

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00686 vom 21. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00686

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00686 du 21 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00686 del 21 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1958 geborene X.____ war als Produktionsmitarbeiter tätig (Arbeitsbefragungsbogen vom 27. Januar 2010, Urk. 9/26), als er am 12. August 2009 eine Hirnblutung erlitt. Am 2. Dezember 2009 (Eingangsdatum) meldete er sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/14). Nach beruflichen und medizinischen Abklärungen sprach die IV-Stelle dem Versicherten

mit Verfügung vom 30. Mai 2012 rückwirkend ab August 2010 eine ganze Rente zu (Urk. 9/105 -115; Verfügungssteil 2, Urk. 9/96).

Im Januar 2013 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen eine Revision ein (Revisionsbefragungsbogen, Urk. 9/129). Die IV-Stelle tätigte berufliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere das polydisziplinäre Gutachten (Allgemeine innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Neuropsychologie) der MEDAS vom 16. Januar 2014 ein (Urk. 9/147). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 3. Februar 2014, Urk. 9/152; Einwand vom 26. Februar 2014, Urk. 9/153; ergänzende Einwandbegründung, Urk. 9/155) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 20. Mai 2014 (Urk. 2) die Rente des Versicherten auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 25. Juni 2014 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung sowie unentgeltliche Rechtsverteidigung. Mit Eingabe vom 5. August 2014 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück (Urk. 7). Mit Beschwerdeantwort vom 12. August 2014 (Urk. 8 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 9/1-171) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 13. August 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10).

E. 2.1

Invaliderkrankung 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht

kommen den 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).

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. 2.2

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. 2.3

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 anzugeben, 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 auszu räumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gebe jedenfalls 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.).

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) dafür, dass sich der Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht in den letzten Jahren eher verbessert habe. Daher könnten die beklagten Beschwerden mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwunden werden. Der Beschwerdeführer sei demnach zu 100 % arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 3 % , womit kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2) . Bei Vorliegen eines Revisionsgrundes sei der Invaliditätsgrad neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätseinschätzungen zu ermitteln (Urk. 8). Die Hospitalisation des Beschwerdeführers sei erst nach Verfügungserlass erfolgt, womit diese im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden könne (Urk. 8).

Der Beschwerdeführer brachte im Wesentlichen dagegen vor, dass die direkten neurologischen beziehungsweise neuropsychologischen Folgen der Hirnblutung und nicht eine psychische Erkrankung Grund für die Zusprache der ganzen Rente gewesen sei. An den neurologischen und neuropsychologischen Defiziten habe sich nichts geändert (Urk. 1 S. 8 f.). Selbst davon ausgehend, dass die psychischen Beschwerden in erster Linie kausal für die Rentenzusprache gewesen seien , sei festzuhalten, dass sich diese aus seiner Sicht entgegen dem MEDAS-Gutachten nicht wesentlich gebessert hätten (Urk. 1 S. 9 f.). 2.

E. 3.1.1

In der ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügung vom 30. Mai 2012

hielt die Beschwerdegegnerin fest , dass der Beschwerdeführer zuletzt als Produktionsmitarbeiter in einem 100 % Pensum gearbeitet habe. Sämtliche Tätigkeiten seien ihm aufgrund des Gesundheitsschadens nicht mehr zumutbar (Urk. 9/96). Sie stütze sich dabei aus medizinischer Sicht im Wesentlichen auf Berichte von Dr. med. Zs .

Y.____ , Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie, vom 2

E. 3.1.2

Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ hielten in ihrem Arztbericht vom 12. Mai 2011 über die Reevaluation vom 20. April 2011 folgende Diagnosen fest (Urk. 9/71): - Rupturiertes Aneurysma der A. cerebri media , Ramus inferior rechts am 12. August 2009 - Subarachnoidalblutung (WFNS 1, Fisher 3, Tag 4) - Inzidentielles Aneurysma der A. communicans

anterior - Fronto - temporale osteoclastische Kraniotomie rechts, radikale Abklippung des Aneurysmas der A. cerebri media rechts (M 2-Segment) und des Aneurysmas der A. communicans

anterior mittels Yasargi I-Minor-Hieraus resultierend: - Leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit kognitiven Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen sowie leichten affektiven und Verhaltensauffälligkeiten (Antriebsverminderung, depressive Verstimmung, verminderte Frustrationstoleranz, Verunsicherung; ICD-10 F07.8; Beurteilung von August 2010) - Verdacht auf einmaligen epileptischen Anfall am 13. Mai 2010 in Kosovo (seither keine mehr) - Gestörte Nüchternblutglucose - Hochnormaler Blutdruck (Langzeitblutdruckmessung vom 5. August 2010) - Hyperlipidämie

Im Vergleich zur letzten Untersuchung vom August 2010 sei der Zustand des Beschwerdeführers subjektiv wie auch klinisch-neurologisch im Grossen und Ganzen unverändert. Nach wie vor bestünden erhöhte Ermüdbarkeit, anhaltende Kopfschmerzen, Lärm- und Vibrationsempfindlichkeit, Konzentrationschwierigkeiten sowie Schwindel- und Angstzustände.

Physiotherapeutisch seien die Gehgeschwindigkeit sowie die Koordination im Normbereich, allerdings zeige sich das Gleichgewicht auf hohem Niveau vermindert.

Da der Beschwerdeführer nach einmaligem epileptischen Anfall im Mai 2010 unter keinen weiteren Ereignissen gelitten habe, sei das Ausschleichen der antikonvulsiven Therapie vom Hausarzt begonnen worden. Aktuell nehme er Lamictal 25 mg zweimal am Tag. Sie würden empfehlen, die weitere Reduktion fortzuführen (alle drei Monate um 25 mg).

Eine neuropsychologische Verlaufskontrolle sei im Rahmen der Reevaluation seitens des Kostenträgers nicht vorgesehen. Klinisch wirke er aber relativ unverändert zu August 2010, so dass sie Zweifel hätten, ob aus neuropsychologischer Sicht überhaupt die Fahreignung gegeben wäre. Hinzu komme, dass während des geplanten Ausschleichens von Lamictal die Fahreignung für weitere drei Monate bis nach dem endgültigen Absetzen nicht gegeben wäre. Sie würden daher auf jeden Fall zu einer definitiven Beurteilung der Fahreignung durch den verkehrsmedizinischen Dienst des zuständigen Strassenverkehrsamts raten.

Da er zurzeit keine Beschäftigung habe und die Tätigkeit im IWAZ im Rahmen der Integrationsmassnahmen nicht fortgeführt werden können, bestehe die Gefahr, dass ohne feste Tagesstruktur die psychovegetativen Beschwerden und die Tendenz zur depressiven Verstimmung zunehmen. Deshalb empfahlen sie eine möglichst rasche Abklärung der Rentenfrage. Sobald eine Rente zugesprochen werde, sei eine weitere Tätigkeit im geschützten Rahmen des IWAZ sicherlich sinnvoll, wo er gerne arbeite. Wie er die Zeit bis dahin überbrücke, bleibe offen. Allerdings könne man eine ambulante Ergotherapie zur Erarbeitung einer Tagesstruktur bis zum Wiedereinstieg im IWAZ organisieren, dies im Hinblick auf eine Chronifizierung der Beschwerden. Darum bäten sie den Hausarzt, am Ball zu bleiben und gegebenenfalls eine weitere ambulante Ergotherapie in die Wege zu leiten (Urk. 9/71 S. 2 f.).

E. 3.1.3

Dr. Y.____ führte in seinem zuhanden der Beschwerdegegnerin erstellten Arztbericht vom 27. Oktober 2011 (Urk. 9/85) aus, dass der Beschwerdeführer in seiner niederfrequenten ambulanten-psychiatrischen Betreuung stehe. Er spreche nur gebrochen Deutsch und sei aufgrund rigider struktureller Voraussetzungen therapeutisch, auch unter Beizug eines albanischen Kulturmediators, nur schwer erreichbar. Im Vordergrund der subjektiven Beschwerdebezeichnung stünden Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und regelmässiges „Nebigwerden vor den Augen“, psychodynamisch sei am ehesten von einer

konversionsneurotischen Komponente bei beklagter „Angst vor Krebs“ (nach operativer Sanierung) auszugehen. Klinisch-objektiv sei eine gespannt-agitierte Phänomenologie mit thematischer Affektlabilisierung zu eruieren, die BDI-Punktwerte seien entsprechend einer mittelschweren affektpathologischen Störung, weshalb er insgesamt, bei glaubwürdigen Auskünften und kongruenten Befunden, von einer somatisierten mittelschweren depressiven Störung ausgehe. Bei bekannter Trennschärfe Problematik (F3/F4) der operationalisierten ICD-10-Klassifikation sei aufgrund der Art der Störung am ehesten von einer protrahierten Verlaufsform einer angstbetonten, gemischten Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.21) mit Somatisierung auszugehen, unter Ausschluss der Zeitkomponente selbstredend auch von einer mittelschweren depressiven Störung mit somatisch-funktionellem Syndrom (ICD-10 F32.1). Der Beschwerdeführer beklage „sozialen Rückzug“ und hege den Wunsch, „in einer therapeutischen Werkstatt“ beschäftigt zu werden. Der Tagesablauf sei unstrukturiert. Die Medikation sei aktuell Citalopram mepha 20

mg/die, Lamictal 50mg/die. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund gespannt-aggressiven Exazerbationen und ausgeprägter kognitiv-emotionaler Fixierung auf „Krankheitserleben“ mit Konversionssymptomen einem Arbeitgeber sozial-praktisch nur sehr bedingt zumutbar (< 50

% Arbeitsfähigkeit). Das Resultat allfälliger berufsbezogener Abklärungen sei abzuwarten. Zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit (Zumutbarkeit willentlicher Leidensüberwindung) könne aus dem therapeutischen Kontext heraus

ausserhalb einer gutachterlich-versicherungsmedizinischen Beurteilung per se keine Stellung genommen werden.

E. 3.2.1

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS hielten die Ärzte folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 9/147 S. 33) : - Strukturelle Epilepsie (ICD-10 F40.9) - i.R. stattgehabter Subarachnoidalblutung 8/2009 - erstmaliger Anfall am 13. Mai 2010, anamnestisch zwei möglicherweise weitere Anfälle, zuletzt anfangs 2013 - Status nach Subarachnoidalblutung nach Ruptur eines Aneurysma der A. cerebri media rechts am 12. August 2009 (ICD-10 I60.1) - Status nach Craniotomie und Clipping des Aneurysma der A. cerebri media rechts sowie der A. cerebri anterior rechts am 18. August 2009

Sie notierten die folgenden Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/147 S.33) : - Anpassungsstörung, chronisch, mit Ängstlichkeit, Antriebsminderung und Reizbarkeit (DSM-IV 309.9) - Diabetes mellitus seit ca. 2012 bekannt - Leichte Adipositas mit einem BMI von 28.9kg/m²

E. 3.2.2

Die Ärzte hielten dafür, dass aus neurologischer Sicht eine strukturelle Epilepsie nach stattgehabter Subarachnoidalblutung im August 2009 bestehe. Mindestens ein Anfall lasse sich gemäss Aktenlage nachweisen: am 13. Mai 2010 sei es zu einem nicht näher beschriebenen epileptischen Anfall gekommen, das nachfolgend durchgeführte EEG habe gemäss Aktenlage epilepsietypische Potentiale gezeigt. Gemäss aktueller Anamnese sei es zu zwei weiteren Ereignissen (zuletzt ca. Anfang 2013) gekommen, beide unter der damals noch bestehenden anti-convulsiven Medikation mit Lamotrigin. Der genaue Ablauf der

Ereignisse könne nicht eruiert werden, somit könne auch nicht sicher bewertet werden, ob dies tatsächlich auch epileptische Anfälle gewesen seien. In der Zwischenzeit sei durch den betreuenden Hausarzt die antikonvulsive Medikation in Unwissenheit der beiden möglichen Anfälle ausgeschlichen worden. Der Beschwerdeführer habe die Ereignisse dem betreuenden Arzt verschwiegen (Urk. 9/147 S. 35).

Bei stattgehabter

Subarachnoidalblutung zeige sich in der aktuellen neurologischen Untersuchung analog zu den früheren Berichten ein Normalbefund mit fehlenden fokalen-neurologischen Defiziten (Urk. 9/147 S. 35).

Psychiatrischerseits lasse sich die Diagnose einer chronischen Anpassungsstörung stellen. Es fänden sich aktuell keine Symptome einer Affektstörung (Depression), einer psychotischen Störung (paranoide Störung), einer posttraumatischen Störung oder einer spezifischen Angststörung (Urk. 9/147 S. 35).

Klinisch hätten sich auch keine kognitiven Defizite gezeigt. Gemäss neuropsychologischer Untersuchung sei im Vordergrund von nicht-authentischen kognitiven Funktionsstörungen auszugehen. Die Symptomvalidierung sei hoch auffällig. Die neuropsychologische Teilgutachterin schreibe: „Damals als eingeschränkt beschriebene Funktionsbereiche seien aktuell völlig unauffällig und damals unauffällige Bereiche seien aktuell schwerst gestört“. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gehe davon aus, dass die kognitiven Störungen entweder bewusst vorgetäuscht würden oder aber dass unbewusst Angst vor einer Störung zu subjektiven Symptomen führe, da keine schwere psychiatrische Störung die beklagten kognitiven Funktionsstörungen erklären könne. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers selbst habe sich die Angst mit der Zeit gebessert und werde jetzt nicht mehr als störend empfunden (Urk. 9/147 S. 36).

Aus internistischer Sicht bestünden die Diagnosen des Diabetes mellitus und einer leichten Adipositas. Hinsichtlich des Diabetes fände sich eine stabile Situation, der mit 6.9 % leicht erhöhte Langzeitglucosewert HbA1c und die Blutzuckerwerte sollten weiter kontrolliert werden. Subjektiv und objektiv stelle sich die internistische Situation stabil dar (Urk. 9/147 S. 36).

E. 3.2.3

Im Neurologischen fänden sich Schädigungen, die Fähigkeitsstörungen mit Auswirkung auf das mittel- und langfristige qualitative berufliche Leistungsvermögen hätten (Urk. 9/147 S. 37).

Aufgrund der Epilepsie und dem damit verbundenen nichtvorhersehbaren Auftreten epileptischer Anfälle bestehe in bestimmten Situationen eine Eigen- und Fremdgefährdung des Beschwerdeführers. Es sollte auf einen Einsatz im Schichtdienstbetrieb respektive Nachtdienstbetrieb verzichtet werden. Ebenso sollte auf das Arbeiten an ungesicherten und gefährlichen Maschinen und in ungesicherten Höhen (Leitern, Gerüste) verzichtet werden. Es sollten zudem keine Tätigkeiten durchgeführt werden, welche das Autofahren des Beschwerdeführers bedingen würden. Tätigkeiten, in denen er eine hohe Verantwortung und Supervision über andere trage und durch einen Anfall andere gefährde, sollten ebenfalls nicht durchgeführt werden (Urk. 9/147 S. 37). Aufgrund dieser somatischen Fähigkeitsstörungen sei er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter in

der Glasverarbeitung quantitativ nicht eingeschränkt. Inwieweit sich das beschriebene negative Leistungsprofil damit vereinbaren lasse, könne der Aktenlage nicht klar entnommen werden, da sich darin keine detaillierte Tätigkeitsbeschreibung finden lasse (Urk. 9/147 S. 37).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Urk. 9/147 S. 37). Eine angepasste Tätigkeit in psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht wäre, wenn eine Anpassung überhaupt nötig werde, eine Tätigkeit, die keine übermässige Konzentrationsleistung bzw. Aufmerksamkeit verlangen würde und in der der Beschwerdeführer bei Bedarf kurze Pausen einschalten könne (Urk. 9/147 S. 38). Eine solche Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer in einem Pensum von 100 % zumutbar. 4.

4.1

Beim MEDAS Gutachten vom 16. Januar 2014 waren Ärzte der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie eine Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP vertreten (Urk. 9/147 S. 1), womit es sich für die vorliegend zu beantwortenden Fragen als umfassend erweist. Das Gutachten erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.3). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 9/147 S. 20 f.; Urk. 9/147 S. 22 f.; Urk. 9/147 S. 30; Urk. 9/147 S. 47 f.) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 9/147 S. 2 ff.; Urk. 9/147 S. 41 f.) abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 9/147 S. 24 f.; Urk. 9/147 S. 34 f.; Urk. 9/147 S. 49).

Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig. 4.2

Strittig und zu prüfen ist die Frage, ob zwischen dem Zeitpunkt der dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente zusprechenden Verfügung vom 30. Mai 2012 (Urk. 9/105) und der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 20. Mai 2014 (Urk. 2) eine anspruchserhebliche Änderung der Verhältnisse stattgefunden hat.

Im Arztbericht vom 27. Oktober 2011 beschrieb Dr. Y.____, es sei am ehesten von einer protrahierten Verlaufsform einer angstbetonten, gemischten Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.21) mit Somatisierung auszugehen, unter Ausschluss der Zeitkomponente selbstredend auch von einer mittelschweren depressiven Störung mit somatisch-funktionellem Syndrom (ICD-10 F32.1; E. 3.1.3). Der begutachtende MEDAS-Psychiater Dr. B.____

hingegen stellte klar, dass er anlässlich der Untersuchung keine depressiven Symptome habe finden können (Urk. 9/147 S. 25). Entsprechend notierten die MEDAS-Ärzte zusammenfassend, dass der Gesundheitszustand aus neurologischer Sicht unverändert, aus psychiatrischer Sicht eher besser sei (Urk. 9/147 S. 27). Die Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist damit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

Die Zusprache der ganzen Rente mit Verfügung vom 30. Mai 2012 erfolgte

entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - auch auf den von RAD-Arzt pract. med. A. ___ gestützt auf den Arztbericht von Dr. Y. ___ festgehaltenen Diagnosen, 1) Zustand nach rupturiertem Aneurysma mit Sub arachnoidalblutung und osteoklastischer Kraniotomie, 2) mittelschwere depressive Störung und 3) Angst betonte, gemischte Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (Urk. 9/87 S. 7). Der veränderte psychische Gesundheitszustand ist demnach geeignet, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, so dass eine anspruchserhebliche Änderung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegt.

Im Übrigen wurde auch in neuropsychologischer Hinsicht eine wesentliche Verbesserung festgestellt, in dem nämlich bei der Rentenzusprache als eingeschränkt beschriebene Funktionsteile bei der aktuellen Begutachtung völlig unauffällig waren. 4.3

Zusammenfassend ist durch das MEDAS -Gutachten, auf welches abgestellt werden kann, ausgewiesen, dass sich der relevante medizinische Sachverhalt seit der damaligen Rentenzusprache erheblich verändert hat und dem Beschwerdeführer nunmehr eine angepasste Tätigkeit wieder vollschichtig zumutbar ist. Mit Blick auf die durch den Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Einkommen als Betriebsmitarbeiter (vgl. IK Auszug vom 7. Januar 2010, Urk. 9/23) ergibt sich dadurch ohne Weiteres einen nicht mehr rentenbe gründenden Invaliditätsgrad.

Die Rentenaufhebung erfolgte demnach grundsätzlich zu Recht. 5. 5.1

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervor geht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Rentnerinnen und Rentner im jeweiligen revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – auf grund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1). 5.2

Für die Ermittlung, ob der Eckwert des 55. Altersjahres oder des 15-jährigen Rentenbezugs vorliegt, ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung respektive auf den darin verfügbaren Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen (BGE 141 V 5 E. 4.2.1). Die rentenaufhebende Verfügung erging am 20. Mai 2014, womit der am 28. September 1958 (Urk. 9/1) geborene Beschwerdeführer über 55 Jahre alt war. Er fällt damit unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis.

Aufgrund der Aktenlage ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin vor der Renteneinstellung die Frage der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung konkret geprüft hätte.

Sie stellte bezüglich des Eingliederungspotenzials lediglich fest, dass keines vorhanden, bzw. der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig sei (Feststellungsblatt vom 3. Februar 2014, Urk. 9/150 S. 1 und 5; Feststellungsblatt Einwand vom 20. Mai 2014, Urk. 9/160 S. 2). Im Vorbescheid vom 3. Februar 2014 (Urk. 9/152) und in der rentenaufhebenden Verfügung vom 20. Mai 2014 (Urk. 2 S. 2) wies die Beschwerdegegnerin ihn darauf hin, dass er ein Gesuch einreichen könne, wenn er zu einem späteren Zeitpunkt Unterstützung betreffend beruflicher Massnahmen wünsche. Damit ist den bundesgesetzlich geforderten Voraussetzungen zur Herabsetzung oder Aufhebung von Renten eines über 55 Jahre alten Rentenbezügers jedoch nicht Genüge getan. Die Beschwerdegegnerin hätte sich vielmehr vor der Aufhebung der Invalidenrente vergewissern müssen, ob sich ein medizinisch-theoretisches Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür eine erwerbsbezogene Abklärung (zum Beispiel betreffend Eignung und Belastungsfähigkeit) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne erforderlich ist.

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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

Gleiches gilt, wenn es sich bei der versicherten Person um eine derart agile, gewandte und im gesellschaftlichen Leben integrierte Person handelt, dass objektiv einer Selbsteingliederung (trotz fortgeschrittenen Alters) nichts entgegensteht (Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3). 5.3

Es finden sich in den Akten keine Anhaltspunkte, dass es sich beim Beschwerdeführer um eine agile, gewandte und gesellschaftlich integrierte Person handelt, zumal er wenig soziale Kontakte und keine Hobbys pflegt (Urk. 9/147 S. 24). Auch verfügt er nur über wenige Sprachkenntnisse (Urk. 9/147 S. 22 und 28). Er war zuletzt während rund 7 Jahren als Betriebsmitarbeiter in einer Glasfabrik tätig, allerdings ist ihm diese Tätigkeit aufgrund der epileptischen Anfälle und den damit verbundenen Einschränkungen (vgl. E. 3.2.3) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr zumutbar, da die Arbeit mit Glas gemäss Angaben des früheren Arbeitgebers sehr gefährlich sei (Arbeitgeberfragebogen, Urk. 9/26; vgl. Urk. 9/150 S. 4). Der Beschwerdeführer war zuletzt im Jahre 2009 erwerbstätig. Er kann daher trotz der attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden. Damit ist die Renteneinstellung so lange nicht gerechtfertigt, als die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert und den Beschwerdeführer nicht hinreichend auf die berufliche Eingliederung vorbereitet hat. 5.4

Nachdem die Beschwerdegegnerin bislang entsprechende Massnahmen unterlassen hat, ist weiterhin von der bisherigen Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Dies führt im Ergebnis zur Gutheissung der Beschwerde mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer einstweilen weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Rente hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_367/2011 vom 10. August 2011) . 6 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1‘

E. 7

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: -

Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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