auch eine konsiliarisch psychiatrische Beurteilung erfolgt sei. Obwohl das somatische Problem eher im Hintergrund gestanden habe und die Symptomatik, die zur Hospitalisation geführt habe, wohl vor allem aufgrund der komplexen psychosozialen Problemgebiete zustande gekommen sei, habe sich während des Aufenthaltes eine erstaunlich deutliche Verbesserung des Zustandes erzielen lassen.

Für die Dauer der Hospitalisation und bis zum 9. Mai 2001 sei dem Beschwerdeführer eine 100%ige und danach bis zum 20. Mai 2001 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

2.1.2 Die Schlussdiagnose im Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2001 (stationärer Aufenthalt vom 3. bis 17. Mai 2001, Urk. 6/4/5-6 und Urk. 6/4/8) lautet: (1) schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), (2) Panvertebralsyndrom und (3) anamnestisch Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20).

Der Beschwerdeführer sei bei Aufnahme in die Klinik hoch suizidal und vom Affekt her eher klagend gewesen. Er sei unruhig und nervös gewesen und habe sich kaum in den Stationsalltag integrieren können. Die antidepressive Therapie sei intensiviert worden. Zudem sei der Beschwerdeführer zur Strukturierung in die hausinterne Ergotherapie geschickt worden. Nach und nach habe er sich zunehmend in den Stationsalltag integriert. Unter der Wirkung der antidepressiven Therapie mit Erhaltung von Saroten habe sich auch langsam die Stimmung stabilisiert, und die Suizidgedanken seien immer mehr in den Hintergrund getreten. Als sicher gewesen sei, dass keine Suizidalität mehr vorlag, sei der Beschwerdeführer in gebessertem Zustand aus der Klinik entlassen worden.

2.1.3 Vom 24. bis 28. Juni 2001 weilte der Beschwerdeführer in der F.\_\_\_\_. Im Bericht vom 4. Juli 2001 (Urk. 6/4/9-11) diagnostizierten die Ärzte (1) eine Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), (2) anamnestisch ein Alkoholabhängigkeits-Syndrom, angeblich gegenwärtig abstinent (ICD-10: F10.20), (3) einen Verdacht auf Panikstörung (mit Agoraphobie) (ICD-10: F41.0) sowie (4) ein

Panvertebralsyndrom.

Der Beschwerdeführer sei während der ganzen Hospitalisation als bedrückt, verzweifelt und eher klagsam erschienen. Die Eintrittsmedikation sei wegen der kurzen Aufenthaltsdauer beibehalten worden. Auf der Station sei der Beschwerdeführer als ruhig und zurückgezogen erlebt worden, und er sei etwas einsam erschienen. Suizidgedanken habe er von Anfang an verneint. Während des Aufenthalts habe er einmal von einer Panikattacke in der Cafeteria der Klinik, welche er mit seiner Frau und seinem Schwager besucht habe, berichtet. Am 28. Juni 2001 sei er ins E.\_\_\_\_ verlegt worden.

2.1.4 Im Austrittsbericht vom 8. August 2001 (Urk. 6/4/12-14) des E.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 28. Juni bis 31. Juli 2001 stationär behandelt worden war, schrieben die Ärzte, die beklagte Symptomatik spreche für eine gemischte Störung von Angst und Depression, wobei derzeit die depressive Symptomatik mit Störung der Vitalgefühle deutlich im Vordergrund stehe. Die geklagten, rasch wechselnden körperlichen Beschwerden und Schmerzen, besonders die langjährigen Kopfschmerzen, sprächen zusätzlich für eine somatoforme Schmerzstörung mit verstärkter Somatisierung während der depressiven Phasen. Da der Beschwerdeführer auch seit dem letzten Klinikaufenthalt im Mai 2001 nie völlig beschwerdefrei gewesen sei und eine erneute heftige akute Verschlechterung von Stimmung und Befinden vorgelegen habe, scheine die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode begründet.

2.1.5 Der behandelnde Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 26. Februar 2002 (Urk. 6/4/1-2) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere reaktive Depression mit Angstzuständen (ICD-10: F32.2), ein chronisches Panvertebral-Syndrom sowie einen Status nach Alkoholmissbrauch (seit Oktober 2000 abstinent). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine chronische Migräne auf.

Der Beschwerdeführer sei seit bald zehn Jahren familiär schwer belastet durch eine schwere, invalidisierende psychische Erkrankung seiner Ehefrau. Er habe jahrelang voll Schicht gearbeitet und den Haushalt mit drei Kindern betreut. Lange Zeit habe er keinerlei Zeichen von Erschöpfung gezeigt und einen Ausgleich im Spielen mit türkischen Kollegen und im Alkoholkonsum gefunden. Wegen eines plötzlichen schweren depressiven Zusammenbruchs mit Suizidalität sei er zweimal psychiatrisch hospitalisiert worden. Seither zeige sich ein schwieriger Verlauf mit rezidivierender Suizidalität, depressiver Apathie, massiver Angst, Panikattacken, vegetativer Labilität, Rücken- und Kopfschmerzen, hochgradigen Schlafstörungen und Aggressionsdurchbrüchen bei familiären Konflikten.

Der Beschwerdeführer sei seit 14. Januar 2001 zu 100 % arbeitsunfähig, die Prognose sei wahrscheinlich ungünstig.

Anlässlich des erstmaligen Revisionsverfahrens im Jahr 2005 holte die Beschwerdegegnerin weitere Arztberichte ein, die über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Folgendes aussagen:

2.2.1 Im Bericht vom 1. Februar 2005 (Urk. 6/17) bezeichnete Dr. C.\_\_\_\_ den Krankheitsverlauf mit vielen depressiven Krisen, unter anderem wegen Scheidung, als schwierig. Im Jahr 2002 habe sich der Beschwerdeführer für eine Woche im E.\_\_\_\_

aufgehalten, im Juni 2003 sei er wegen einer Tablettenintoxikation im I.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen und im Februar 2004 sei er erneut für eine Woche im E.\_\_\_\_ gewesen. Ansonsten habe eine ambulante Betreuung stattgefunden. Die Abstinenz sei grossmehrheitlich gelungen. Der Beschwerdeführer führe ein apathisches Leben, leide unter Angstzuständen ausser Haus und hohem Medikamentenabusus. Er sei emotional labil, und in keiner Art und Weise belastbar. Immer wieder flackere eine Kaufsucht auf. In den letzten zwei Jahren habe er immer wieder einige Wochen bei seinen Angehörigen in der Türkei verbracht.

Der Beschwerdeführer sei weiterhin in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

2.2.2 Laut Verlaufsbericht des E.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2005 (Urk. 8/18) befand sich der Beschwerdeführer vom 12. bis 18. Februar 2004 zum sechsten Mal in stationärer psychiatrischer Behandlung. Es habe sich bei der Diagnosestellung im Vergleich zu den früheren Hospitalisationen nichts geändert. Die beschriebene Krankheitssymptomatik, insbesondere der Benzodiazepinabusus und die rezidivierenden depressiven Episoden mit Panikattacken, beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit massgeblich. Während des letzten stationären Aufenthalts in der Klinik habe - auch zum Zeitpunkt der Entlassung - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Hospitalisation sei ähnlich verlaufen wie die vorhergehenden Hospitalisationen, es sei zu keiner grundsätzlichen Änderung der Symptomatik oder des Krankheitsgeschehens gekommen.

2.3 Der "aktuelle" Gesundheitszustand ergibt sich einerseits aus dem Bericht der Hausärztin Dr. G.\_\_\_\_ vom 19./20. September 2009 (Urk. 8/27) und andererseits aus dem Bericht der H.\_\_\_\_ vom 20. April 2010 (Urk. 6/31). Dr. G.\_\_\_\_ bezeichnete den Gesundheitszustand als stationär, und attestierte eine geringe Arbeitsunfähigkeit seit 15. Januar 2001 in angestammter Tätigkeit als Ofenführer. Eher im therapeutischen Sinne als effektiv erwählte sie eine wechseltätige Arbeit in geschütztem Rahmen bei einer Leistung von weniger als 50 % (Urk. 8/27/6).

Nach den Ausführungen der H.\_\_\_\_ liegen beim Beschwerdeführer eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD-10: F33.2), und eine Störung der Impulskontrolle im Sinne einer pathologischen Kaufsucht (ICD-10: F63.8) vor. Die rezidivierende depressive Störung fluktuiere zwischen mittlerem und schwererem Grad. Eine gesprächspsychotherapeutische Intervention sei wegen der schlechten Sprachkenntnisse nicht möglich. Immerhin habe er auf eine Kombination mit Antidepressiva gut angesprochen, so dass keine Suizidgedanken mehr herrschten und er die sozialen Ängste so weit im Griff habe. Durch die aktuelle Medikamentenoptimierung hätten das starke Hungergefühl während der Nacht sowie die Alpträume merklich verbessert werden können. Insgesamt sei mit einem weiteren chronisch-depressiven Zustandsbild zu rechnen.

Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf Weiteres 100 %.

### E. 3

3.1 Gestützt auf die in Erw. 2.1 zitierten Arztberichte sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Januar 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente zu. Bei der ersten Rentenüberprüfung im Februar 2005 stellte sie aufgrund der in Erw. 2.2 zitierten Arztberichte keine wesentliche Änderung fest und bestätigte den Anspruch des

Beschwerdeführers auf eine ganze Invalidenrente. Zu prüfen ist, ob die seinerzeitige Verfügung vom 24. Juli 2002, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden war, zweifellos unrichtig ist (vgl. Erw. 1.4).

3.2 In somatischer Hinsicht ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenzusprache keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hatte. So ergaben die in der Rheumaklinik des D.\_\_\_\_ (Erw. 2.1.1) durchgeführten Funktionsaufnahmen der Lendenwirbelsäule sowie eine Kernspintomographie neben einer leichten beginnenden Spondylarthrose sowie einer bekannten Spondylolyse L5 beidseits keine weiteren pathologischen Befunde. Radikuläre Zeichen konnten keine erhoben werden. Die Ärzte erachteten denn auch das psychische Leiden als im Vordergrund stehend und attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % lediglich bis zum 9. Mai 2001 und hernach eine solche von 50 % bis zum 20. Mai 2001.

3.3 Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kann von einer invalidisierenden psychischen Störung nur bei Vorliegen eines medizinischen Substrats gesprochen werden, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermaßen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Namentlich darf das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen, etwa eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand (BGE 127 V 299 f.).

Fachärztlicherseits wurde von den Ärzten übereinstimmend eine depressive Störung diagnostiziert: Die Ärzte des E.\_\_\_\_ diagnostizierten im Austrittsbericht vom 29. Mai 2001 (Erw. 2.1.3) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD: F 32.2), während die Ärzte nach dem stationären Aufenthalt in der F.\_\_\_\_ von einer Angst- und depressiven Störung gemischt (ICD 10: F41.2) sprachen. Nachdem der Beschwerdeführer nie beschwerdefrei geworden war, wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode begründet (vgl. Erw. 2.1.5).

Es trifft zu, dass in den Arztberichten auch durchgehend auf komplexe psychosoziale Probleme wie schwierige Familienverhältnisse mit Überforderung des Beschwerdeführers hingewiesen worden ist. Diese Situation mag möglicherweise (Mit)Ursache der psychischen Erkrankung sein, es kann allein hieraus indessen nicht geschlossen werden, es habe beim Beschwerdeführer nie eine psychische Störung mit Krankheitswert vorgelegen. Aber auch daraus, dass die stationären Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik jeweils eine Verbesserung der Symptomatik gebracht haben, kann nicht gefolgert werden, es habe nie eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer wurde am 17. Mai 2001 mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode (vgl. Erw. 2.1.2) und am 31. Juli 2001 mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, (vgl. Erw. 2.1.4) aus der Klinik entlassen. Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer zwischen den Klinikaufhalten jemals eine vollständige Arbeitsfähigkeit wieder erlangt hätte, ergeben sich keine. Im Gegenteil wurde ihm vom behandelnden Psychiater bei ungünstiger Prognose durchwegs eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Erw. 2.1.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch aus dem Umstand allein, dass aufgrund der geklagten, rasch wechselnden körperlichen Beschwerden und Schmerzen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung diskutiert worden ist (vgl. Erw. 2.1.4), kann nicht gedeutet werden, dass kein Gesundheitsschaden im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn vorgelegen hatte. Die Diagnose der depressiven Störung nämlich kann durchaus als Komorbidität im Sinne von BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 betrachtet werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wenn die Beschwerdegegnerin somit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im Verfallungszeitpunkt der ärztlichen Einschätzung von Dr. C. (Erw. 2.1.5) folgte, war dies nicht zweifellos unrichtig. Es besteht somit keine rechtliche Grundlage, die Verfallung vom 24. Juli 2002 in Wiedererwägung zu ziehen.

3.4 Ä Ä Ä Aber auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes kann aufgrund der vorliegenden Arztberichte nicht ausgemacht werden. So berichten die Ärzte der H. (Erw. 2.3), dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, welche zwischen einem mittleren und schwereren Grad fluktuieren, vorliege, was mit der Diagnosestellung in den früheren ärztlichen Berichten übereinstimmt. Sie gingen davon aus, dass weiterhin mit einem chronisch-depressiven Zustandsbild zu rechnen sei und attestierten dem Beschwerdeführer bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Dargelegten kann die Verfallung vom 24. Juli 2002 nicht wegen zweifelloser Unrichtigkeit in Wiedererwägung gezogen (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_760/2010 vom 17. November 2010), noch kann die Rente wegen eines verbesserten Gesundheitszustandes revisionsweise aufgehoben werden. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. Der Antrag des Beschwerdeführers auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ist damit gegenstandslos.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 700.-- festzulegen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Ä

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Die Entschädigung wird unabhängig vom Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 des Gesetzes über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfallung der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2011 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer über den 28. Februar 2011 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Roland Egli-Heine unter Beilage des Doppels von Urk. 5

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.