

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00579 vom 19. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00579](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00579)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00579 du 19 novembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00579 del 19 novembre 2013

## Erwägungen

### E. 1.1

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

### E. 1.2

)

regelmässig

bei der Einrichtung C.\_\_\_\_

in psychiatrisch-therapeutischer Behandlung steht und somit zwischen den behandelnden Ärzten und dem

Beschwerdeführer eine vergleichbare Vertrauenskonstellation besteht wie zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten (vgl. E. 1.6).

Die Diagnosen der Ärzte der Einrichtung C.\_\_\_\_ stehen ausserdem in Widerspruch zu der durch Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierten Dysthymia. Vor diesem Hintergrund kann auch nicht ohne weiteres auf die Einschätzung der Ärzte der Einrichtung C.\_\_\_\_ abgestellt werden.

Somit fehlt es an einer nachvollziehbaren objektiven Beurteilung. 5.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S.

69).

Angesichts der Aktenlage sind weitere Abklärungen erforderlich, um den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht zu vervollständigen. Fraglich sind die beim Beschwerdeführer vorliegenden Diagnosen und Befunde

sowie die entsprechen den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die vorliegende Streitsache erweist sich folglich als nicht spruchreif. Sie ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird ergänzende neutrale Abklärungen zu tätigen haben, welche die noch offenen Fragen beantworten. Gestützt darauf wird sie über das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 gutzuheissen. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. April 2012 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. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich, Soziale Dienste, Fachsupport Rechtsdienst - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Neuenschwander-Erni

### **E. 1.3**

Die Leistungen können gemäss Art. 7b IVG nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 dieses Gesetzes oder nach Art. 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist ( Abs. 1). Die Leistungen können in Abweichung von Art. 21 Abs. 4 ATSG ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person: a.

trotz Aufforderung der IV-Stelle nach Art. 3c Abs. 6 nicht unverzüglich eine Anmeldung vorgenommen hat und sich dies nachteilig auf die Dauer oder das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit oder der Invalidität auswirkt;

b.

der Meldepflicht nach Art. 31 Abs. 1 ATSG nicht nachgekommen ist; c.

Leistungen der Invalidenversicherung zu Unrecht erwirkt oder zu erwirken versucht hat; d.

der IV-Stelle die Auskünfte nicht erteilt, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe benötigt ( Abs. 2).

Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen ( Abs. 3). 1. 4

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. 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 1.6**

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen

und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die laufende Rente des Beschwerdeführers gestützt auf Art. 21 Abs. 4 ATSG aufgehoben hat. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, dass der Beschwerdeführer die Schadenminderungspflicht im Sinne einer intensiven fachpsychiatrischen Therapie inklusive Medikation nicht erfüllt habe. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um eine rein krankheitsbedingte Non-Compliance handle, sondern es sei eine kulturell und persönlichkeitsbedingte Selbstlimitierung zu beobachten.

Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers sei somit so zu beurteilen, als ob die Behandlung durchgeführt worden wäre. Gemäss Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2008 wäre nach erfolgten medizinischen Massnahmen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zu erwarten. Ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit errechnete die Beschwerdegegnerin einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 15 % (S. 2). 2. 3

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Beschwerde (Urk. 1) fest, dass er zu 100 % arbeitsunfähig und die nichterfüllte Schadenminderungspflicht auf krankheitsbedingte Gründe zurückzuführen sei (S. 3 Mitte). Aus dem zweiten psychiatrischen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ ergebe sich, dass eindeutig eine Verschlechterung stattgefunden habe und eine Schizophrenie in Erwägung gezogen werde.

Soweit die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) davon ausgehe, dass es sich nicht um eine rein krankheitsbedingte Non-Compliance handle, widerspreche sie dem Bericht der Ärzte der psychiatrisch-psychologischen Einrichtung C.\_\_\_\_ vom Mai 2011, aber auch dem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (S. 5 Mitte).

Ihm sei weiterhin eine Rente, und zwar in Form einer ganzen Rente, auszurichten (S. 6 unten). 3 . 3 . 1

Die Ärzte der

psychiatrisch-psychologischen Einrichtung C.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 12. November 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/14/3-10) als Diagnose eine depressive Störung gegenwärtig schwerere Episode bei psychosozialer Belastungssituation (Ziff. 2.1). Sie attestierten dem Beschwerdeführer seit dem 7. August 2007 (Behandlungsbeginn) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Angestellter in der Lebensmittelverarbeitung (Ziff. 3).

Gemäss Angaben des Beschwerdeführers bestehe die depressive Störung seit längerer Zeit, vermutlich seit Beginn der Arbeitslosigkeit im Jahr 2001. Er lebe völlig isoliert. Ausser zu einer in D.\_\_\_\_ lebenden zweiten Ehefrau und den dort lebenden zwei Töchtern aus erster Ehe und zwei Söhnen aus der zweiten Ehe habe er keine Kontakte (Ziff. 4.3).

Zu den

Befunden wurde ausgeführt, Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung seien reduziert, formal sei er verlangsamt im Denken, es bestünden jedoch keine inhaltlichen Denkstörungen. Psychomotorisch sei er verlangsamt, affektiv traurig, affektstarr. Es beständen eine deutlich gedrückte Grundstimmung, deutliche Insuffizienzgefühle und ein negatives Selbstwertgefühl. Der Beschwerdeführer spreche von Medikamentenabhängigkeit

und Schlafstörungen, nehme allerdings seine Medikamente nur unregelmässig. Er beschreibe Suizidgedanken, jedoch keine konkreten Absichten ( Ziff. 4. 5 ) . Vorläufig sei dem Beschwerdeführer keine Erwerbstätigkeit zumutbar ( Ziff. 6.2) . 3 .2

Med. pract.

E.\_\_\_\_ , Allgemeine Medizin FMH, führte im Bericht vom

15. Oktober 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/15/7-8) aus, er habe den Beschwerdeführer bisher wegen verschiedener kleinerer Sachen behandelt. Es bestehe eine schwere depressive Entwicklung. Seines Wissens habe bisher keine entsprechende Behandlung etabliert werden können. Antidepressive Medikamente seien nach kurzer Zeit wieder abgesetzt worden, weil sie nicht gewirkt hätten.

Körperlich wäre der Beschwerdeführer mindestens für leichte Arbeiten mit Wechselbelastung voll arbeitsfähig (S. 1) . 3 .3

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte im Gutachten vom 1. März 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/18) aus, das Zustandbild des Beschwerdeführers sei offensichtlich dasjenige eines schwer depressiven, sich von der Welt zurückziehenden, in seine Gedanken und Fantasiewelt sich einspinnenden Mannes, der aber keine Wahnideen oder sonstige psychotische Störungen aufweise. Alle seine Symptome weisen auf eine schwere Depression hin. So sei er verlangsamt im Denken, seine Ideen kreisten ständig um die gleichen Komplexe, er habe Insuffizienzgefühle, seine Grundstimmung sei gedrückt, er habe kein Selbstwertgefühl mehr, fühle sich unnützlich (S. 7 f.).

Nach dem seitens der Ärzte der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_ noch eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert worden sei, müsse man – nachdem die Depression mehrere Jahre unverändert angehalten habe – die Diagnose revidieren im Sinne einer Dysthymia . Die Depression zeige keine Schwankungen oder zyklischen Veränderungen, sie halte unvermindert stark an, unabhängig auch von den Bemühungen von ärztlicher und sozialer Seite um eine Integration oder Verbesserung der Symptomatik, auch durch Medikamente (S. 8 Mitte). Der Beschwerdeführer sei körperlich voll arbeitsfähig. Infolge der chronischen und schweren nichtzyklischen Depression bestehe jedoch eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Alle bisherigen Versuche zur Wiedereingliederung seien gescheitert (S. 10 Mitte) . 3 .4

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH , nannte im Gutachten vom 6. Dezember 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/31) als Diagnose eine Dysthymia bei einer Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen und beträchtlichen psychosozialen Problemen (S. 11 Mitte). Zum psychopathologischen Befund führte er aus, Aufmerksamkeit und Konzentration seien während der Untersuchung leicht eingeschränkt, die Auffassung sei intakt, der Antrieb vermindert. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer deutlich verlangsamt, das Verhalten passiv, abwartend. Das Denken sei formal leicht verlangsamt, manchmal etwas umständlich, inhaltlich themenzentriert. Affektiv sei der Beschwerdeführer mittelschwer bedrückt, die affektive Modulationsfähigkeit sei eingeschränkt; er klagt über Lustlosigkeit, Unfähigkeit, Freude zu empfinden und Zukunftsängste. Es bestehe eine Tendenz zu sozialem Rückzug, er äussere ein Gefühl des Lebensüberdrusses, jedoch keine konkreten Suizidabsichten (S. 10

Mitte). Diagnostisch könne in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

von einer Dysthymia ausgegangen werden. Gemäss Definition der ICD-10 handle es sich bei dieser Diagnose um eine lang anhaltende depressive Verstimmung, die jedoch nur selten schwer genug sei, um die Kriterien einer depressiven Störung zu erfüllen. Früher seien phasenweise als schwer eingeschätzte depressive Episoden aufgetreten (S. 12 Mitte).

Dr. B.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass ab 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit in der Gastronomie oder in einer vergleichbaren Tätigkeit bestehe (S. 13 unten) . Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es könne erwartet werden, dass eine konsequente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive medikamentöser Therapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes führen würde. Damit könne eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erreicht werden, allenfalls eine Präsenzzeit von acht Stunden pro Tag bei leicht eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Es sei dem Beschwerdeführer im Sinne einer Schadenminderungspflicht durchaus zuzumuten, eine regelmässige psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen (S.

14 oben/

Mitte) .

Mit Bericht vom 28. September 2009 ( Urk. 7/44) nahm Dr. B.\_\_\_\_ Stellung zu ergänzenden Fragen der Beschwerdegegnerin. Er hielt zusammenfassend fest, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überwiegend durch psychosoziale Faktoren und eine ausgewiesene schlechte Behandlungssituation bestimmt sei .

Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich durch eine adäquate antidepressive Medikation nachweislich verbessert. Die Möglichkeiten einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien also bei weitem noch nicht ausgeschöpft (S. 2 unten) . 3 .5

Die Ärzte der Einrichtung C.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 25. Mai 2011 zuhanden der Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/72/1-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - schizotype Störung, bestehend seit mehreren Jahren

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, bestehend seit März 2005 - Dysthymia, diagnostiziert von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_

Aktuell bestehe eine mittel- bis schwerwiegende Symptomatik ohne Anzeichen einer Verbesserung. Seit der letzten Beurteilung durch die Einrichtung C.\_\_\_\_ im Jahr 2007 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers massiv verschlechtert. Er nehme die Termine in der Einrichtung C.\_\_\_\_ nur sporadisch wahr. Der Verlauf der letzten drei Jahre habe gezeigt, dass eine zielführende Psychotherapie-Vereinbarung aufgrund der schweren psychischen Erkrankung nicht möglich sei. Eine medikamentöse Behandlung habe trotz wiederholter Bemühungen nicht installiert werden können ( Ziff. 1.4). Als Einschränkungen wurden die schwere psychische Erkrankung, eine kognitive Einschränkung, eine verminderte Belastbarkeit und ein nahezu vollständiger sozialer Rückzug angegeben. Es bestünden eine deutlich verminderte Konzentrationsfähigkeit und Auffassungsgabe; der Beschwerdeführer könne sich Aufgaben nicht merken, könne in sozialen Situationen nicht adäquat reagieren. Er sei antriebslos und es liege eine massiv herabgesetzte Leistungsfähigkeit vor ( Ziff. 1.7). Die Frage, ob sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern liessen, wurde verneint ( Ziff. 1.8).

Der Beschwerdeführer zeige ausgeprägte Beeinträchtigungen durch depressive und psychotische Symptome. Er lebe

sozial zurückgezogen und befinde sich an der Grenze zur Verwahrlosung. Eine berufliche Reintegration sei nicht zumutbar. Zusammenfassend sei in Anbetracht der Vorbefunde – insbesondere des Gutachtens vom Dezember 2008, in welchem lediglich die Diagnose einer Dysthymie und daraus resultierend eine hinsichtlich der beruflichen Wiedereingliederung aus heutiger Sicht zu optimistische Prognose genannt worden sei – festzustellen, dass sich der aktuelle Befund deutlich verschlechtert habe.

Die gesamthafte Beurteilung der aktuellen Psychopathologie, der sozialen Behinderung mit Verwahrlosung und des fehlenden Ansprechens auf die Behandlung zeige eine aus heutiger Sicht

100 % arbeitsunfähigen Patienten, der am ehesten an einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Schizophrenie leide ( Ziff. 1.11) . 3 .6

Mit Gutachten vom 30. September 2011 ( Urk. 7/75) nannte Dr. B.\_\_\_\_ die selbe Diagnose wie im früheren Bericht vom 6. Dezember 2008 (S. 6 Mitte) . Zum psychopathologischen Befund führte er aus, Aufmerksamkeit und Konzentration seien während der Untersuchung deutlich eingeschränkt, die Auffassung sei nicht sicher beurteilbar, der Antrieb deutlich vermindert. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer deutlich verlangsamt, das Verhalten passiv, abwartend. Das Denken sei formal stark verlangsamt, umständlich, schwerbesinnlich, mit Grübeln, Gedankenkreisen und wiederholten Gedankenabbrüchen. Er habe fragliche Derealisationserlebnisse, paranoid anmutende Ideen, ohne ein Gefühl der Bedrohung oder Beeinträchtigung. Affektiv sei der Beschwerdeführer mittel schwer deprimiert und affektstarr, misstrauisch, distanziert, ratlos; die affektive Modulationsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Der Beschwerdeführer klagt über Lustlosigkeit, Unfähigkeit, Freude zu empfinden und Zukunftsängste. Er lebe sozial völlig isoliert, regelmässige Kontakte bestünden nicht. Er äussere ein Gefühl des Lebens überdrusses, konkrete Suizidabsichten würden verneint (S. 6 oben).

Diagnostisch könne weiterhin von einer Dysthymia ausgegangen werden. Eine Schizophrenie, wie sie im Bericht der Ärzte der Einrichtung C.\_\_\_\_ angenommen worden sei, müsse differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden (S. 7 oben). Im vorliegenden Fall sei es schwierig, alle möglichen Faktoren, welche am Krankheitsgeschehen beteiligt seien, auseinander zu halten und zu werten (S. 7 Mitte).

Krankheitsbedingte und psychosoziale Faktoren

sowie persönliche Verhaltensmuster hätten in einem Wechselspiel zu einer Selbstlimitierung und in der Folge zu einer Dekonditionierung und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt . In der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit.

Eine eventuell noch zu erreichende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne nur durch eine verbesserte Tagesstruktur in Form eines Arbeitstrainings , einer Arbeit in geschütztem Rahmen oder eines tagesklinischen Programms erfolgen . Eine regelmässige psychiatrische Behandlung sei dem Beschwerdeführer aufgrund der Schadenminderungspflicht zumutbar (S. 8 Mitte) .

Im Vergleich zur Begutachtung im Dezember 2008 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nochmals weiter verschlechtert. Auf Grund des Verlaufs, des Arztberichtes der Ärzte der Einrichtung C.\_\_\_\_ vom Mai 2011 und der aktuellen Befunde bestehe heute keine Arbeitsfähigkeit mehr. In diesem Sinne müsse der psychische Gesundheitszustand aus heutiger Sicht pessimistischer beurteilt werden, wobei die Gründe (krankheitsbedingt, psychosozial) nicht sicher abgegrenzt werden könnten (S. 9 f.). Eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die freie Wirtschaft könne nicht sicher ausgeschlossen werden, sei aber nach diesem Verlauf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu erwarten (S. 10 f.). Auf die Frage, ob die Schadenminderungspflicht im Sinne einer intensiven fachärztlichen Therapie inklusive Compliance-Kontrolle durchgeführt worden sei oder ob eine krankheitsbedingte Non-Compliance angenommen werden müsse, gab er an, dies sei nicht mit Gewissheit zu beantworten. Die Abgrenzung zwischen einer krankheitsbedingten Non-Compliance und den Folgen einer fortgeschrittenen Dekonditionierung bei Vereinsamung durch fehlende soziale Beziehungen sei schwierig vorzunehmen. Für den Beschwerdeführer wäre es vielleicht ein facher, an einem geregelten tagesklinischen Programm teilzunehmen als Termine für Einzelsitzungen einhalten zu müssen (S. 11 Mitte). 3.7

Die Ärzte der psychiatrisch-psychologischen Klinik G.\_\_\_\_ (vormals psychiatrisch-psychologische Einrichtung C.\_\_\_\_) berichteten am

4. April 2012 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (Urk. 7/76), dass die Verlaufsbeobachtung zeige, dass es sich um eine chronifizierte Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis mit ausgeprägter Negativsymptomatik und intermittierenden Halluzinationen handle. Es handle sich eindeutig um eine krankheitsbedingte Non-Compliance.

Der Beschwerdeführer zeige sich aktuell motiviert für eine Therapie und sei auch bereit, eine Medikation (Risperdal) auszuprobieren. Er sei gegenwärtig und bis auf weiteres 100 % arbeitsunfähig. 3.8

Die Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ führten im Bericht zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 13. April 2012 (Urk. 3/4) aus, eine intensive fachärztliche psychiatrische Behandlung sei aufgrund der gestellten Diagnose zumutbar. Diese Auflage könne gemacht werden. Betreffend Medikation sei zu beachten, dass ein Drittel aller Patienten Non-Responder auf Risperdal seien. Diesbezüglich sei keine Auflage gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer sei nicht erwerbsfähig und er werde es wohl auch bleiben. 4.4.1

Streitgegenstand bildet vorliegend nicht die erste Invaliditätsbemessung, sondern allein die verfügte Aufhebung der laufenden Rente. 4.2

Dem Beschwerdeführer wurde mit Schreiben vom 28. Mai 2009 eine Schadenminderungspflicht betreffend intensive psychiatrisch - fachärztliche Therapie auferlegt (Urk. 7/34). Gleichzeitig wurde ihm angedroht, falls er sich der Therapie nicht unterziehe, werde sein Rentenanspruch so beurteilt, wie wenn diese durchgeführt worden wäre. Dies könne zur Einstellung oder Kürzung der Rente führen (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Der Beschwerdeführer steht unbestritten ermassen seit dem 24. August 2007 in der Einrichtung C.\_\_\_\_ in sozialpsychiatrischer und supportiver Behandlung, wobei er die Termine nur sporadisch wahrnimmt und eine medikamentöse Behandlung nicht installiert

werden konnte (vgl. Bericht der Ärzte der Einrichtung C.\_\_\_\_ vom Mai 2011, Urk. 7/ 72/1-7 Ziff.

## **E. 6**

.2 und Ziff.

## **E. 6.3**

;

Urk. 7/ 11/1-2 ; Urk. 7/ 12 ). Am 29. August 2007 meldete sich der Versicherte zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung an (Urk. 7/ 6).

## **E. 08**

erstattet wurde ( Urk. 7/ 18 ). Nach durch geführtem Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 7/22; Urk. 7/27) holte die IV-Stelle ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. B.\_\_\_\_ ein ( datierend vom 6. Dezember 2008, Urk. 7/31).

In der Folge auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten eine Schadenminderungspflicht betreffend intensive psychiatrisch fachärztliche Therapie (Schreiben vom 28. Mai 2009, Urk. 7/34) und sprach

ihm – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (vgl. Urk. 7/36; Urk. 7/42) – mit Verfügung vom 25. Januar 2010 eine Dreiviertelsrente ab dem 1. August 2008 zu ( Urk. 7/48 und Urk. 7/55).

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