

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00179 vom 20. Mai 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-05-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00179

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00179 du 20 mai 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00179 del 20 maggio 2016

Erwägungen

E. 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). 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer 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).

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.

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 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.

E. 1.3

) und der 2009 zuerkannte Rentenanspruch besteht weiter.

Mit dieser Feststellung ist, in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, die angefochtene Verfügung aufzuheben. 5.6

Wie sich Gesundheitszustand, Arbeitsfähigkeit und Invaliditätsgrad nach Januar 2014 entwickelt haben, wird von der Beschwerdegegnerin zu beurteilen sein und ist nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Immerhin erscheinen dazu die folgenden Ausführungen angezeigt. 5.7

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, die im Gerichtsgutachten diagnostizierte depressive Störung beruhe hauptsächlich auf - im Gutachten nicht diskutierten

- psychosozialen Faktoren, und die festgestellten Beeinträchtigungen könnten auch Folge der Alkoholproblematik sein (vorstehend E. 2.1).

Dem kann nicht gefolgt werden:

Psychosoziale Faktoren sind dann unbeachtlich, wenn die Beeinträchtigungen darin aufgehen; verdichten sich die Beeinträchtigungen hingegen zu einer fachmedizinisch diagnostizierten Gesundheitsstörung, ist diese sehr wohl anspruchrelevant (vgl. BGE 127 V 394 E.

5a). Dies trifft hier zu, wurde doch aus psychiatrischer Sicht eine schwere depressive Episode diagnostiziert (vorstehend E. 4.2). Sodann wurde im Gutachten sorgfältig zwischen der depressiven Problematik und der Alkoholabhängigkeit unterschieden. Von total 13 psychopathologischen Befunden waren nur deren zwei einzig mit der Suchterkrankung assoziiert, deren acht hingegen einzig mit der depressiven Störung, aus denen sich auch unabhängig von der Alkoholproblematik wesentliche Einschränkungen ergaben (vorstehend E.

4.4). Die Behandlung der Thematik entspricht damit vollumfänglich den entsprechenden Anforderungen der Rechtsprechung (vorstehend E.

1.2), so dass die getroffenen Feststellungen für die Anspruchsprüfung verwendet werden können. Sie finden übrigens ihre Bestätigung im Austrittsbericht der Klinik D.____, wo der Suchtmittelkonsum als sekundäre Folge unter anderem der Depression eingestuft wurde (vorstehend E. 4.9). 5.8

Für die Zeit nach dem Erlass der hier beurteilten Verfügung ist somit davon auszugehen, dass während der Hospitalisation in der Klinik D.____ (10. April bis 3. Juni

2014) und im Zeitpunkt der Begutachtung (Mai 2015) infolge der psychischen Beeinträchtigungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand. Wie es sich in den weiteren Zeitabschnitten verhalten hat, dürfte sich allenfalls aus den Aufzeichnungen des Hausarztes sowie Berichten über eine allfällige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erschliessen lassen. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- bis Ende 2014 und sodann Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessenweise auf Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 6.3

Die Kosten für das vom Gericht eingeholte Gutachten von Fr. 7'483.95 (Urk. 30), Fr. 6'762.40 (Urk. 31), Fr. 398.-- (Urk. 32), und Fr. 7'608.-- (Urk. 41), mithin Total Fr. 22'252.35 , sind der Gerichtskasse von der Beschwerdegegnerin zu er statten.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Januar 2014 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- 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. 3'200 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Gesamtbetrag von Fr. 22'252.35 zu erstatten . 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marcel Bühler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage von Kopien der Urk. 30-32 und 41 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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

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

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

E. 1.4

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).

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

4. März 2014 (Urk. 6) die teilweise Gutheissung im Sinne einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen.

Das Gericht veranlasste daraufhin ein polydisziplinäres Gutachten, das am 11. Dezember 2015 erstattet wurde (Urk. 36). Dazu nahmen die Parteien am 3. Februar 2016 (Urk. 43) und am 4. Februar 2016 (Urk. 44) Stellung, was ihnen am 8. Februar 2016 je zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 45). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine - näher umschriebene - angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 80 % zumutbar, womit kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad mehr resultiere (Urk. 2 S. 2 oben).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) stufte sie die medizinische Beurteilung im Z. ____ -Gutachten, auf welche sie abgestellt hatte, als nicht ohne weiteres nachvollziehbar ein (S. 1) und erachtete weitere medizinische Abklärungen als angezeigt (S. 2 Ziff. 3).

Zum eingeholten Gerichtsgutachten nahm sie wie folgt Stellung (Urk. 43): Im Februar 2013 sei die depressive Störung vollständig remittiert gewesen und es habe eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Ende 2013 habe der Beschwerdeführer wieder zu trinken begonnen und eine erneute depressive Episode sei wegen der Rentenaufhebung anfangs 2014 entstanden (S. 1 Ziff. 1). Die diagnostizierte depressive Störung basiere im Wesentlichen auf psychosozialen Faktoren, die zudem im Gutachten weder diskutiert noch ausgeklammert worden seien (S.

2 oben). Es finde seit Monaten keine Behandlung mehr statt, was nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hindeute beziehungsweise zumindest als inkonistentes Verhalten anzusehen sei. Ausserdem habe keine adäquate Behandlung stattgefunden (S. 2 Ziff. 3). Die festgestellten Störungen könnten auch Folge der Alkoholisierung sein, was nicht für eine vom Alkohol unabhängig bestehende schwere depressive Störung spreche (S. 2 Ziff. 3). Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wieder mehr soziale Kontakte und Aktivitäten pflegen würde, wenn er abstinent wäre (S. 2 Ziff. 4). Die gutachterliche Schlussfolgerung einer vollen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten sei, zumindest aus versicherungsrechtlicher Sicht, nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerde abzuweisen sei; eventuell wäre die Sache zur Auferlegung einer Entzugsbehandlung zurückzuweisen (S. 3 Ziff. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 44), allein aus psychischer Sicht sei ihm von den Gutachtern eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden (S. 2 Mitte). Bei der Rentenzusprache

im Jahr 2009 sei der psychische Gesundheitszustand gar nicht berücksichtigt worden (S. 3 oben). Die Knieproblematik sodann habe sich im Zeitverlauf verschlechtert (S. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich, wie von der Beschwerdegegnerin angenommen, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung soweit verbessert hatte, dass kein Rentenanspruch mehr bestand. Massgeblicher Vergleichszeitpunkt (vorstehend E.

1.4) ist dabei die ursprüngliche Rentenzusprache im November 2009. 3. 3.1

Am 6. Februar 2008 erstatteten die Ärzte der Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/29). Darin nannten sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 6.1): - beginnende Pgonarthrose rechts - Status nach Kniedistorsion rechts am 7. April 2002 - Status nach arthroskopischer lateraler Teilmeniskektomie

Hinterhorn bis mittleres Drittel rechts am 3. Juni 2002 - Status nach arthroskopischer Nachresektion lateraler Meniskus, mittleres Drittel bis Vorderrand und Bridie -Bohrungen respektive Mikrofractures an der Trochlea

femoris am 1. Februar 2005 - Distorsion des rechten Knies am 4. Mai 2006 - mittelgradig depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Kon tusion (eventuell Fraktur) der Nasenwurzel am 24. Oktober 2006 mit Episoden von Nasen-, Gesichts- und Kopfschmerzen sowie anamnestisch ein Asthma bronchiale (S. 14 Ziff. 6.2).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur eines Kleinlastwagens im Vertrieb von Zeitungen und sonstigen Kioskartikeln bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Längerfristig scheine diese Tätigkeit aufgrund des Belastungsprofils für das Knie eher ungünstig (S. 17 f. Ziff. 7.2).

Für körperlich vorwiegend leichte, insbesondere das rechte Knie nicht übermässig belastende Tätigkeiten bestehe aus gesamtmedizinischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 75 % . Die psychische Störung sei unbehandelt und als reaktiv auf das berufliche Nichtintegriertsein zu verstehen und somit behandel- und verbesserbar und nicht einer langfristigen, bleibenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entsprechend. Für eine Verweistätigkeit seien näher ausgeführte Einschränkungen zu beachten. Ebenfalls käme jede körperlich leichte Tätigkeit in Frage, die vorwiegend im Sitzen absolviert werden könne, jedoch die Möglichkeit biete, gelegentlich die Position zu wechseln oder kurze Pausen einzulegen, um das Knie zu bewegen (S. 18 Ziff. 7.3). 3.2

Die Beschwerdegegnerin ging in der Folge, entsprechend der Stellungnahme des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. Juli 2008 (Urk. 7/47), von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in leidensangepasster Tätigkeit aus und sprach dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. November 2009 von November 2005 bis April 2006 eine halbe Rente, von Mai bis September 2006 eine ganze Rente und ab Oktober 2006

- bei einem Invaliditätsgrad von 45 % - eine Viertelsrente zu (Urk. 7/69). 4. 4.1

Am 1 1. Dezember 2015 erstatteten Dr. med. A.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Oberärztin, und Prof. Dr.

B.____ , Fach arzt für Allgemeine Innere Medizin, Klinikdirektor, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, C.____ , ein Gutachten im Auftrag des Gerichts (Urk. 36/1).

Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen sowie zusätzlich beschaffte Akten (S.

3 ff. ; vgl. Urk. 36/ 5), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 14 ff.), die von ihnen am 1 1. Mai

2015 erhobenen Befunde (S.

16), ein psychiatrisches (Urk. 36/2) und ein rheumatologisches (Urk. 36/3) Teilgutachten sowie ein pneumologisches (Urk. 36/4/6) und ein gastroenterologisches

(Urk. 36/4/7) Konsil . 4.2

Die Gutachterin und der Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 6.1): - mässige bis fortgeschrittene aktivierte Valgusgonarthrose rechts (femo ro tibial sowie

femoropatellär) - Status nach Kniedistorsion rechts am 7. April 2002 - Status nach Meniskusresektion lateral rechts am 3. Juni 2002 und 1. Februar 2005 - Status nach Pridie -Bohrungen an der Trochlea

femoris am 1. Februar 2005 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.21) - mittelschwere depressive Episode Erstdiagnose (ED) 2008 (Y.____ -Gut achten) - depressive Episode remittiert 2013 (Z.____ -Gutachten) - zweite mittelschwere depressive Episode

April 2014 (Hospitalisation

D.____) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein Asthma bronchiale (Erstdiagnose anamnestisch 1998), intermittierende Spannungskopfschmerzen, eine Adipositas WHO Grad I, eine Hepatopathie am ehesten bei Adipositas (DD äthylisch , medikamentös bedingt), chronisch intermittierende Oberbauchschmerzen, einen Status nach akuter Pankreatitis

April 2011 (DD Autoimmunpankreatitis, äthylisch bedingt), eine wahrscheinliche beginnende Arthrose des linken Knies , sowie beginnende Hüftarthrosen beidseits linksbetont (S. 17 f. Ziff. 6.2). 4.3

In ihrer Beurteilung (S. 18 ff. Ziff. 7.1) führten sie unter anderem aus, zwischen November 2009 und Mai 2015 habe der Explorand vorwiegend zu 60 % als Glasfaserkabel-Leger gearbeitet. Aufgrund der im Juni 2012 und Februar 2013 dokumentierten Befunde sei eine stete Verschlechterung der Kniegelenksarthrose zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung im Januar 2014 überwiegend wahrscheinlich. Die aktuelle rheumatologische Untersuchung bestätige die Diagnose einer mässigen bis fortgeschrittenen Kniearthrose rechts, welche aufgrund Schmerzen und deutlicher Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Knies

zur vollen Arbeitsunfähigkeit für alle kniebelastenden Tätigkeiten (z. B. Sicherheitsmitarbeiter, Kiosk-Lieferant, Taxi-Chauffeur, Glasfaserkabel-Leger) führe (S. 18 Mitte). 4.4

Aus psychiatrischer Sicht habe der Explorand gemäss dem Y. ____ -Gutachten 2008 erstmalig 2007 eine mittelschwere depressive Episode mit damals einer Arbeitsunfähigkeit von 40 %

entwickelt.

Aufgrund einer günstigen Prognose sei die depressive Episode bei der interdisziplinären Arbeitsunfähigkeits-Beurteilung 2008 jedoch nicht mitberücksichtigt worden. Zum Zeitpunkt des Z. ____ -Gutachtens 2013 sei die depressive Episode wieder vollständig remittiert und der Patient aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Zum Zeitpunkt der Rentenrevision und Rentenaufhebung im Januar 2014 habe somit überwiegend wahrscheinlich eine Verbesserung des Zustandsbilds vor gelegen. Nach der Rentenaufhebungsverfügung sei es jedoch zur Dekompensation mit Entwicklung einer zweiten depressiven Episode sowie vermehrtem Alkoholkonsum und deshalb stationärer psychiatrischer Behandlung zwischen April und Juni 2014 gekommen. Nach Wiederaufnahme seiner Arbeit als Glasfaserkabel-Leger nach Spitalaustritt im Juni 2014 sei dem Exploranden per Ende Mai 2015 die Stelle gekündigt worden. Die aktuelle psychiatrische Untersuchung habe die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig einer schweren Episode und eine Alkoholabhängigkeit feststellen können. Die im Rahmen dieser beider Störungen vorliegenden psychopathologischen Symptome führten zur vollen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (S. 18).

Die psychiatrischen Symptome könnten nicht alle eindeutig der Depression oder dem Alkoholabusus zugeordnet werden. Von den insgesamt dreizehn derzeit vorliegenden psychopathologischen Befunden seien nur die Alkoholentzugs- und Alkoholabhängigkeitssymptome einzig mit der Suchterkrankung assoziiert. Der vollständige soziale Rückzug, die Störung der Selbstpflege und die Konzentrationstörungen könnten durch die Alkoholabhängigkeit, die depressive Episode oder beides bedingt sein. Einzig auf die depressive Störung zurückführbar seien die Denkstörung mit übermässigem Grübeln, Affektstörung mit depressiver Stimmung, Interesse- und Freudeverlust, Selbstwertgefühlverlust, ausgeprägte Schuld- und Schamgefühle, Hoffnungslosigkeit, Antriebsarmut mit erhöhter Ermüdbarkeit, verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, erhöhte Basis suizidalität, Durchschlafstörung, Appetitstörung und Libidoverlust (S.

18 f.).

Wenn nur Symptome berücksichtigt würden, welche eindeutig durch die Depression bedingt seien, bestünden weiterhin mittlere bis schwere Beeinträchtigungen in verschiedenen Fähigkeitsbereichen, welche die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkten. Bei einer Alkoholkarenz alleine sei nicht zwingend von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, sofern sich die komorbide depressive Störung nicht ebenfalls verbessern würde. Allerdings sei davon auszugehen, dass eine Alkoholabstinenz einen günstigen Effekt auf die Prognose der depressiven Episode haben würde (S.

19 oben). 4.5

Aus internistischer Sicht bestünden zusammengefasst nur qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Asthma bronchiale mit Empfehlung für Arbeiten ohne (Mehl-) Staub- und Kälte- Exposition. Bezüglich der chronisch intermittierenden Bauchbeschwerden seien in erster Linie weitere Abklärungen empfohlen, eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit diesbezüglich sei unwahrscheinlich. Es bestünden aktuell keine Hinweise auf irreversible Organschäden aufgrund des regelmässigen Alkoholkonsums; ein Entzug werde empfohlen. Inwiefern die Fahrfähigkeit beeinträchtigt sei, müsste gegebenenfalls durch eine verkehrsmedizinische Untersuchung beurteilt werden (S. 20). 4.6

Gemäss der interdisziplinären Konsensbesprechung stünden die chronischen Kniebeschwerden bei progredienter rechtsseitiger Kniearthrose, die rezidivierende depressive Störung mit aktuell einer schweren depressiven Episode und die Alkoholabhängigkeit bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund und führten zur vollen Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (S.

20 Mitte). 4.7

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachterin und der Gutachter aus, es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Knieschmerzen bei Kniegelenksarthrose rechts sowie eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Folge der schweren depressiven Episode und der Alkoholabhängigkeit in der zuletzt angestammten Tätigkeit als Glasfaserkabel-Leger, ebenso eine volle Arbeitsunfähigkeit für die früheren Tätigkeiten als Sicherheitsmitarbeiter und als Kiosk-Lieferant (S. 20 Ziff. 7.2).

Zur Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten führten sie aus, aus rein rheumatologischer Sicht wäre medizinisch-theoretisch eine rein sitzende Tätigkeit während 8 Stunden pro Tag zumutbar. Dabei sollten stündlich 5-minütige Pausen zur Entlastung des rechten Kniegelenks im Sinne einer Wechselposition möglich sein. Ob der konditionelle Zustand des Exploranden längeres Sitzen zulasse, müsste jedoch vorher getestet werden (Arbeitsversuch). Die Möglichkeiten eines rein sitzenden Einsatzes dürften aufgrund der fehlenden Ausbildung/ Arbeits erfahrung des Exploranden jedoch stark limitiert sein. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorand aufgrund der schweren depressiven Episode und der Alkohol abhängigkeit aktuell für krankheitsadaptierte Tätigkeiten voll arbeitsunfähig. Die psychiatrischen Symptome können nicht alle eindeutig der Depression oder dem Alkoholabusus zugeordnet werden. Bei einer Alkoholka renz alleine sei nicht zwingend von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus zugehen, sofern sich die komorbide depressive Störung nicht ebenfalls verbessern würde. Aus internistischer Sicht seien Tätigkeiten im Tiefkühlbereich sowie mit (Mehl-) Staubexposition aufgrund des Asthma bronchiale ungünstig und sollten vermieden werden. Interdisziplinär besteht aktuell eine volle Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten primär aus psychiatrischer Sicht aufgrund der schweren depressiven Episode bei rezidivierenden depressiven Störung und der Alkohol abhängigkeit (S. 20 Ziff. 7.3).

Aus rheumatologischer Sicht habe die Arbeitsunfähigkeit mit kleinen Ausnahmen um die 50 % für die Arbeit als Kiosk-Lieferant seit September 2006 (gemäss Y.____ -Gutachten) und um die 40 % für die Arbeit als Glasfaserkabel-Leger seit September 2009 (gemäss der tatsächlichen Arbeitstätigkeit des Exploranden) betragen. Wiederholt sei jedoch darauf hingewiesen worden, dass diese beiden Tätigkeiten eine vermehrte Belastung für das rechte Knie erforderten und die Prognose schlecht sei. Deshalb sei im orthopädischen Teil des

Z.____ -Gutachten im Februar 2013 eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Glasfaser-Verleger in den nächsten 6 Monaten prognostiziert worden. Aktuell betrage die Arbeitsunfähigkeit für jegliche kniebelastende Tätigkeiten aufgrund der Kniearthrose 100% (S. 20 f. Ziff. 7.4).

Aus psychiatrischer Sicht habe gemäss Y.____ -Gutachten aufgrund der ersten depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % seit Dezember 2007 bestanden . Gemäss de m

Z.____ -Gutachten sei die Depression im Februar 2013 re mittiert gewesen und es habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden . Nach der Rentenaufhebungsverfügung sei es Anfang 2014 zur erneuten depressiven Episode mit zusätzlich regelmässigem A l k o h o l k o n s u m und z u r psychiatrischen Hospitalisation mit voller Arbeitsunfähigkeit zwischen April und Juni 2014 gekommen . Zwischen Juli 2014 und Mai 2015 habe der Explorand zwischen 20 und 50 % arbeiten können . Seit der Kündigung im Mai 2015 sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aufgrund der schweren depressiven Episode und des Alk o h o l a b u s u s überwiegend wahrscheinlich (S. 21 oben) .

Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit für die ursprüngliche Tätigkeit als Chauffeur (S. 23 Ziff. 2.1), als Glasfasernetz-Verleger (S.

23 Ziff. 2.2) und für alle Tätigkeiten (S.

23 f. Ziff. 2.3), dies primär aus psychiatrischer Sicht auf grund der schweren depressiven Episode bei rezidivierenden depressiven Störung en und der Alkoholabhängigkeit (S. 24 oben). 4.

E. 7

E.

2b; AHI 2002 S.

30 E.

2a, 2001 S.

228 f. E.

2b mit Hinweisen; Urteile des Bundes gerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E.

E. 8

Zum Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der Rentenzusprache vom November 2009 führten die Gutachterin und der Gutachter zu den Befun den (S. 24 Ziff. 3.1) aus, a u s r h e u m a t o l o g i s c h e r S i c h t z e i c h n e s i c h a u f g r u n d d e r A k t e n e i n e z u n e h m e n d e Verschlechterung der Kniegelenkbefunde ab; es sei deshalb von einer steten Verschlechterung auch nach November 2009 auszuge h e n, welche sich bis zum heutigen Datum fortgesetzt ha b e . Aufgrund der Akten erschein e es höchst unwahrscheinlich, dass im Januar 2014 eine gegenüber 2009 wesentliche und dauerhafte Besserung der Kniebeschwerden aufgetreten sei .

Aus psychiatrischer Sicht sei im Y.____ -Gutachten 2008 eine erste mittelschwere depressive Episode festgestellt , in der interdisziplin ä ren Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit im Y.____ -G utachten aber nicht mitberücksichtigt worden . Ge m ä s s d e m psychiatrischen Teil des Z.____ -Gutachtens von 2013 sei die depres sive Episode voll remittiert gewesen . Zum Zeitpunkt der Rentenrevision und Rentenaufhebung im Januar

2014 habe somit überwiegend wahrscheinlich eine Verbesserung des Zustandsbilds vorgelegen. Nach der Rentenaufhebung sei je doch eine zweite depressive Episode aufgetreten, so dass aktuell die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden könne. Im April 2014 sei zusätzlich ein Alkoholabhängigkeitssyndrom diagnostiziert worden, was den Gesundheitszustand des Exploranden insgesamt verschlechterte.

Aus internistischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache 2009 bis zur Rentenaufhebung in Ausklammerung der Kniearthrose und der psychiatrischer Erkrankungen nicht wesentlich verändert.

Hinsichtlich der Diagnosen führten sie aus (S. 24 f. Ziff. 3.2), aus rheumatologischer Sicht bleiben diese bezüglich des rechten Knies dieselben, nur habe sich das Ausmass des Schadens verschlimmert.

Aus psychiatrischer Sicht sei die erste depressive Episode 2013 remittiert gewesen. Nach der Rentenaufhebungsverfügung

habe der Explorand im Januar 2014 eine zweite depressive Episode entwickelt, so dass aktuell die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden könne. Zusätzlich besteht zirka seit April 2014 ein Alkoholabhängigkeitssyndrom. Aus internistischer Sicht bleibt die Diagnose des Asthma bronchiale unverändert bestehen. Neu habe der Explorand 2011

eine Episode einer akuten Pankreatitis gehabt, welche im Verlauf ausgeheilt sei. 4.9

Vom 10. April bis 3. Juni 2014 hatte der Beschwerdeführer in der Klinik D. ___ gewohnt, worüber am 3. Juni 2014 berichtet worden war (Urk. 36/5/6). Im Austrittsbericht wurden folgende psychiatrische Diagnosen und Belastungsfaktoren nach ICD-10 genannt (S. 1 Mitte): - mittelgradige depressive Episode, F32.1 - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, F10.2

Als somatische Diagnosen wurden ferner genannt ein Verdacht auf abgeheilte Autoimmunpankreatitis (Erstdiagnose 2011, CT Abdomen Oktober 2013 unauffällig), eine leichtgradige Refluxösophagitis, eine Obstipation vom Slow Transit Typ, eine Gonarthrose rechts bei Status nach lateraler Meniskusresektion sowie eine Lebersteatose (S.

1 Mitte). Gemäss den Angaben des Patienten habe dieser nach der Aufhebung der bisher ausgerichteten Rente sein Arbeitspensum auf 100 % erhöht, dies aber nicht bewältigen können. Seit Oktober/November sei es zu einer starken Erhöhung des Alkoholkonsums im Zusammenhang mit Existenzängsten gekommen (S. 1 unten).

In der diagnostischen Einschätzung wurde unter anderem ausgeführt, diagnostiziert werde eine anbehandelte mittelgradige depressive Episode; der Suchtmittelkonsum sei als sekundäre Folge der Depression und Belastungsproblematik erachtet worden (S. 3 oben).

Beim Wiederaustritt sei die Wiederaufnahme einer Arbeit zu 20 % und der erste Termin einer ambulanten Anschlusstherapie organisiert gewesen (S. 3 Mitte). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin hat gegenüber dem Gerichtsgutachten Einwände erhoben (vorstehend E).

2.1). Diese beziehen sich aber ausnahmslos auf die Schlussfolgerungen im Gutachten, welche den Begutachtungszeitpunkt betreffen. Auf diese Einwände ist gesondert

einzugehen (nachstehend E.

5.7). Die Ausführungen im Gutachten zum vorliegend massgebenden Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Januar 2014) wurden hingegen nicht in Frage gestellt.

Nachdem auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich sind, dass das Gutachten diesbezüglich den praxisgemässen Kriterien (vorstehend E.

1.5) nicht genügen würde, ist hinsichtlich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Rentenaufhebung auf das Gutachten abzustellen. 5.2

Die Gutachterin und der Gutachter bezeichneten eine stetige Verschlechterung der Kniegelenksarthrose als zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung im Januar 2014 überwiegend wahrscheinlich (vorstehend E.

4.3) beziehungsweise im Vergleich zu 2009 eine wesentliche und dauerhafte Besserung des Kniebeschwerden als höchst unwahrscheinlich (vorstehend E.

4.8). In psychiatrischer Hinsicht habe zu diesem Zeitpunkt überwiegend wahrscheinlich eine Verbesserung des Zustandsbildes vorgelegen, denn im Februar 2013 sei die frühere depressive Episode remittiert gewesen (vorstehend E. 4.4). 5.3

Bei der Rentenzusprache im November 2009 ging die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in leidensangepasster Tätigkeit aus (vorstehend E.

3.2). Sie stützte sich dabei auf die Beurteilung im von ihr eingeholten Y.____-Gutachten. Dort wurde für körperlich vorwiegend leichte, insbesondere das rechte Knie nicht übermässig belastende Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 75 % attestiert. Dazu wurde ausgeführt, diese Beurteilung erfolge aus gesamtmedizinischer Sicht; die diagnostizierte mittelgradige depressive Störung entspreche keiner langfristigen, bleibenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.1).

Mit der ursprünglichen Rentenzusprache wurde somit ausschliesslich den somatischen begründeten Einschränkungen aufgrund der Beeinträchtigungen am rechten Knie Rechnung getragen; eine mittelgradige depressive Störung wurde zwar diagnostiziert, jedoch beim Beziffern der Arbeitsfähigkeit ausdrücklich unberücksichtigt gelassen. 5.4

In somatischer Hinsicht

ist gemäss den Feststellungen im Gerichtsgutachten seit 2009 eine Verschlechterung - jedenfalls keine Verbesserung - eingetreten, wo diesbezüglich ein Revisionsgrund ausscheidet. Aus psychiatrischer Sicht war der Gesundheitszustand im massgebenden Zeitpunkt zwar im Vergleich zu 2009 verbessert. Jedoch vermochte schon die 2009 festgestellte psychische Beeinträchtigung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Wenn nun auch der zusätzlich verbesserte Gesundheitszustand keine Arbeitsunfähigkeit begründet, so besteht hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kein Unterschied zwischen dem früheren und dem aktuellen Sachverhalt. Mithin ist auch diesbezüglich kein Revisionsgrund gegeben. 5.5

Mangels

anspruchsrelevanter Sachverhaltsveränderung fehlt es demnach an einem Revisionsgrund (vorstehend E.

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