

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00243 vom 30. September 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00243](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00243)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00243 du 30 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00243 del 30 settembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. 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 Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 ff. mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen materiellen Revisionsgrund dar. Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen und auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs (mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung) beruhenden Verfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C\_490/2014 vom 23. Januar 2015 E. 4.1). Eine Verfügung ist indessen verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Nach der Rechtsprechung kann das Gericht

eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung

gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche (noch nicht gerichtlich beurteilte) Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Mit anderen Worten kann es die Rentenverfügung diesfalls unter den Voraussetzungen nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Wiedererwägung ziehen (BGE 110 V 176 E. 2a und 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; BGE 128 V 272 E. 5b/ bb; Urteile des

Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C\_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen). Die Voraussetzung der erheblichen Bedeutung der Berichtigung ist bei Invalidenrenten mit Blick auf ihren Charakter als periodische Dauerleistungen rechtsprechungsgemäss ohne weiteres zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1.c mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1). Zweifellos ist die Unrichtigkeit nur, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar. Ansonsten würde die Wiedererwägung zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung, was sich nicht mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen verträglich (Urteile des Bundesgerichts 8C\_347/2011 vom 11. August 2011 E. 2.2 mit Hinweisen und 9C\_49/2012 vom 12. Juli 2012 E. 4). 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes 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). Dabei gilt es zu beachten, dass jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, im Einzelfall Krankheitswert haben kann, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c).

### **E. 1.3**

Seit Oktober 2012 wird der Versicherte in der D.\_\_\_\_ von Med. prakt. E.\_\_\_\_ ambulant psychiatrisch behandelt. Sie berichtete der IV-Stelle am 21. Oktober 2013, eine stationäre Behandlung sei nicht notwendig (Urk. 6/133). Die IV-Stelle nahm hierauf die aktuelle Revision an die Hand und liess den Versicherten wiederum einen Fragebogen ausfüllen (Urk. 6/134). Alsdann gab sie ein neues polydisziplinäres Gutachten der Fachrichtungen Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie in Auftrag (Urk. 6/140), das am 30. Juni 2014 von der F.\_\_\_\_ erstattet wurde (Urk. 6/143). Mit Vorbescheid vom 14. August 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (Urk. 6/144). Dieser erhob Einwand und machte unter anderem geltend, eine Selbsteingliederung sei ihm nicht zumutbar (Urk. 6/145 und 6/152). In der Folge lud ihn die IV-Stelle zu einem Gespräch ein (Urk. 6/158), bevor sie die Eingliederungsmassnahmen mit formloser Mitteilung vom 27. November 2014 für abgeschlossen erklärte (Urk. 6/157) und die Rente mit Verfügung vom 20. Januar 2015 per Ende des der Zustellung folgenden Monats aufhob. Dabei entzog sie einer allfälligen Beschwerde gegen die Verfügung

die aufschiebende Wirkung (Urk. 2). 2.

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte am 20. Februar 2015 Beschwerde und beantragte, ihm über dem 31. März 2015 hinaus eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Hierzu nahm der Versicherte mit Eingabe vom 24. April 2015

nochmals Stellung ( Urk. 8). Die IV-Stelle verzichtete auf eine Duplik ( Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 1.4**

Für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ist schliesslich 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, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist und in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ferner ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und der Experte nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Im Revisionsverfahren ist darüber hinaus zu beachten, dass es einer von früheren medizinischen Einschätzungen abweichenden Beurteilung in der Regel am Beweiswert fehlt, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat, selbst wenn die Ausführungen für sich allein betrachtet vollständig, nachvollziehbar und schlüssig und daher für eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wären. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Hingegen ist die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung genügend untermauert, wenn der medizinische Sachverständige aufzeigt, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben. Je mehr bei einer Diagnose ärztliches Ermessen eine Rolle spielt, desto wichtiger sind klinische Feststellungen, gutachtliche Verlaufsbeobachtungen und anamnestische Daten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_49/2012 vom 12. Juli 2012 E. 7.1 mit Hinweisen) . 2.

#### **E. 2**

und 6/34).

Danach bezog er bis März 2006 Arbeitslosentagelöhne bei einer Vermittlungsfähigkeit von 100 % ( Urk. 6/36) .

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin zog in Betracht, die depressive Störung sei vollständig remittiert und die Somatisierungsstörung bei akzentuierten maniformen

Per sönlichkeitszügen

mangels Komorbidität nicht invalidisierend. Der Libidostau diene dabei nur als mögliche Erklärung der Beschwerden, ohne dass daraus Schlussfolgerungen für die Arbeitsfähigkeit gezogen würden. Bestätigt werde die Besserung zudem nicht nur durch die Befunde, sondern auch durch das gesteigerte Aktivitätsniveau. Eingliederungsmassnahmen würden

mangels Gesundheitsschaden und subjektiver Eingliederungsfähigkeit sowie aufgrund des Alters und der Rentendauer entfallen. Im Übrigen liege die Untersuchungsdauer im gutachterlichen Ermessen (Urk. 2 und 5)

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte eine nicht heilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs mangels Auseinandersetzung mit seinen Einwänden im Vorbescheidverfahren geltend

(Urk. 1 S. 3-5). Weiter beanstandete er

das neue psychiatrische Teilgutachten. Die Untersuchungsdauer sei zu kurz gewesen, die Verbesse- rung nicht substantiiert worden und oftmals werde bloss gemutmasst. Jedenfalls habe er sein Aktivitätsniveau nicht gesteigert (Urk. 1 S. 8-11, Urk.

## **E. 5**

Januar 2008 erstattet wurde (Urk. 6/66).

Die IV-Stelle lehnte hierauf eine Kostengutsprache für berufliche Massnahmen ab (Urk. 6/51) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 26. März 2009 rückwirkend ab April 2007 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 6/75 und 6/84).

Ausserdem auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten mit Schreiben vom 26. November 2008

eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer psychiatrischen Behandlung (Urk. 6/68). Als der Versicherte diese nach eigenen Angaben aus finanziellen Gründen und zufolge „Vertrauensbruchs“ des Psychiaters

Dr. med. B.\_\_\_\_

im Juni 2009 abbrach, leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein

(Urk. 6/88, 6/106, 6/108/5-6, 6/108/17-19, 6/110).

Sie liess den Versicherten einen Fragebogen ausfüllen (Urk. 6/108), der diesem erneut ein Schmerztagebuch beilegte (Urk. 6/108/7-15). Ferner holte sie

einen Bericht bei Dr. med. C.\_\_\_\_ ein, der den Versicherten ab November 2009

psychiatrisch behandelte (Urk. 6/117). Anschliessend auferlegte sie dem Versicherten erneut eine Schadenminderungspflicht im Sinne einer psychiatrischen Behandlung (Urk. 6/119) und bestätigte mit formloser Mitteilung vom 25. März 2010 die bisherige ganze Invalidenrente (Urk. 6/120).

Im Revisionsverfahren im Jahr 2012 liess die IV-Stelle den Versicherten wieder einen Fragebogen ausfüllen (Urk. 6/121), der diesem einen aktuellere rheumatologischen Bericht beilegte (Urk. 6/121/4 f.). Ferner holte die IV-Stelle einen Bericht bei Dr. C.\_\_\_\_ ein, der vom Abbruch der Therapie berichtete und eine Abklärung im stationären Rahmen empfahl (Urk. 6/123).

In der Folge auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. September 2012 (Urk. 6/125/4) eine Schadenminderungspflicht nunmehr im Sinne einer Facharztbehandlung Psychiatrie mit stationärer diagnostisch-therapeutischer Abklärung (Urk. 6/126). Im Übrigen bestätigte sie

die bisherige ganze Invalidenrente mit Mitteilung vom 7. September 2012 ( Urk. 6/127).

### **E. 5.1**

Demgemäss schlussfolgerten die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_, konkret Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, in der konsiliarischen Besprechung im Jahr 2008, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Samen- und Pflanzenverkäufer, aber auch für die gelernte Tätigkeit als Landschaftsgärtner und alle in Frage kommenden beruflichen Verweistätigkeiten

betrage aus schliesslich aus psychiatrischen Gründen momentan 0 %

( Urk. 6/66/20).

Dem gegenüber kamen die vier F.\_\_\_\_ - Gutachter im Jahr 2014

zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aus polydisziplinärer Sicht sowohl für die angestammte Tätigkeit als Landschaftsgärtner wie auch jede andere körperlich leichte bis zumindest teilweise schwere Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig

( Urk. 6/143/23 f.).

Ausschlaggebend für die diametrale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit waren somit die von den beiden Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.\_\_\_\_ im Jahr 2008 und Dr. med. K.\_\_\_\_ im Jahr 2014, erstellten Teilgutachten.

### **E. 5.2**

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

In den Akten finden sich indessen keine Berichte über konsequente psychiatrische und psychopharmakologische Behandlungen des Beschwerdeführers, obwohl ihm mehrfach eine entsprechende Schadenminderungspflicht auferlegt wurde. Dass er in der F.\_\_\_\_-Untersuchung angab, seit zwei Jahren einmal monatlich Med. prakt.

E.\_\_\_\_

auf zuzusehen und keine Psychopharmaka zu beziehen, genügt nicht zum Nachweis einer therapieresistenten Depression (vgl. Urk. 6/143/10).

### **5.5.3**

Zur Verdachtsdiagnose einer Schizophrenie simplex in Differentialdiagnose zu einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer andauernden Persönlichkeitsänderung hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, diese könne aufgrund der eigenen Befunde nicht nachvollzogen werden. Für eine schizophrene Erkrankung fehle auch ein objektiv nachvollziehbarer Leistungsknick, ebenso bestünden weder psychische Merkmale noch eine Desorganisiertheit. Der Beschwerdeführer finde sich in seinen Hobbys sehr gut im Leben zurecht. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung beruhe offenbar auf den schwierigen Erlebnissen mit der Mutter. Diese erfüllten nicht die Kriterien für ein Ereignis mit lebensbedrohlichem katastrophalem Ausmass. Der Beschwerdeführer zeige auch nicht das entsprechende klinische Bild mit emotionaler Abstumpfung oder Schreckhaftigkeit. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung werde nicht näher ausgeführt und

könne ebenfalls nicht bestätigt werden ( Urk. 6/143/13 f.). Ergänzend ist der Gesamtbeurteilung des F.\_\_\_\_ -Gutachtens zu entnehmen, die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien nicht stark ausgeprägt, so dass eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden könnte ( Urk. 6/143/24).

Bei seiner Argumentation übersieht Dr. K.\_\_\_\_ , dass die Schizophrenia simplex

im Sinne von ICD-10: F20.6

definiert wird als ungewöhnlich es und seltenes Zustandsbild mit schleichender Progredienz von merkwürdigem Verhalten, der Unmöglichkeit, soziale Anforderungen zu erfüllen und mit Verschlechterung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Wahnvorstellungen und Halluzinationen treten nicht in Erscheinung. Die Störung ist weniger offensichtlich psychotisch als die hebephrene , paranoide und katatone Unterform der Schizophrenie. Die charakteristischen negativen Merkmale des schizophrenen Residuums wie Affektverflachung , Antriebsminderung usw. entwickeln sich ohne vorhergehende floride psychotische Symptome. Auf einen weiteren sozialen Abstieg kann

Nichtsesshaftigkeit folgen, und der Betreffende wird selbstversunken, untätig und ziellos

(vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014 , S. 138). Das bloße Fehlen eines Leistungsknicks, von psychotischen Merkmalen und Desorganisiertheit eignet sich daher nicht zum Ausschluss dieser Diagnose, deren Stellung sehr schwer ist und deshalb in den diagnostischen Leitlinien ausdrücklich nicht empfohlen wird. Wie in diesem Zusammenhang die letzte Tätigkeit als Verkäufer in einem reduzierten Pensum zu werten ist, kann offen bleiben.

Die Differentialdiagnose einer Persönlichkeitsänderung oder posttraumatischen Belastungsstörung , denen definitionsgemäss extreme Belastungen vorausgehen (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt

[Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014 , S. 208 und 286 f.), beruhen

tatsächlich einzig auf der Äusserung des Beschwerdeführers, Schlimmes erlebt zu haben .

Med. prakt.

E.\_\_\_\_

räumt ein , dass über die Biographie bisher wenig zu erfahren gewesen sei . Genauso wie Dr. C.\_\_\_\_

zuvor erklärt hatte, der Beschwerdeführer mache kaum Auskünfte zu seinem Alltag. Dr. J.\_\_\_\_ hatte den Beschwerdeführer ebenfalls als verschlossen in Bezug auf das Thema Beziehungen beschrieben . Dementsprechend ist auch dem F.\_\_\_\_ -Gutachten nicht mehr als dem Vorgutachten zu entnehmen, nämlich dass die familiären Beziehungen

seit jeher schwierig sind und der Beschwerdeführer soziale Kontakte nur zu einem guten Kollegen schildert,

noch nie mit einer Frau zusammenlebte

sowie den Tag mit Haushalt, Lesen und Fahrradfahren – sowie offenbar neu mit Basteln, Zeichnen und Fotografieren – verbringt ( Urk. 6/143/10 f. im Vergleich zu Urk. 6/66/33 f. und 6/66/11-13). Zutreffend ist, dass die von Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierten akzentuierten

Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermögen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen), wie sie von Dr. C.\_\_\_\_

als Verdachtsdiagnose letzten Endes auch gestellt wurde. Eine solche erscheint angesichts der auffälligen Erwerbsbiographie mit zahlreichen Stellenwechseln (Urk. 6/28, Urk. 6/66/11 f. Berufsanamnese) sowie der Kommentare der früheren Arbeitgeberin (Urk. 6/14/5 und 6/44) und des Sachbearbeiters der IV-Stelle (Urk. 6/22/7 „Ergebnisse der eignungsdiagnostischen Abklärung“) jedenfalls nicht abwegig. 5.5.4

Einigkeit besteht in

der ärztlichen Berichterstattung darin, dass die Arbeitsfähigkeit nicht primär durch eine somatoforme Störung im Sinne von ICD-10: F45 eingeschränkt ist. Während es sich gemäss Dr. K.\_\_\_\_

letztlich jedoch um eine überwindbare Somatisierungsstörung handeln soll, gehen alle übrigen Ärzte davon aus, die körperlichen Beschwerden seien Ausdruck einer psychischen Komorbidität (Depression, Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie). Hiervon ausgenommen ist Dr. G.\_\_\_\_, der ein Fibromyalgiesyndrom in Betracht zog

(vgl. dazu BGE 132 V 65 E. 4). Hervorzuheben ist, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 die Überwindbarkeit aufgab (E. 3.5). Die Frage, ob die diagnostizierte Schmerzstörung zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, stellt sich somit nicht mehr im Hinblick auf die Widerlegung einer Ausgangsvermutung. Vielmehr hat neu anhand eines Kataloges von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (E. 3.6). Im F.\_\_\_\_-Gutachten wurde eine Arbeitsunfähigkeit zufolge Somatisierungsstörung – wie dargelegt wenig überzeugend – man gelte psychischer Komorbidität und unter pauschalem Hinweis, dass die Foersterkriterien nicht erfüllt seien, verneint. Damit genügt das Gutachten weder den früheren und erst recht nicht den aktuellen diagnostischen Anforderungen gemäss Bundesgericht.

#### **E. 5.4.1**

Soweit es die relevante Berichterstattung der behandelnden Psychiater betrifft, übernahm Dr. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 22. Februar 2010 die Diagnosen des

Vorgutachtens. Dazu erläuterte er, der Gesundheitszustand sei unverändert schlecht. Die zuvor durchgeführte Therapie habe mehrheitlich aus Neurofeedback bestanden und weder ein rudimentäres Krankheitsverständnis gebracht, noch die Beschwerden gemindert. Diese würden Muskelschwäche, Müdigkeit, Kopf- / Rückenschmerzen sowie Schwindelgefühl umfassen und eine rasch wechselnde, unvorhersehbare Intensität aufweisen. An psychischen Beschwerden, die vom Beschwerdeführer selbst nicht explizit vor gebracht

würden, dominierten depressive Symptome und soziale Unsicherheit mit deutlichem Misstrauen gegenüber den Mitmenschen. Zum Befund notierte Dr. C.\_\_\_\_, der kräftig gebaute Beschwerdeführer mit rauhen Händen spreche mit lauter Stimme und gebe sich zurückhaltend freundlich ohne erkennbare Nervosität. Antrieb und Steuerung seien unauffällig. Affektiv wirke er erstaunlich wenig betroffen in einer kämpferisch angestregten Art. Sein Denken sei formal ungestört, inhaltlich aber stark auf seine körperlichen Beschwerden fixiert. Hinweise auf Halluzinationen oder Wahnideen fehlten. Suizidgedanken würden nicht berichtet. Die Leistungsfähigkeit sei um 80 bis 100 %

eingeschränkt zufolge Kraftlosigkeit, Müdigkeit, Schmerzen, Schwindelgefühle, depressive Gemütslage und starke soziale Ängste, wobei die soziale Unsicherheit die übermässige Erschöpfbarkeit verstärken dürfte. Eine Verbesserung des affektiven Zustandes sei schwierig zu erreichen, da der bisherige Verlauf für ein chronifiziertes Krankheitsgeschehen spreche. Voraussetzung sei, es gelinge, das Misstrauen wesentlich zu vermindern

(Urk. 6/117).

#### **E. 5.4.2**

Im Bericht vom 6. August 2012 stellte Dr. C.\_\_\_\_

zusätzlich die Verdachtsdiagnose kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizoiden und impulsiven Zügen (ICD-10: F61.0). Dazu berichtete er, die Behandlung sei in abnehmender Frequenz (13 Sitzungen im Jahr 2010, 5 Sitzungen im Jahr 2011)

und im April 2012 ein Abschlussgespräch durchgeführt worden. Dieses sei von starkem Misstrauen, fehlender Therapiemotivation und passiv abwehrender Haltung gegenüber eigenen Problemen und Veränderungen geprägt gewesen. Der Beschwerdeführer bezeichne sich selbst als Einzelgänger und habe sich mehrmals für einige Wochen in die Ferien abgemeldet. Auf entsprechende Nachfragen habe er mit heftigen Vorwürfen reagiert oder seine Absichten verschwiegen. Es sei ihm stets ein grosses Anliegen gewesen, sich nicht festlegen zu müssen, oft sei er Antworten schuldig geblieben oder habe auf frühere verwiesen. Die Cymbaltamedikation habe er nach wenigen Wochen selbst abgesetzt – bestätigt in der Überzeugung, dass Medikamente wirkungslos seien. Eigene Themen habe er nicht eingebracht. Die Aufforderung zu mehr Eigeninitiative habe ihn zudem darin bestärkt, dass ihm niemand helfen könne. Schliesslich habe die Diagnose von Dr. G.\_\_\_\_ ihn darin bestärkt, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden, und auf weitere Termine zu verzichten. Dr. C.\_\_\_\_ erhob alsdann ähnliche Befunde wie zu Beginn seiner Therapie. Zusätzlich hielt er fest, der Beschwerdeführer spreche sein Misstrauen immer wieder offen aus. Auskünfte zu seinem Alltag mache er kaum, Nachfragen weiche er meist aus oder lasse sie unbeantwortet. Dabei wirke er rechthaberisch und hintergründig herausfordernd. Affektiv erscheine er gelassen trotz der wiederholten Äusserung, nur knapp zu überleben. Er betone immer wieder, nicht depressiv zu sein und keine Suizidgedanken zu haben. In kämpferischer Art drücke er seine Überzeugung aus, nie aufzugeben. Eigene Gefühle könne er nicht beschreiben. Deutlich werde seine Angst, von anderen zu etwas gezwungen zu werden und sein Bemühen, keine Erwartungen aufkommen zu lassen, damit er nicht enttäuscht werde. Das Krankheitsbild zeige sich daher unverändert und entsprechend der bisherigen Erfahrung sei eine Verbesserung schwierig zu erreichen. Insbesondere werde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei unveränderter Grundhaltung

kaum eine solche bewirken.

Da die Beschwerden und ihr Ausmass, wie auch der geführte Lebensalltag sich allein auf die zwar in sich konsistente Schilderung des Beschwerdeführers beziehe, könnte eine Beurteilung im stationären Rahmen für eine Verifizierung und allenfalls eine diagnostisch-therapeutische Klärung hilfreich sein ( Urk. 6/123).

### **E. 5.4.3**

Die zuletzt behandelnde Med. prakt. E. \_\_\_ stellte am 21. Dezember 2013 erstmals die Verdachtsdiagnose Schizophrenia

simplex (ICD-10: F20.6) in Differentialdiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) oder andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62). Dazu erklärte sie, der Beschwerdeführer nehme zuverlässig alle vier Wochen Konsultationen wahr. Der massive soziale Rückzug habe sich in der Therapie darin gezeigt, dass er sich schwer getan habe, Vertrauen zu fassen. Immer noch müsse am Beziehungsaufbau gearbeitet werden, wobei in den letzten Monaten erhebliche Fortschritte erzielt worden seien. Diagnostisch sei der Zustand schwer einzuschätzen, weshalb man den Fall im Team besprochen habe. Der Beschwerdeführer klagt über diverse, wechselnd auftretende somatische Beschwerden und scheinbar dabei auf die Diagnose Fibromyalgie fixiert. Langsam gelinge es ihm jedoch, die Beschwerden im Zusammenhang mit einem psychischen Leiden zu sehen, wobei weiterhin psychoedukative Arbeit zu leisten sei. Womöglich seien die Beschwerden als Wahrnehmungsstörung (Zönästhesien) einzuordnen. Diese Symptomatik sowie die affektive Verflachung, die Alexithymie, der soziale Rückzug, die Negativsymptomatik und Abnahme der Leistungsfähigkeit, alles anamnestisch schleichend aufgetreten, liessen an eine

Schizophrenia

simplex denken. Über die Biographie sei bisher wenig zu erfahren gewesen. Diesbezüglich bestehe ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten unter wiederholter Andeutung, Schlimmes durchgemacht zu haben, so dass differentialdiagnostisch an eine andauernde Persönlichkeitsänderung zu denken sei. Insgesamt zeige sich über die letzten Jahre eine deutliche Verschlechterung und Chronifizierung des psychischen Zustandes. Eine Verbesserung sei auch langfristig kaum möglich. Der Beschwerdeführer habe sich seine Tagesstruktur mit Haushalt, Velofahren und je nach Schmerz Treffen mit einigen wenigen Freunden soweit aber gut eingereichte und eine „Nische“ gefunden, in der er funktionsfähig bleibe. Ziel der Therapie sei die Stabilisierung auf niedrigem Niveau und Funktionsfähigkeit im Alltag wie bislang.

Eine stationäre Therapie sei nicht nötig, solange Funktionsfähigkeit und Zuverlässigkeit gegeben seien ( Urk. 6/133). 5. 5

#### 5.5.1

Obschon letztlich nicht die korrekte diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 136 V 273 E. 3.2.1), fällt auf, dass nach eigener Untersuchung nicht zwei Ärzte vorbehaltlos dieselbe psychiatrische Diagnose stellten.

Die ärztliche Beurteilung trägt sodann zwar von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge, die es zu respektieren gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_278/2016 vom 2. Juli 2016 E. 3.4.3). Dennoch ist es bemerkenswert, dass die psychiatrische Beurteilung der Intensität des Leidens und der Arbeitsfähigkeit durch Dr. K.\_\_\_\_

allen anderen ärztlichen Beurteilungen diametral gegenüber steht. Dabei beruht insbesondere die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ auf einem längeren Behandlungszeitraum, in dem er wertvolle Erkenntnisse sammeln konnte, ohne dass es ihm gelungen wäre, zum Beschwerdeführer ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, das von vornherein Zweifel an seiner Objektivität erwecken würde (vgl. zur Würdigung von Berichten behandelnder Arztpersonen BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc und 124 I 170 E. 4). 5.5.2

Zum abweichenden Untersuchungsergebnis im Vorgutachten führte Dr. K.\_\_\_\_

aus, damals

sei eine mittelschwere depressive Störung bei Alexithymie, einer ausgeprägten Somatisierung und einer chronischen Müdigkeit mit Muskelschwäche ohne objektivierbares somatisches Korrelat diagnostiziert und gleichwohl eine 100%-Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Eine depressive Störung könne aufgrund der heutigen Befunde nicht mehr bestätigt werden. Es bestehe keine vitale Traurigkeit, Antriebsstörung oder Lebensunlust (Urk. 6/143/13 f.).

Bereits die Formulierung „gleichwohl“ deutet klar darauf hin, dass Dr. K.\_\_\_\_

in erster Linie die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Vorgutachten als falsch beurteilte. Dementsprechend machte er sich nicht die Mühe, sich damit auseinanderzusetzen, dass Dr. J.\_\_\_\_ die depressive Störung neben dem verminderten Antrieb nicht mit der von ihm aktuell verneinten Traurigkeit und Lebensunlust, sondern in erster Linie mit

subjektiver Müdigkeit, tiefem Selbstwertgefühl, sozialer Isolierung bei Beziehungsarmut und geringer Motivation begründet hatte. Dabei legen weder das F.\_\_\_\_-Gutachten noch die übrigen Arztberichte

in irgend einer Weise nahe, dass bezüglich dieser Befunde – mit Ausnahme des in allen später datierten Arztberichten bzw. schon seit Februar 2010 als unauffällig beschriebenen Antriebs – eine massgebliche Änderung eingetreten ist. Die geklagten Beschwerden haben denn auch

eher zu - (Schwindelgefühle, Magenbeschwerden) als abgenommen (Urk. 6/143/10 im Vergleich zu Urk. 6/66/34).

Nichtsdestotrotz ist festzuhalten, dass Dr. J.\_\_\_\_

gemessen an den Kriterien nach dem üblichen Klassifikationssystem ICD-10

kein geradezu typisches Beschwerdebild einer mittelgradigen depressiven Episode beschreibt (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 169-173). Darüber hinaus bezeichnete er die Prognose als ungewiss, rechnete aber innert zwei Jahren mit ersten Therapieerfolgen.

In diesem Sinne

hielt auch das Bundesgericht schon

mehrfach fest, dass nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar

sein. Leichte bis mittelgradige depressive Störungen würden daher nur als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Die Therapie müsse

in diesem Sinne konsequent gewesen sein, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden seien (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E).

#### **E. 5.6**

Zusammenfassend kann nicht auf das F.\_\_\_\_ - Gutachten abgestellt werden, dessen oberflächliche Auseinandersetzung mit den Vorakten nicht überzeugt und das keine Änderung in den Befunden nachweist, die eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 100 % zu erklären vermag. Der Beschwerdeführer rügt daher zu Recht, dass es sich wohl um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes handelt. Dass Dr. K.\_\_\_\_

darüber hinaus trotz spärlicher Angaben

des Beschwerdeführers über seine Vergangenheit und Beziehungen einzig einen Libidostau als mögliche Ursache der beruflichen und sozialen Schwierigkeiten erwähnt, vermag erst recht nicht zu überzeugen. Gleichzeitig

bestehen auch Zweifel an der Ursprungsdiagnose einer mittelgradigen depressiven Störung, so wie sie im Vorgutachten begründet wurde. Indessen

gibt es durchaus Anhaltspunkte für eine andauernde psychogene Störung mit Krankheitswert, die nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen sind.

Die Gesamtwürdigung der Arztberichte führt zum Schluss, dass sich die Diagnosestellung aufgrund des komplexen Beschwerdebildes, der wenigen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und fehlender fremdanamnestischer Angaben

zu allen Zeiten äusserst schwierig gestaltet. Der medizinische Sachverhalt wurde bisher nur ungenügend abgeklärt und es ist unklar, wie sich das Leiden im Alltag auswirkt, ob es grundsätzlich therapierbar ist und welche konkrete Therapie als zumutbar bzw. adäquat zu gelten hat. Die Behandlung wurde vom Beschwerdeführer bisher weitgehend selbst bestimmt – sowohl bezüglich der Frequenz der Gesprächstherapie als auch der Einnahme von Psychopharmaka.

Es ist daher der Empfehlung von Dr. C.\_\_\_\_

zu folgen und ein stationärer Aufenthalt einzuleiten, um ein objektives Bild der Beschwerden zu erhalten. Nur mit einer solchen Abklärung kann eine sachlich nachvollziehbare Grundlage zur Beantwortung der Fragen nach einer weiteren Berentung und zur Prüfung der Auferlegung einer Schadenminderungspflicht geschaffen werden. Ein stationärer Rahmen bietet zudem die Gelegenheit, eingehend die Möglichkeiten einer adäquaten Medikation zu prüfen.

Bereits in der letzten Revision

hatte der Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine diagnostisch-therapeutische Abklärung als sinnvoll erachtet ( Urk. 6/125/4) und eine solche wurde dem Beschwerdeführer auch im Sinne einer Schadenminderungspflicht auferlegt ( Urk. 6/126). Weshalb sie bis heute nicht durchgeführt wurde, ist unklar . Grund dafür kann jedenfalls nicht sein, dass er im Alltag auch mit einer ambulanten Therapie einigermaßen zurechtkommt . 6.

6.1

Die versicherte Person hat gemäss Art. 42 ATSG Anspruch auf rechtliches Gehör und kann innert 30 Tagen Einwände gegen den Vorbescheid vorbringen

(Art. 73 ter

Abs. 1 IVV). Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidswesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 180 E. 2b).

Das im Anspruch auf rechtliches Gehör enthaltene Recht auf eine Begründung soll die versicherte Person

zugleich in die Lage versetzen, einen Entscheid sachgerecht anzufechten ( vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_177/2015 vom 14. Oktober 2015 E. 3.1; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts B-3154/2012 vom 18. Februar 2014 E. 5.3) . 6.2

Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist (BGE 132 V 390 E. 5.1, 127 V 437 E. 3d/aa). Vorbehalten sind recht sprechungsgemäss diejenigen Fälle, in denen diese Verletzung nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (vgl. BGE 124 V 183 E. 4a mit Hinweisen). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs abzusehen, wenn und soweit diese zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichwertigen Interesse an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wäre ( vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1 und 116 V 182 E. 3d). Die Heilung soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 431 E. 3d/aa, 126 I 68 E. 2 und 126 V 130 E. 2b; vgl. dazu vorerwähntes Urteil B-3154/2012 E. 5.4). 6.3

In der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) führt die Beschwerdegegnerin zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 1. Oktober 2014

( Urk. 6/152)

aus, bezüglich der Eingliederungsmassnahmen sei anzumerken, dass die Eingliederungsberatung im Bericht vom 27. November 2014 festgehalten habe, dass er

nicht dazu bereit sei. Ferner erklärte sie, er habe keine neuen Tatsachen vorgebracht, die unberücksichtigt geblieben seien. Das Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Die mittelgradige depressive Episode habe sich zurückgebildet. Im Übrigen wiederholt sie wörtlich die Begründung ihres Vorbescheids vom 14. August 2014 (Urk. 6/144). Sie setzt sich in der angefochtenen Verfügung folglich nicht ansatzweise mit den detaillierten und begründeten Einwendungen des Beschwerdeführers gegen den Vorbescheid, insbesondere betreffend das F.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 6/152/4 f.), auseinander. Das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers wurde verletzt. Indessen ist festzustellen, dass der Schwere der Verletzung des Gehörsanspruchs und deren Heilbarkeit keine eigenständige Bedeutung zukommt, da der medizinische Sachverhalt ohnehin der eingehenden Abklärung bedarf. 7.

Zusammenfassend kann über den strittigen Leistungsanspruch somit nicht ohne zusätzliche medizinische und gegebenenfalls erwerbliche Abklärungen entschieden werden. Da die Abklärungen grundsätzlicher Natur sind, im Rahmen der Invaliditätsbemessung allenfalls schwierige Ermessenentscheide zu treffen sind und das rechtliche Gehör verletzt wurde, ist die Sache zur Durchführung der notwendigen stationären Abklärung und neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]; vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben.

Anzumerken bleibt, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung begründet in BGE 106 V 18 und bestätigt in BGE 129 V 370

der mit der revisionsweise verfügten Aufhebung einer Rente verbundene Entzug der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung auch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen

Verwaltungsverfügung andauert. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.– anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.– (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter stationärer diagnostisch-therapeutischer Abklärung über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 . – werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent - schädigung von Fr. 2 '4 00 . – (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

## **E. 8**

S. 3 ). 3.

Für die Beurteilung, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine Aufhebung der seit April 2007 bezogenen ganzen Invalidenrente rechtfertigt, bildet in zeitlicher Hinsicht die ursprüngliche Rentenverfügung vom 26. März 2009 den Ausgangspunkt und die angefochtene Verfügung vom

20. Januar 2015

den Endpunkt. Keine eigenständige Bedeutung kommt den formlosen Mitteilungen vom 25. März 2010 ( Urk. 6/120) und 7. September 2012 ( Urk. 6/27) zu, da im Vorfeld derselben einzig ein kurzer Bericht des jeweils behandelnden Psychiaters eingeholt wurde ( Urk. 6/117 und 6/123). Angesichts der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen und Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauens - stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) und einer der behandelnden Psychiater gar ausdrücklich eine Beurteilung im stationären Rahmen empfahl (vgl. Sachverhalt E. 1.2) ,

beruhten diese Mitteilungen

nicht auf einer rechtskonformen

Sachver - haltsabklärung .

Bei der ursprünglichen Rentenverfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin sodann vollumfänglich auf das Gutachten der MEDAS A. \_\_\_ vom 5. November 2008, das die Fachrichtungen Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, und Neurologie umfasste (

Urk. 6/66). Der angefochtenen Verfügung legte sie das internistisch - orthopädisch - psychiatrisch - neurologische Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2014 zugrunde ( Urk. 6/143). In den Vergleich der beiden Gutachten sind ferner – soweit relevant – die zeitlich dazwischen einzuordnen den Berichte behandelnder Arztpersonen miteinzubeziehen. 4. 4.1

Zur Abklärung allfälliger somatischer Beschwerden ist der zusammenfassenden Beurteilung der Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2008

( Urk. 6/66/19) zu entnehmen, der normosomen, muskulöse Beschwerdeführer wirke altersentsprechend und sei drei Stunden lang unauffällig im Stuhl gesessen. Im Labor seien ausser der (unbedeutenden) leichten Erhöhung des Monocytenprozents sämtliche Werte normal gewesen, insbesondere auch alle Parameter, welche auf eine Muskel-, Gelenk- oder Weichteilpathologie hätten hindeuten können (vgl. im Detail Urk. 6/66/16 f.) . Gemäss dem Rheumatologen liege weder klinisch noch labormässig ein Korrelat vor, das die angeführten Beschwerden erkläre. Das teilweise mit der Haltungsinsuffizienz und einer lumbosakralen Übergangsanomalie vergesellschaftete chronische thorakolumbale Schmerzsyndrom führe ebenfalls zu keiner Arbeitsunfähigkeit (vgl. im Detail Urk. 6/66/26-32) . Ebenso habe die Neurologin keine handfeste Pathologie objektiveren können. Die Etikette „chronisches Fatigue -Syndrom mit schneller körperlicher und kognitiver Ermüdbarkeit unklarer Ätiologie“ fusse lediglich auf subjektiven Angaben, ebenso die Kopfschmerzen vom Spannungstyp, so dass auch sie keine Arbeitsunfähigkeit attestieren könne (vgl. im Detail Urk. 6/66/38 f.) . 4.2

Die F.\_\_\_\_ Gutachter kamen in ihrer Gesamtbeurteilung im Jahr 2014 zum Schluss, bei der orthopädischen Untersuchung sei ein chronisches intermittierendes panvertebrales Schmerzsyndrom ohne degenerative Veränderungen der Wirbelsäule diagnostiziert worden. Der Status am Bewegungsapparat sei weitgehend unauffällig. Der Beschwerdeführer zeige einen guten Trainingszustand. Die angegebenen Beschwerden könnten aus orthopädischer Sicht somit nicht erklärt werden. In den neurologischen und orthopädischen Untersuchungen seien unauffällige Befunde erhoben worden. Eine neurologische Ursache für die Beschwerden bestehe nicht, ebenso wenig ein internistisches Leiden. Aufgrund früherer Untersuchungen ergebe sich der Verdacht auf eine milde benigne Hyper-CK-ämie, die aber keine wesentlichen Beschwerden verursache ( Urk. 6/143/23). In Auseinandersetzung mit den Vorakten erklärten die Gutachter ferner, von Seiten des Bewegungsapparates seien vom Y.\_\_\_\_ und von der MEDAS A.\_\_\_\_ weitgehend unauffällige Befunde erhoben worden. Eine anhaltende Muskelerkrankung habe nicht diagnostiziert werden können. Es bestehe daher Übereinstimmung mit der eigenen Beurteilung. Dies gelte auch für den späteren rheumatologischen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 12. Dezember 2011 (vgl. Urk. 6/1214 f. Verdachtsdiagnose eines Fibromyalgiesyndroms) . Ebenso bestehe aus neurologischer Sicht Übereinstimmung mit den früheren neurologischen Beurteilungen. Eine mögliche Hyper-CK-ämie sei nie als einschränkend angegeben worden ( Urk. 6/143/24). 4.3

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass weder die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_ noch diejenigen des F.\_\_\_\_ in der jeweiligen internistischen, neurologischen oder rheumatologischen respektive

orthopädischen Untersuchung relevante Befunde erhoben. In diesen Fachrichtungen wird dementsprechend einhellig und soweit nachvollziehbar eine 100%-Arbeitsfähigkeit attestiert, was von den Parteien nicht weiter beanstandet wird und folglich keinen Anlass zu

weiteren Bemerkungen gibt . 5.

## E. 12

).

Der Beschwerdeführer habe sich sodann von der Mutter nicht angenommen gefühlt . Ab dem 11. Altersjahr sei er beim Vater und einer pedantischen Stiefmutter aufgewachsen. Nach Abschluss der Lehre habe er bis 2004 fast jährlich die Stelle gewechselt und dann keine mehr gefunden . Er sei ledig und ohne Lebenspartnerin. Eine pharmakologische Behandlung finde nicht statt . Ebenso wenig setze der Beschwerdeführer Schlafmittel bei geklagten massiven

Ein schlafproblemen ein . In der Untersuchung habe er sich als körperlich unauffälliger, eher athletischer Naturbursche präsentiert und initialem nicht über psychische Beschwerden, sondern Rückenschmerzen, Muskelschwäche und Magenbeschwerden geklagt. Ein organisches Korrelat für diese

sei nicht vorhanden. Somit sei die Symptomatik als Somatisierungsstörung einzustufen. Weiter falle eine etwas auffällige Persönlichkeit mit einem leicht maniform-dysphorischen Verhalten auf . Der Beschwerdeführer scheine immer wieder unter grossen inneren Druck zu geraten. Es erfolge jedoch kein Impulsdurchbruch. Aus psychodynamischer Triebtheorie könnte bei zwei schwierig verlaufenden Mutterbeziehungen , fehlenden Partnerschaften und einem eher negativ gefärbten Frauenbild ein Sexual- respektive Libidostau vorliegen. Dieser könnte Ursache für das gesamte Beschwerdebild sein. In der Selbstdefinition scheine der Beschwerdeführer eine psychische Ursache der Somatisierung allerdings abzulehnen ( Urk. 6/143/12 f.) .

Damit liege

eine Somatisierungsstörung ohne erhebliche psychiatrische Komorbidität vor. Es bestehe lediglich eine gewisse Angespanntheit mit akzentuierten Persönlichkeitszügen. Die Foersterkriterien seien nicht erfüllt. Überdies würden vermutlich erhebliche Ressourcen im Alltag vorliegen. So bastle der Beschwerdeführer Bilderrahmen, zeichne, fotografiere und halte sich wahr scheinlich überwiegend in der Natur auf. Auffällig sei, dass er dem weiblichen Geschlecht skeptisch gegenüber stehe. Aufgrund der Befunde sei die Arbeitsfähigkeit wohl schon seit einiger Zeit nicht mehr eingeschränkt. Indessen empfinde sich der Beschwerdeführer selbst als schwer krank

( Urk. 6/143/13).

Urk. 6/143/13 f.) . In der Psychotherapie sei künftig auf die triebdynamische Komponente und ihre Folgen zu fokussieren ( Urk. 6/143/26).

Ergänzend ist der Gesamtbeurteilung der F.\_\_\_\_-Gutachter zu entnehmen, der Beschwerdeführer selbst fühle sich nicht mehr arbeitsfähig, was im Widerspruch zur kräftigen Körperstatur und der deutlichen Beschwielung der Hände stehe . Darauf habe sicher auch die Berentung Einfluss. Da kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, sei es ihm zuzumuten , die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen ( Urk. 6/143/24). Nach der langjährigen Absenz vom ersten Arbeitsmarkt benötige er aber professionelle Unterstützung beim Wiedereinstieg ,

weshalb eine Arbeitsvermittlung anzubieten sei. Ob sich seine geringe Motivation mit der Tatsache einer möglichen Rentensistierung ändere, könne nicht vorausgesagt werden (Urk. 6/143/25).

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