

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00377 vom 29. September 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00377](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00377)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00377 du 29 septembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00377 del 29 settembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht aufgehoben wurde.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 1.3**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art.

### **E. 1.4**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen ; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff. ).

### **E. 1.5**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss

Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dabei 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).

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).

### **E. 1.6**

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).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde ( Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt ( Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzu stellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2,

mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

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 anzu geben, 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.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 26. April 2013 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Eingabe vom 26. Februar 2014 beantragte der Beschwerdeführer die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 9). Mit

Stellungnahme vom 26. April 2013 (richtig: 26. März 2014) hielt der Beschwerdeführer an seinen beschwerdeweise gestellten Anträgen fest (Urk. 10).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Stellungnahme vom

7. Mai 2014 erneut die Abweisung der Beschwerde (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer am 12. Mai 2014 angezeigt wurde (Urk. 15).

#### **E. 2.1**

Zunächst gilt es zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (oder dessen erwerbliche Auswirkungen) seit der letzten Rentenrevision, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches beruhte (vgl. E. 1.6), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2013 wesentlich verbessert hat.

#### **E. 2.2**

Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend feststellte (vgl. Urk. 6), wurde der Rentenanspruch des Beschwerdeführers letztmals im Rahmen des im November 2006 eingeleiteten Revisionsverfahrens, das mit Mitteilung vom 26. Oktober 2007 abgeschlossen wurde,

einer umfassenden materiellen Prüfung unterzogen (vgl. Feststellungsblatt vom 26. Oktober 2007, Urk. 7/208). Bei Erlass der Mitteilung vom 26. Oktober 2007 stützte sich die Beschwerdeführerin in medizinischer Hinsicht auf

den Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 12. Dezember 2006 (Urk. 7/194) und in erster Linie auf das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. E.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2007 (Urk. 7/207).

### **E. 2.2.1**

Dr. C.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom

12. Dezember 2006 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1)

einen Status nach offener Unterschenkeltrümmerfraktur und (2) eine mässig reaktive depressive Reaktion. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine rezidivierende Refluxösophagitis. Sie gab an, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (als Mitarbeiter in einem Reifenlager) weiterhin zu 100% arbeitsunfähig sei. Sein Gesundheitszustand sei stationär

(Urk. 7/194).

### **E. 2.2.2**

Dr. D.\_\_\_\_ und lic. phil. E.\_\_\_\_ diagnostizierten im Gutachten vom 8. Oktober 2007 (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und (2) eine mittelgradige Depression (ICD-10 F32.1). Als Nebendiagnose erwähnten sie ein Suchtverhalten (schädlicher Gebrauch verschiedener psychotroper Substanzen [Alkohol und Tramal]; ICD-10 F19.1). Sie erklärten, dass seit der Berentung des Beschwerdeführers (per 1. November 1997) weder in der angestammten noch in einer behinderungsgerechten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit bestanden habe (Urk. 7/207/13).

### **E. 2.3**

.3

Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ stellten im interdisziplinären Gutachten vom 5. April 2012 folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/232/11): (1) unfallbedingte (13. November 1996) Folgeschäden im Bereich des rechten Beines: - antero-mediale Kniegelenksinstabilität rechts - Parese Unterschenkel rechts nach Muskelläsionen durch Überrolltrauma, Status nach Logensyndrom und Läsion des Nervus

peroneus

profundus rechts - weichteilbedingte Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks rechts für die Dorsalextension - leichtgradige Arthrose des oberen Sprunggelenks rechts

(2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (3) eine rezidivierende depressive Störung, leichtgradige Episode (4) akzentuierte Persönlichkeitszüge (5) lange Phase von Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Probleme, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. B.\_\_\_\_ Als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 7/232/11): (1) ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Unterschenkels - nicht ausreichend somatisch abstützbar - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Nervosität (2) ein Nikotinkonsum von ca. 30 pack years (3) eine Schwerhörigkeit beidseits (4) Senk- und Spreizfüsse (5) anamnestic ein Reizmagen-Syndrom

Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ gaben in der interdisziplinären Beurteilung an, dass der Beschwerdeführer die vor dem Unfall ausgeübte berufliche Tätigkeit ( als Mitarbeiter in einem Pneu-lager ) nicht mehr ausüben könne . Eine angepasste Verweistätigkeit erfahre eine 15%ige Einschränkung der Zumutbarkeit (Urk. 7/233/2).

#### **E. 2.3.2**

Dr. Z.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 14. April 2011 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende, zum Teil chronifizierte depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), (2) eine ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und (3) ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach einem Unfall im Jahre 1996. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er keine. Er erklärte, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schlosser bereits seit Behandlungsbeginn bei ihm am 14. Februar 2003 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit in der freien Wirtschaft sei ihm nicht möglich ( Urk. 7/224/1-3).

#### **E. 2.3.4**

Dr. med. F.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. G.\_\_\_\_ , klinischer Psychologe und Supervisor, vom Medizinischen Zentrum K.\_\_\_\_

stellten in der an den Beschwerdeführer gerichteten Stellungnahme vom 8. Januar 2014 folgende Diagnosen ( Urk. 11/1 S. 3 ) : (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1) (2) eine Alkoholabhängigkeit (ICD-

#### **E. 2.30**

(Fr. 52'502.70 x 0.75), demzufolge eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'393.85 und somit auch dann ein noch nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet

36 % ( Fr. 22'393.85 : Fr. 61'776.15 ) resultieren würde (vgl. E. 1.5).

Die Rente des Beschwerdeführers wurde demnach mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. März 2013 zu Recht aufgehoben. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6 .

6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist der Beschwerdeführer bedürftig ( Urk. 11/2-5 ). Antragsgemäss ( Urk. 1) ist ihm deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Da zudem die anwaltliche Vertretung des Beschwerdeführers geboten war, ist ihm Rechtsanwalt Dr. Walter Keller

ab Gesuchsdatum

als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Rechtsanwalt Dr. Keller machte in seiner Honorar note vom 1. September 2014 ( Urk. 18 ) ab dem 26. Februar 2014 einen Aufwand von 3

Stunden und 55 Minuten und Barauslagen von 3 % der Gebühr geltend. Beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert so eine Entschädigung von Fr. 871.40 (inkl. Barauslagen und MWSt ; vgl. § 28 lit . a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer , in Verbindung mit Art. 119 Abs. 4 der Schweizerischen Zivilprozessordnung; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_83/2008 vom 9. Dezember 2008 E. 4.2.4). 6 .3

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten ( §

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin ging im Rahmen der Rentenaufhebung davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine der Behinderung angepasste Tätigkeit zu 85 % zumutbar sei ( Urk. 2). Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_

vom 5. April 2012 (Urk. 7/232, Urk. 7/233 und Urk. 7/234 ).

#### **E. 3.2**

Im internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 5. April 2012

legte Dr. A.\_\_\_\_

– in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten - dar, dass der Beschwerdeführer ein leichtgradiges

pedogenes Schonhinken rechts präsentierte. Dieses sei multifaktoriell bedingt und resultiere aufgrund einer leichtgradigen Bewegungseinschränkung für die Dorsalextension des rechten Fusses im oberen Sprunggelenk, eines Status nach Logensyndrom und einer Muskelhypotrophie . Die Bewegungseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks für die Dorsalextension stehe im Zusammenhang mit einer leichtgradigen Arthrose des oberen Sprunggelenks, die aktuell in den ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen des rechten Fusses zur Darstellung gelange , und mit Weichteilverformungen respektive den Vernarbungen nach den wiederholten Eingriffen im Bereich des rechten Unterschenkels. Die Parese des rechten Unterschenkels resultiere aufgrund von Weichteilverletzungen, die unmittelbar durch das Überrolltrauma verursacht seien, einem Status nach Logensyndrom und einer Läsion des Nervus

peroneus

profundus rechts. Die Muskelläsionen würden mit einer Parese , entsprechend M4 bis M5, die betonte die Dorsalextension des rechten Fusses und der rechten Grosszehe betreffen würde , einhergehen. Aufgrund der Paresen für die Dorsalextension der rechten Grosszehe resultiere ein aktives Streckdefizit für das Endglied , so dass die rechte Grosszehe

spontan eine Flexionshaltung im IP-Gelenk aufweise. Im neurologischen Konsiliumsbericht vom 28. Februar 2001 werde die leichtgradige

residuelle Schädigung des rechten Nervus

peroneus

profundus bestätigt, wobei damals keine relevante motorische Läsion festgestellt und auf einen Folgezustand nach einem

Logensyndrom hingewiesen worden sei. Wegen des pedogenen Schonhinkens rechts resultiere zudem eine leichtgradige Muskelhypotrophie der Oberschenkelmuskulatur rechts, die aber derart diskret ausgeprägt sei, dass sie nicht mit einer Parese einhergehe und sich ausschliesslich mit einer Verringerung des Oberschenkelumfangs rechts von 1 cm im Vergleich zur linken Seite äussere. Die Röntgenaufnahmen der Fussstrukturen würden posttraumatische Veränderungen der distalen Fibula und der Tibia dokumentieren, ohne dass eine relevante Achsenfehlstellung resultiere, sowie eine mittelgradige Spreizfusskomponente, entsprechend dem klinischen Eindruck. Bezüglich der Spreizfusskomponente schildere der Beschwerdeführer derzeit keine typischen Beschwerden. Wahrscheinlich unfallbedingt sei des Weiteren die antero-mediale Instabilität des rechten Kniegelenkes. Diesbezüglich würden die Röntgenaufnahmen der Kniegelenke beidseits normale Gelenkkompartimente und ausschliesslich rechtsseitig einen Ossikel im Bereich des Prozessus

intercondylaris dokumentieren. Eine relevante Gonarthrose könne aktuell, klinisch und konventionell-radiologisch beurteilt, nicht objektiviert werden (Urk. 7/232/13).

Dr. A. \_\_\_ kam gestützt auf diese Untersuchungsergebnisse zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit in einem Pneuallergien nicht mehr zumutbar sei. Für angepasste Verweistätigkeiten

–

leichtgradig körperlich belastende Arbeiten in einem temperierten Raum, welche die Möglichkeit lassen würden, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, und die nicht mit dem Gehen auf unebenem Untergrund, Bestiegen von Leitern, repetitivem Zurücklegen von Gehdistanzen über 500 Metern sowie repetitivem Einnehmen einer kauenden Körperhaltung verbunden seien (vgl. Urk. 7/232/20), – bestehe aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/232/13-14). Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Untersuchung vom 22. März 2012

erscheint angesichts der genannten Befunde plausibel und einleuchtend.

### **E. 3.3**

Seit wann genau dem Beschwerdeführer

eine behinderungsangepasste Tätigkeit aus somatischer Sicht wieder vollumfänglich zumutbar war - Dr. A. \_\_\_

ging nach ausführlicher

Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte von März 1999 (Ende der postoperativen Rehabilitationsphase nach dem Eingriff vom 18. August 1998)

aus ( Urk. 7/232/15 und Urk. 7/233/1 ) - , muss vorliegend nicht näher erörtert werden. Denn angesichts der medizinischen Aktenlage ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens seit dem 22. Mai 2001, als er zum zweiten Mal von Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_, FMH Chirurgie, untersucht wurde ( Urk. 7/61/48-51) und dieser ihm – wie bereits im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung vom 7. September 2000 ( Urk. 7/61/140-143) - eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert e , aus somatischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht mehr eingeschränkt war . Ärztliche Berichte, wonach sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers daraufhin noch erheblich verschlechtert hätte, sind nicht aktenkundig.

Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente wurde von der Beschwerdegegnerin in der Folge mit Verfügung vom 22. Mai 2002

(vgl. Stellungnahme von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 20. April 2001, Urk. 7/94, und Feststellungsblatt vom 27. März 2002, Urk. 7/131) und Mitteilung

vom 26. Oktober 2007 (vgl. Stellungnahmen von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst [RAD] vom 21. Juni und 15. Oktober 2007 , Urk. 7/208/2-3)

deshalb bestätigt, weil er inzwischen

aus psychischen Gründen zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig war . Unter diesen Umständen musste sich Dr. A.\_\_\_\_ vorliegend selbstverständlich nicht darüber aussprechen, inwiefern

seit der letztmaligen Rentenrevision vom 26. Oktober 2007 eine wesentliche Änderung des somatischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers

eingetreten ist.

#### **E. 3.4**

). All dies spricht dafür, dass es sich beim Beschwerdeführer um eine arglose und gewandte Person handelt, weshalb einer Selbsteingliederung trotz des Rentenbezugs während 15 ½ Jahren objektiv nichts entgegensteht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2 und 9C\_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3) . 5.

Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 15 % (vgl. Urk. 2 S. 2). Die Grundlagen des Validen- und Invalideneinkommens wurden vom Beschwerdeführer dabei nicht in Zweifel gezogen. Für eine nähere Überprüfung von Amtes wegen besteht kein Anlass (BGE 125 V 413 E. 1b und E. 2c) . Darauf hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang einzig noch , dass selbst bei

Gewährung des maximal zulässigen, sogenannten Leidensabzuges von 25 % (vgl. dazu BGE 126 V 76) ein Invalideneinkommen von Fr. 39'38

#### **E. 3.5**

Der Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 14. April 2011 ( Urk. 7/224) vermag die überzeugenden Darlegungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen. So fällt

insbesondere auf, dass Dr. Z.\_\_\_\_ in diesem Bericht nach wie vor von einer sozialen Isolation des Beschwerdeführers sprach und mit keinem Wort erwähnte , dass dieser

inzwischen wieder verheiratet und Vater dreier Kinder ist . Des Weiteren wies Dr. Z.\_\_\_\_ auch nicht darauf hin, dass die Therapiesitzungen offenbar nur noch in grossen Zeitabständen (alle fünf bis sechs Wochen , vgl. E. 3.4) stattfinden . Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen ( vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

Des Weiteren können auch die in der Stellungnahme des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2014 ( Urk. 11/1) genannten, wenig substantiierten Einwände den Beweiswert des Gutachtens von Dr. B.\_\_\_\_ nicht erschüttern. Unzutreffend ist

insbesondere der Vorwurf, die Exploration bei Dr. B.\_\_\_\_ habe lediglich 15 Minuten gedauert. Denn dem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 22. März 2012 von 15.15 bis 16.35 Uhr untersucht wurde ( Urk. 7/234/1). Weiter ist auch falsch, dass der Arbeitsversuch als Dolmetscher gescheitert sei (vgl. IK-Auszug vom 9. Dezember 2010, Urk. 7/219 ).

### **E. 3.6**

Es ist somit festzuhalten, dass gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ seit der letztmaligen Rentenrevision vom 26. Oktober 2007

eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist , und dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer

in einer behinderungsangepassten Tätigkeit

daher nachvollziehbarerweise als zu 85 % arbeitsfähig erachtete. 4.

#### 4.1

Im Weiteren ist zu prüfen , ob vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2013

Eingliederungsmassnahmen hätten durchgeführt werden müssen oder ob dem Beschwerdeführer die Selbsteingliederung auf dem Arbeitsmarkt möglich ist . 4.2

Gemäss bundegerichtlicher Rechtsprechung setzt eine rentenbestimmende Invaliditätsbemessung auch im Revisionsfall ( Art. 17 ATSG) voraus, dass angezeigte Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind. Dementsprechend muss der Eingliederungsbedarf im Falle einer Revision in gleicher Weise wie im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung abgeklärt werden. Diese Praxis ist jedoch auf Sachverhalte zu beschränken, in denen die Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente einer versicherten Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt hat oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbst wieder einzugliedern.

Dieser Prüfungsschritt zeitigt nur dort keine administrativen Weiterungen, wo die gegenüber der Eingliederung vorrangige Selbsteingliederung direkt zur rentenausschliessenden

arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des Leistungsvermögens führt. Das ist namentlich der Fall, wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht, vor allem wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte (Urteile des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2) 4.3

Da der Beschwerdeführer seit 15 ½ Jahren eine ganze Rente der Invalidenversicherung bezog, gehört er grundsätzlich zum erwähnten, vom Bundesgericht besonders geschützten Bezügerkreis. Vor dem Hintergrund der massgeblichen Aktenlage kann allerdings

nicht gesagt werden, es falle beim gegebenen medizinisch-theoretischen Zumutbarkeitsprofil auf dem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt keinerlei Anstellung mehr in Betracht. So ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass der gut Hochdeutsch sprechende Beschwerdeführer (vgl. Urk. 7/232/2) im Zeitpunkt der Rentenaufhebung erst 40-jährig war und dass er bereits seit mehreren Jahren – wenn auch in einem kleinen Pensum – beim Bundesamt für Migration als Übersetzer tätig ist (Urk. 7/219 und Urk. 7/232/3). Weiter ist aktenkundig, dass er intensiven Kontakt zur eigenen Familie pflegt, längere Strecken mit dem Auto fahren kann und regelmässig nach Kosovo in die Ferien reist (vgl. E.

## **E. 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

## **E. 10**

F10.26) (3) eine Störung durch Tabak (ICD-10 F17.25) (4) ein chronisches Schmerzsyndrom Unterschenkel rechts (5) Schmerzen Schultern beidseits (6) Schmerzen Hüfte beidseits

Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ erklärten, dass der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk.

## **E. 11**

/1 S. 4). 3.

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst  
Kreyenbühl

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