

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00239 vom 13. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00239](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00239)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00239 du 13 mai 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00239 del 13 maggio 2015

## Erwägungen

### E. 1.1

und 1.2): Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Zweimalige Synkope, differenzialdiagnostisch Epilepsie - Mittelgradige depressive Episode Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Eisenmangel

Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte eine (vorläufige) 100 % ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 5. Juni 2007 ( Ziff. 2 und Ziff. 5.2 ) und wies auf die laufenden neurologischen Abklärungen betreffend die Synkopen hin ( Ziff. 3.5.7) . 3. 1. 3

In ihrem Bericht vom 28. Mai 2008 ( Urk. 7/15/8-13) stellten die behandelnden

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie , Psychotherapie sowie Neurologie FMH, und dipl. psych. B.\_\_\_\_ , Psychologin FSP, folgende Diagnose ( Ziff. 1.1): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Der Arzt respektive die Psychologin führten aus, der Beschwerdeführer leide unter starken Stimmungsschwankungen, starker Niedergeschlagenheit mit Weinen, Perspektivlosigkeit, Schlafstörungen sowie unter häufigen Kopfschmerzen und habe zudem Gedanken an den Tod ( Ziff. 3.4). Sie wiesen darauf hin, dass der Beschwerdeführer die psychotherapeutische Behandlung nach 22 Sitzungen abgebrochen habe ( Ziff. 3.7 und Ziff. 5.5).

Hinsichtlich des Umfangs der Arbeitsfähigkeit machten der Arzt und die Psychologin keine Angaben , wiesen aber darauf hin, dass aus medizinischer Sicht eine berufliche Umstellung zu prüfen und das Arbeitspensum in der angestammten Tätigkeit langsam zu steigern sei ( Ziff. 2 und Ziff. 5.2). 3. 1. 4

Im Bericht vom 4. März 2009 ( Urk. 7/27) stellten PD Dr. med. C.\_\_\_\_ , Oberarzt, und Dr. med. R.\_\_\_\_ , Assistenzärztin an der Klinik

S.\_\_\_\_ , folgende Diagnosen: - Verdacht auf zweimalig generalisierte epileptische Anfälle im Januar 2008 - Aetiologie unklar, differenzialdiagnostisch idiopathisch - EEG und Schlafentzugs-EEG im März und April 2008 vereinbar mit generalisierter Epilepsie - Schädel-MRI mit KM vom 5. Februar 2008: Kein pathologischer Befund - Aktuell : Unter VPA anfallsfreier Verlauf - Analgetika-Übergebrauchskopfschmerz - Migräne ohne Aura

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei seit der letzten Kontrolle im Dezember 2008 anfallsfrei gewesen. Die vormals fast täglich vorkommenden

fronto-temporalen Kopfschmerzen würden nur noch zwei- bis dreimal pro Woche auftreten, wobei sich allerdings die Intensität der pulsierenden Kopfschmerzen verstärkt habe. Im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit erwähnten die Ärzte „arbeitslos, IV-Antrag betreffend Umschulung“. 3. 1. 5

PD Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 22. April 2009 (Urk. 7/20) folgende Diagnosen (S. 8): - Mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1) - Fragliche dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0), differenzialdiagnostisch organische Amnesie einschliesslich einer epileptischen Genese

Der Gutachter

hielt fest, der Beschwerdeführer habe keine psychopathologischen Symptome wie Störungen des Bewusstseins oder der Orientierung gezeigt. Ebenso wenig seien Hinweise auf Wahnvorstellungen oder Halluzinationen feststellbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe

allerdings über das Wahrnehmen von Lichtblitzen und hellem Licht während Migräneattacken berichtet, was als Pseudohalluzinationen zu qualifizieren sei. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers lasse seine Konzentrationsfähigkeit rasch nach und das Kurz- sowie Langzeitgedächtnis seien deutlich gestört. Im Zusammenhang mit letzterem habe der Beschwerdeführer über zeitweise auftretende Gedächtnislücken berichtet, die sich später dann plötzlich wieder aufgelöst hätten. Seit drei bis vier Jahren fühle er sich zudem depressiv und traurig, was auf die fehlende Arbeit mit entsprechendem Einkommen, die bestehenden Schulden und die mangelnde Berufsausbildung zurückzuführen sei. Seine Fähigkeit, sich zu freuen und etwas zu unternehmen, sei eingeschränkt und er leide überdies an Schlafstörungen und einer gewissen inneren Unruhe. Er

empfinde zudem viele negative Gedanken über seine Lebenssituation, wobei er aktuell keine Suizidgedanken habe (S. 5 f.). Die psychotherapeutische Behandlung bei Dr. A.\_\_\_\_ habe er abgebrochen, weil er keine Besserung festgestellt habe (S. 3).

PD Dr. I.\_\_\_\_ hielt weiter fest, der Beschwerdeführer leide mit hoher Wahrscheinlichkeit an einer Epilepsie mit Grand Mal Anfällen genuiner Art sowie an Migräneattacken in hoher Frequenz und nicht migräneartigem Kopfweh. Seit Jahren bestehe zudem eine als chronisch zu bezeichnende Depression von insgesamt mittelschwerem Ausmass (ICD-10 F32.1). Der Beschwerdeführer weise zudem Zustände von Amnesie und Gedächtnisstörungen auf, die in ihrem Ursprung unklar seien. Es könne sich dabei entweder um ein neurologisches und im Zusammenhang mit der Epilepsie stehendes Geschehen oder um psychogene Amnesien im Sinne einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.0) handeln. Eine diesbezügliche Klärung könne nur der weitere Krankheitsverlauf und allenfalls zusätzliche neurologische Untersuchungen bringen (S. 7).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei seit Jahren in vollem Umfang arbeitsunfähig, und zwar sowohl in seiner angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Diese Situation könne indessen allenfalls durch Ausschöpfung weiterer Therapiemassnahmen (beispielsweise hinsichtlich der Migräneattacken) inklusive medikamentöser Behandlung (insbesondere mit Bezug auf die Depression) verbessert werden. Zudem benötige der Beschwerdeführer zum Wiedereinstieg ins Berufsleben Unterstützung (beispielsweise durch ein Beratungs- und Abklärungszentrum; S.

7 f.). 3.2

3.2.1

Die im Rahmen der Rentenrevision relevanten Arztberichte zeigen bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers folgendes Bild: 3.2.2

Im Bericht vom 20. Juli 2011 (Urk. 3/1) nannten Dr. med. J.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Dr. phil. K.\_\_\_\_, Neuropsychologin, und Neuropsychologin-Praktikantin

L.\_\_\_\_

an der Klinik M.\_\_\_\_, folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf zweimalig generalisierte epileptische Anfälle im Januar 2008 mit/bei unter anderem - Aetiologie unklar, differenzialdiagnostisch idiopathisch - Schädel-MRI vom 28. Juni 2011: Altersentsprechend normales MRI des Gehirns - Migräne ohne Aura - Status nach Analgetika - Übergebrauch Kopfschmerzen

Der Arzt und die Neuropsychologen führten aus, im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen in mehreren mnestischen Teilbereichen (unter anderem verbale Erfassungsspanne, nonverbal - episodisches Lernen, verbal-episodisches Lernen und Wiedererkennen) sowie bei einer mnestisch-assoziierten exekutiven Teilleistung (verbale Ideenproduktion) ergeben. Sämtliche anderen testdiagnostisch untersuchten Hirnfunktionen (Visuokonstruktion, kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, Aufmerksamkeit, sonstige Exekutivfunktionen) seien indessen unbeeinträchtigt. In Anbetracht der unauffälligen MRI-Untersuchung des Schädels vom Juni 2011 seien besagte Minderleistungen

am ehesten im Rahmen der klinisch evidenten Fatigue- und Depressionssymptomatik sowie der Kopfschmerzen interpretierbar. Der Arzt respektive die Neuropsychologen empfahlen die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung sowie die Einnahme eines Medikaments mit spezifischer antidepressiver

Wirkung (S. 2). 3.2.3

In ihrem Bericht vom 9. März 2012 (Urk. 7/74/5-7) stellten Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. N.\_\_\_\_, Assistenzärztin,

an der Klinik M.\_\_\_\_, folgende Diagnosen: - Rezidivierend generalisierte epileptische Anfälle seit Januar 2008 - Aetiologie unklar, differenzialdiagnostisch idiopathisch - EEG und Schlafentzugs-EEG im März und April 2008 vereinbar mit generalisierter Epilepsie - Schädel-MRI vom 5. Februar 2008 und 28. Juni 2011: Altersentsprechender Normalbefund - Zwei generalisierte Anfälle im Januar 2008: Auf dem Sofa sitzend Bewusstseinsverlust und zur linken Seite weggekippt - Unter VPA anfallsfrei, jedoch Entwicklung von NW; Umstellung auf Lamictal im Oktober 2009

- Generalisierter Anfall am 4. November 2011: Auf dem Sofa sitzend plötzlich akute, schwerste holocephale Kopfschmerzen, Bewusstseinsverlust für wenige Minuten, links seitlich auf der Couch liegend wie der erwacht. Unverändert ca. zweimal pro Woche kurze Ganzkörperzuckungen - Depression - Migräne ohne Aura, aktuell zweimal pro Monat Migräneattacken - Status nach Analgetika-Übergebrauch Kopfschmerzen

Die Ärzte hielten fest, dass es abgesehen vom Anfall im November 2011 und den Migräneattacken ungefähr zweimal pro Woche situationsunabhängig für den Bruchteil einer Sekunde zu einem Zusammenzucken am ganzen Körper komme, welches indessen nie mit einem Sturz, Bewusstseinsverlust oder anderen Symptomen assoziiert sei. 3.2.4

Im Bericht vom 18. Juli 2012 (Urk. 7/74/8-10) hielt Dr. N.\_\_\_\_ fest, dass aus neurologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Ärztin Folgendes (S. 1 Ziff. 1.1) : - Rezidivierende generalisierte epileptische Anfälle seit Januar 2008 - Status nach Analgetika-Übergebrauchskopfschmerzen

Die Ärztin führte aus, dass der Beschwerdeführer nach zwei im Januar 2008 aufgetretenen generalisierten epileptischen Anfällen unter medikamentöser Therapie anfallsfrei gewesen sei. Während bezüglich des generalisierten Anfalls am 4. November 20

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

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.

### **E. 1.4**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

### **E. 1.6**

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 256 E. 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.7**

Die Rechtsprechung hat seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2). 2.

### **E. 2**

2. Dezember 2009 ( Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung ( Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe und er seit Januar 2011 in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Aufgrund des Einkommensvergleichs

resultiere keine Einkommensbusse respektive ein Invaliditätsgrad von 0 % , weshalb der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr habe . Zudem bestehe auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, da der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 2). In ihrer Vernehmlassung vom 24. April 2014 ( Urk. 6) machte die Beschwerdegegnerin zudem geltend, der ursprünglichen Rentenverfügung sei keine neurologische Abklärung zugrunde gelegen, weshalb eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vorliege und ein Wiedererwägungsgrund bestehe.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde ( Urk. 1) auf den Standpunkt, er könne aufgrund seiner Beschwerden nur dreieinhalb Stunden pro Tag arbeiten, weshalb ihm nur ein Arbeitspensum von 40 %

zumutbar sei . Zudem seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. 3.

3.1

3.1.1

Massgebend für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 13. Oktober 2009 ( Urk. 7/31) waren im Wesentlichen folgende medizinische Berichte: 3.1.2

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 18. März 2008 ( Urk. 7/14/2-6) folgende Diagnosen ( Ziff.

### **E. 7**

/104) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 31. Januar 2014 ( Urk. 2) die Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 0 % per Ende des der Zustellung folgenden Monats

auf. 2.

Gegen die Verfügung vom 31. Januar 2014 ( Urk. 2) erhob der Versicherte am 20. Februar 2014 Beschwerde ( Urk. 1) und beantragte sinngemäss, ihm seien

bei einer Arbeitsfähigkeit von 40 %

weiterhin eine Rente auszurichten und zudem berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Mit Vernehmlassung vom 24. April 2014 ( Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. Mai 2014 mitgeteilt wurde ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 8**

ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und

nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorliegen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungen zuständige

klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). 1. 5

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 1. 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. 11**

keine Provokationsfaktoren festgestellt worden seien, hätten sich bei der Konsultation im März 20

## **E. 12**

). 3.2. 9

In seinem Bericht vom 5. November 2013 ( Urk. 7/111/8) nannte med. pract . P.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeinmedizin , folgende Diagnosen : - Rezidivierend generalisierte epileptische Anfälle seit 1. Januar 2008 - Aetiologie unklar, differenzialdiagnostisch idiopathisch - Verdacht auf dissoziative Anfälle mit Muskelzuckungen und kurzzeitigen Verwirrheitszuständen im Jahre 2012 - Migräne ohne Aura - Anpassungsstörung

Der Arzt nahm Bezug auf die in den neurologischen Berichten erwähnten Anfälle und die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome. Er statuierte zudem eine eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit und empfahl, den Beschwerdeführer in ein Eingliederungsprogramm zu integrieren. 3.2. 10

Im Bericht vom 12. November 2013 ( Urk. 7/111/9-11) stellte die behandelnde

lic . phil. Q.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, folgende Diagnose (Diagnosen zum Zeitpunkt des Erstgesprächs; S. 1): - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD 10 F43.23; phasenweise aufgrund von Epilepsie-Diagnose und Migräne) - Epilepsie ED 2008 ( anamnestisch ) - Migräne (anamnestisch)

Psychologin Q.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe gemäss eigenen Angaben seine Existenzsicherung in Gefahr gesehen, als er von der Rentenversicherung erfahren habe. Dies habe in belastet , weshalb er sich in ihre psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Er habe grosse Mühe, sich mit der diagnostizierten Krankheit abzufinden und es mache ihn wütend und traurig , nicht selbständig für sich und seinen Sohn sorgen zu können . Er habe aufgrund seiner finanziellen Situation und der Abbezahlung der Schulden Angst vor der Zukunft und leide seit der Epilepsie-Diagnose immer wieder phasenweise unter gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit und reduziertem Antrieb mit erhöhter Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen. Er habe vom Oktober 2010 bis März 2012 ein Informatik-Praktikum absolviert, welches er aufgrund der Nebenwirkungen der Epilepsie-Medikamente und der Migräne mehrmals habe unterbrechen müssen, weshalb er effektiv nur zwei der insgesamt 18 Monate habe tätig sein können. Er fühle sich überfordert, den Wiedereinstieg ins Berufsleben alleine zu schaffen und sei deshalb auf Unterstützung angewiesen (S. 2) .

Psychologin Q.\_\_\_\_ hielt weiter fest, der Beschwerdeführer leide unter einer Anpassungsstörung mit Gefühlen wie Ärger, Wut, Anspannung, Angst und leichter depressiver Symptomatik. Sie hielt ausserdem einen stufenweisen Wiedereinstieg ins Berufsleben mit einem Wiedereingliederungsprogramm für indiziert (S. 2). 4. 4.1

Streitgegenstand bildet zunächst die verfügte Aufhebung der Rente. Es ist somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Renten zusprache am

22. Dezember 2009 ( Urk. 8/40 ) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 31. Januar 2014 ( Urk. 2) in einem Ausmass verändert haben, das die Renten einstellung rechtfertigt . Dabei stellte selbst der Beschwerdeführer nicht in Abrede, dass eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist, ersuchte er doch um Leistungen, die nur noch auf einer Arbeitsfähigkeit von 40 % statt 100 % basieren ( Urk. 1). 4.2

Das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ ist umfassend und beruht auf den erforderlichen Untersuchungen . Es wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Auch die Schlussfolgerungen des Gutachters sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie nachvollziehen kann. Es ist schlüssig dargelegt worden, dass

dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung die Ausübung seiner angestammten Tätigkeit wieder im Umfang von 100 % zumutbar ist. Das Gutachten erfüllt demnach die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 4. 3

Der Gutachter PD Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte im Jahre 2009 in psychiatrischer Hinsicht eine mittelschwere Depression, äusserte den Verdacht auf eine dissoziative Amnesie und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er beschrieb den Beschwerdeführer als depressiv, traurig und in seiner Fähigkeit, sich zu freuen oder etwas zu unternehmen, als eingeschränkt. PD Dr. I.\_\_\_\_ berichtete zudem über negative Gedanken des Beschwerdeführers betreffend seine Lebenssituation sowie eine innere Unruhe (vgl. E. 3.1.5). Demgegenüber diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_

eine knapp leuchtgradige depressive Episode und ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus. Gemäss Dr. H.\_\_\_\_ haben sich die depressiven Verstimmungen des Beschwerdeführers im Laufe der Zeit zurückgebildet respektive bestehen seit Anfang 2011 nicht mehr. Entsprechend stellte Dr. H.\_\_\_\_ insbesondere auch keine Anzeichen von Depressivität, schwermütig gedrückter Stimmung oder von sozialer Rückzug mehr fest und wies zudem

auf die aktive Lebensgestaltung des Beschwerdeführers hin. Dr. H.\_\_\_\_ verneinte zudem jegliche Hinweise auf eine dissoziative Amnesie (vgl. E. 3.2.8).

In neurologischer Hinsicht diagnostizierte PD Dr. C.\_\_\_\_ im März 2009 den Verdacht auf zwei generalisierte epileptische Anfälle, Analgetika-Übergebrauchs-Kopfschmerzen sowie Migräne ohne Aura. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit machte PD Dr. C.\_\_\_\_ keine Angaben (vgl. E. 3.1.4). Besagte Diagnosen

sind im Verlauf im Wesentlichen gleich

geblieben, sind doch den für die Rentenrevision relevanten neurologischen und neuropsychologischen Arztberichten ebenfalls rezidivierende generalisierte epileptische Anfälle zu entnehmen (vgl. E.

3.2.2-3.2.7), wobei es zwischen der Renten-Zusprache und Aufhebung zu zwei epileptischen Anfällen gekommen ist (vgl. E. 3.2.3 und E.

3.2.6). PD Dr. O.\_\_\_\_ und Neuropsychologin K.\_\_\_\_ attestierten aufgrund der von ihnen diagnostizierten leichten bis mittelschweren kognitiven Minderleistungen aus neuropsychologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % (vgl. E. 3.2.5). Im Nachgang zum epileptischen Anfall im September 2012 postulierte Dr. C.\_\_\_\_

unter epileptologischen Gesichtspunkten jedoch

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit an einem behinderungsgerechten Arbeitsplatz respektive in einer leidensangepassten Tätigkeit (vgl. E. 3.2.6).

Der Vergleich der Arztberichte, gestützt auf welche die ursprüngliche Rentenverfügung erlassen wurde, mit den Berichten, die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegen, zeigt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht verbessert und in neurologischer Hinsicht nicht verschlechtert hat,

weshalb die Voraussetzungen für eine Rentenrevision gemäss Art.

## E. 17

Abs. 1 ATSG erfüllt sind (vgl. E. 1.5 ). Während der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Erlasses der ursprünglichen Rentenverfü gung

wegen einer mittelschweren Depression sowohl in seiner angestammten wie auch in einer angepassten Tä tigkeit t zu 100 % arbeitsunfähig war, ist er nunmehr aufgrund seiner neuro p sychologischen

Beschwerden in einer leidens angepassten Tätigkeit zu wenigstens 75 % arbeitsfähig.

An dieser Beurteilung vermag die von der behandelnden Psychologin Q.\_\_\_\_ am 1 2. November 2013 genannte Diagnose einer Anpass ungsstörung (vgl. E.

3.2.10 ) nichts zu ändern. Diese

ist gemäss Psychologin Q.\_\_\_\_ im Wesentli chen auf die Zukunftsängste des Beschwerdeführers bezüglich seiner finanzia len Situation und der

Rück zahlung seiner Schulden respektive auf dessen Wut und Traurigkeit darüber, dass er nicht selbständig für sich und seinen Sohn sor gen kann , zurückzuführen. Dabei handelt es sich um psychosoziale Faktoren, weshalb vorliegend keine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Störung vorliegt (vgl. E.

1.4) . Abgesehen davon machte Psychologin

Q.\_\_\_\_ keine Angaben darüber , inwiefern sich die Anpassungsstörung auf die Arbeits fähigkeit des Besch werdeführers auswirkt. Dass ermüdungsbedingt eine Arbeits tätigkeit nur während 40 % eines üblichen Tagespensums möglich wäre (vgl. Urk. 1), machte selbst Psychologin Q.\_\_\_\_ nicht geltend. Solches ist aufgrund der medizinischen Akten nicht ausgewiesen.

Am Grad der Arbeitsunfähigkeit von 25 % ändert auch der Hinweis der Dres . E.\_\_\_\_ , F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_

nichts, welcher unter der Überschrift „Prozedere“ im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit „Ganze IV-Rente“ erwähnt en (vgl. Urk. 3/3 S. 6 ). Besagter Hinweis enthält keine Angaben zum Grad einer allfälli gen Arbeitsunfähigkeit und ist zudem in keiner Weise begründet. Darüber hin aus kommt der Arztperson keine Beurteilungskompetenz bezüglich der Renten höhe zu (vgl. E. 1.7).

Soweit der Bericht von med. pract . P.\_\_\_\_ vom 2 5. Februar 2014 ( Urk. 3/7 ) ,

der nach Erlass der rentenaufhebenden Verfügung ( Urk. 2) erging, überhaupt zu berücksichtigen ist, führt er zu keinem anderen Schluss. Denn dieser entspricht im Wesentlichen

jenem vom 5. November 2013 (vg l. E. 3.2.9) und schliesst

( nach einer Anfangsphase von sechs Monaten )

eine uneingeschränkte Arbeits fähigkeit nicht aus. 4.4

Im Lichte der obigen Erwägungen ist mit Blick auf die Ermittlung des Invalidi tätsgrades davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig ist. Da die Annahme dieser eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer

Verweistätigkeit am Ergebnis nichts ändert (vgl. nach folgende E. 5), wird das Ausmass der Erwerbsunfähigkeit im Folgenden zu Gunsten des Beschwerdeführers nach Massgabe dieser Feststellung ermittelt.

Festzuhalten bleibt jedoch, dass allein die neuropsychologisch attestierte Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich keine Invalidität im rechtlichen Sinn begründet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_256/2013 vom 1. Juli 2013 E. 3.3). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt rechtsprechungsgemäss das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3).

Nach Lage der medizinischen Unterlagen ist eine Komorbidität zu verneinen. Ebenso wenig ist erstellt, dass nach der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes Anfang 2011 die Morbiditätskriterien in genügender Intensität erfüllt wären. Denn einerseits schilderte der Beschwerdeführer dem psychiatrischen Gutachter einen sehr aktiven Lebenswandel und andererseits erklärte er, dass er die psychiatrischen Behandlungen eingestellt habe (Urk. 7/100 S. 4). Die zuletzt von der Psychologin Q.\_\_\_\_ beschriebenen Beeinträchtigungen (E.

3.2.10) finden ihre hinreichende Erklärung in den finanziellen Existenzsorgen und damit in Invaliditätsfremden, psychosozialen Umständen, die im Rahmen der invalidenversicherungsrechtlichen Leistungszusprüche nicht zu berücksichtigen sind.

Hinsichtlich der von Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigten Arbeitsfähigkeit lediglich in einer behinderungsangepassten Tätigkeit bleibt zu bemerken, dass er diese in keiner Weise näher umschreibt. Es ist deshalb nicht einzusehen, inwiefern die bisherige Tätigkeit als Lagerist/Betriebsarbeiter nicht angepasst sein soll.

5.

5.1.1

Im Folgenden bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu prüfen. 5.1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2.

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf den Lohn für Hilfsarbeiter (Zentralwert) gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung 2010 (LSE) ab und ermittelte unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (von 2150 auf 2204; vgl. Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 89 Tabelle B 10.3) für das Jahr 2013 ein jährliches Einkommen von Fr. 62'768.50 (Fr. 4'901.-- : 40 Wochenstunden x 41.6 Wochenstunden x 12 Monate x Nominallohnentwicklung = Fr. 62'768.50; Urk. 7/102).

Diese – wegen der Indexierung zu Gunsten des Beschwerdeführers ausgefallene – Berechnung ist nicht zu beanstanden, da der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens eine Hilfsarbeitertätigkeit ausübte und zudem seit mehreren Jahren keine (länger andauernde) berufliche Tätigkeit mehr nachging (vgl. Urk. 7/4). 5.3

Das Invalideneinkommen, welches ebenfalls gestützt auf die LSE 2010 zu bestimmen ist, beträgt für das Jahr 2013 bei einem Arbeitspensum von 75 %

im Anforderungsniveau 4 Fr. 47'138.-- (Fr. 4'901.-- : 40 Wochenstunden x 41.7 Wochenstunden x 12 Monate x 2204 : 2150 [Nominallohnentwicklung] x 0.75). Dem Umstand, dass männliche Teilzeitbeschäftigte überproportional tiefer entlohnt werden als Männer mit Vollzeitpensum, ist mit einem Leidensabzug von 10 % Rechnung zu tragen, so dass das Invalideneinkommen Fr. 42'424.-- beträgt. Aus der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 62'768.50 (vgl. E. 5.2) resultiert somit

ein Invaliditätsgrad von rund 32 %, welcher unter dem anspruchsbegründenden Minimum von 40 % liegt (vgl. E.

1.2). 5.4

Bei dieser Sachlage erfolgte die revisionsweise Einstellung der Rente zu Recht und die diesbezügliche Beschwerde ist abzuweisen. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die Prüfung der Voraussetzungen für eine Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG (vgl. E. 2.1). 6.

6.1

Der Beschwerdeführer beantragte sodann die Zusprache von Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 1). 6.2

Die Beschwerdegegnerin führte dazu in der angefochtenen Verfügung aus, dem Beschwerdeführer seien von April 2010 bis April 2011 berufliche Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung zugesprochen worden. Die Frage hingegen, ob ein konkreter Anspruch besteht auf weitere Massnahmen beruflicher Art nach Art. 15 f. IVG, wurde im angefochtenen Entscheid implizit verneint, da bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gar keine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG vorliege.

6.3

Mit dem Inkrafttreten der 6. IV-Revision per 1. Januar 2012 ist das Instrument der eingliederungsorientierten Rentenrevision eingeführt worden, mit welchem die Wiedereingliederung aktiv gefördert wird, indem Rentenbezügerinnen und bezüger mit Eingliederungspotenzial durch persönliche Beratung, Begleitung und weitere spezifische Massnahmen gezielt auf eine Wiedereingliederung vor bereitet werden. Allerdings ist die Wiedereingliederung gemäss Art. 8a IVG nur für rentenbeziehende Personen mit vermutetem Eingliederungspotenzial vorge sehen, bei denen der Gesundheitszustand oder die erwerblichen Verhältnisse keine anspruchswesentliche Änderung erfahren haben (Urteil des Bundesge richts 8C\_583/2014 vom 1 2. Dezember 2014 E. 4.1).

Die Leistungen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG sind ausdrücklich den Rentenbezügern vorbehalten, worunter der Beschwerdeführer nach der Renten einstellung nicht mehr zu begreifen ist. Zudem kann

er infolge einer erhebli che n Verbesserung des Gesundheitszustandes keine I nvalidenrente mehr bean spruchen , weshalb Massnahmen zur Wiedereingliederung unter diesem Titel von vornherein nicht in Betracht kommen . 6. 4

Soweit das Begehren des Beschwerdeführers auf die Zusprache von Integrati onsmassnahmen unter dem Titel des Art. 14a IVG abzielt, kann ihm ebenfalls nicht gefolgt werden.

Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfä hig ( Art. 6 ATSG) sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vor bereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen berufli cher Art geschaffen werden können ( Art. 14a Abs. 1 IVG). Als Integrations mass nahmen gelten gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete (a) Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation und (b) Beschäftigungsmass nahmen ( Art. 14a Abs. 2 IVG). Anspruch auf Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation haben Versicherte, die in Bezug auf Massnahmen beruflicher Art noch nicht eingliederungsfähig sind ( Art. 4 quater

Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV ). Als Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilita tion gelten Massnahmen zur Gewöhnung an den Arbeitsprozess, zur Förderung der Arbeitsmotivation, zur Stabilisierung der Persönlichkeit und zum Einüben sozialer Grundfähigkeiten ( Art. 4 quinquies

Abs. 1 IVV; vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_670/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.2.1).

Da aufgrund der medizinischen Aktenlage

selbst aus neuropsychologischer Sicht

eine Arbeitsfähigkeit von wenigstens 75 % auch in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen ist (vgl. E. 4.4), fallen mangels einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % auch Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG ausser Acht. 6.5

Die Beschwerdegegnerin wies den Beschwerdeführer schliesslich auf einen allfälli gen Anspruch auf Übergangsleistungen im Sinne von Art. 32 IVG hin ( Urk. 2 letzte Seite), ohne jedoch konkret darüber zu befinden. Wie es sich damit verhält, ist mangels eines Anfechtungsgegenstandes nicht in diesem Verfahren zu prüfen. 6.6

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen nach Art. 8a

IVG, Art. 14a IVG und Art. 15 f. IVG zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde auch diesbezüglich abzuweisen ist. 7 .

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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, zuzu stellen.

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 Gräub-Schleiffer Marais

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