

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00527 vom 12. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00527

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00527 du 12 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00527 del 12 agosto 2015

Erwägungen

E. 18

S. 81, 9C_418/2010 E. 3.2).

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung not wendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung , Arbeitsunfähigkeits schätzung , Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_837/2010 vom 30. August 2011 E. 2.5.1).

Zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung kann (auch) bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil des Bundesgerichts 9C_1014/2008 vom 14. April 2009 E. 3.2.2).

Entscheidend ist nicht, ob die frühere Leistungszusprache unter Berücksichtigung sämtlicher Teilaspekte richtig und angemessen war, sondern ob sie mit Blick auf die damalige Sach- und Rechtslage insgesamt als vertretbar erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_575/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 3.3). 1.3

Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und

Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteile des Bundesgerichts I 632/04 vom 23. Februar 2005 E. 3.1 und 9C_215/2007 vom 2. Juli 2007 E.

3.2). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Aufhebung der ganzen Rente mit der bis vor kurzem geltenden Überwindbarkeitsrechtsprechung des Bundesgerichts sowie mit der Praxis, wonach

leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episoden

in diesem Zusammenhang als Begleiterscheinung einer somatoformen Schmerzstörung und nicht als selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität geltend würden. Sie kam zum Schluss, aufgrund der Rechtsprechung liege kein invalidenversicherungsrelevanter Gesundheitsschaden mehr vor. Im Weiteren sei bei der Rentenzusprache von einer schweren Depression ausgegangen worden, obwohl im Gutachten der Z.____ vom 15. November 2011 eine überdurchschnittliche Tendenz zur Somatisierung und eine überdurchschnittliche phobische Angst attestiert worden seien. Auch die andern vor dem Y.____-Gutachten ergangenen medizinischen Vorakten hätten höchstens eine mittelschwere Depression attestiert. Insgesamt liege kein lang anhaltender Gesundheitsschaden von erheblicher Schwere vor, weshalb kein Anspruch auf eine Rente bestehe (Urk. 2 S. 2 f.). 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, im Y.____-Gutachten vom 13. März 2012 sei nachvollziehbar und zutreffend dargelegt worden, weshalb keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sondern in psychischer Hinsicht eine eigenständige chronifizierte depressive Störung schweren Grades vorliege. Es leuchte absolut nicht ein, inwiefern die Rentenverfügung vom 21. August 2012 unter diesen Umständen zweifellos unrichtig gewesen sein soll (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 5 f.). 3. 3.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das durch die IV-Stelle veranlasste psychiatrische Gutachten der Y.____ vom 13. März 2012 (Urk. 7/24). Darin stellten die Gutachterinnen, Dr. med. C.____, Assistenzärztin, und Dr. med. D.____, Leitende Ärztin und Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Sie gaben an, der Beschwerdeführer sei in gedrückter Stimmung und beklage Interessen-, Freud- sowie Antriebslosigkeit. Im Weiteren seien die Konzentration und die Aufmerksamkeit stark eingeschränkt gewesen. Es bestünden ein Verlust des Selbstwertgefühls sowie Gefühle von Nutzlosigkeit und Schuld. Die Kopf- und Nackenschmerzen würden sie als somatische Symptomkomponente sehen. Bei einer schweren Depression sei das somatische Syndrom generell fast immer vorhanden. Auch die psychometrische Diagnostik (BDI und HAM-D-21) erhärte die klinische Diagnose. Die Symptome der depressiven Erkrankung wirkten sich klinisch und gemäss Mini-ICF APP als mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung in allen Lebensbereichen aus (S.

18).

Die Gutachterinnen führten weiter aus, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) werde von ihnen nicht gestellt, da sie nur angezeigt sei,

wenn der andauernde, schwere und quälende Schmerz nicht durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung vollständig erklärt werden könne. Auch bestehe beim Beschwerdeführer keine histrionische Verarbeitung der organisch verursachten Schmerzen. So habe er sich während den Befragungen nicht vorwurfsvoll gezeigt und auch kein Aufmerksamkeit suchendes Verhalten präsentiert. Gemäss dem Bericht und der mündlichen Aussage von Prof. Dr. med. E.____, FMH Orthopädie und Traumatologie, Leiter der Arzt Orthopädie der Z.____, seien die körperlichen Beschwerden des Beschwerdeführers einem somatischen Korrelat zuordenbar (vgl. Urk. 7/22/7-8). Im Austrittsbericht des F.____ vom 27. Juli 2011, in dem die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden sei (vgl. Urk. 7/17), sei auch der Zusatz „bei allerdings somatisch nach gewiesenem klinisch relevantem Befund, laut Klinik G.____“ angefügt worden (S. 18 und S. 22).

Die Y.____-Gutachter innen kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seit September 2010 in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 20). Das gegenwärtige Belastungsprofil, das klinisch und ergänzend durch die psychometrische Testung mit dem Mini-ICF APP erhoben worden sei, enthalte ausgeprägte Leistungseinbussen in allen Lebensbereichen. Der Beschwerdeführer sei nur durch Unterstützung seiner Ehefrau in der Lage, sich um seine Basisbedürfnisse zu kümmern. Aufgrund der depressiven Erkrankung bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den ersten und den geschützten Arbeitsmarkt. Es seien jedoch noch nicht alle Therapiemöglichkeiten ausreichend ausgeschöpft. Durch eine konsequente psychopharmakologische Behandlung der depressiven Erkrankung nach international anerkannten Guidelines könne eine Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden, wobei als realistisches Therapieziel in erster Linie die Bewahrung von möglichst viel Eigenständigkeit in der selbständigen Lebensführung und die Verhinderung von weiterem Unterstützungsbedarf betrachtet werden müsse (S. 19). Aufgrund der Sprachbarriere könne der Beschwerdeführer nur sehr bedingt von zusätzlichen psychotherapeutischen Behandlungsangeboten profitieren. Es sei davon auszugehen, dass bei einer Beschwerdeverbesserung der depressiven Symptome auch seine Entscheidungsfähigkeit in Bezug auf eine Ausweitung von diagnostischen und therapeutischen Massnahmen hinsichtlich des Rückenleidens verbessert werden könne. Daher sei eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit von psychiatrischen und somatischen Fachärzten erforderlich. In diesem Zusammenhang wären Auskünfte über den bisherigen Verlauf der ambulanten psychiatrischen Behandlung sehr dienlich gewesen, um die tatsächlich vorhandenen therapeutischen Ressourcen beurteilen zu können (S. 21), wozu der behandelnde Psychiater Dr. med. B.____ aber nicht bereit gewesen sei (S. 13).

Aus diesem Grund und aufgrund der Komplexität des Erkrankungsbildes sei es ihnen daher nicht möglich, die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, die sich durch Einsatz von medizinischen Massnahmen ergeben könnte (S. 21). Der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen seiner gegenwärtigen Möglichkeiten bemüht, seine Mitwirkungspflicht in einem Gesamtbehandlungsplan zu erfüllen. Seine geringe Belastbarkeit sei ein Symptom der schweren Depression

(S. 19). 3. 2

Des Weiteren lag im Zeitpunkt der Rentenzusprache

der

Bericht des Z.____

über das Assessment vom 25. Oktober 2011 zuh anden des Krankentaggeldversicherers vor (Urk. 7/22). Die Gutachter stellten die nachfolgenden Diagnosen (S.

4) :

Chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom, bekannt seit mehreren Jahren, anfänglich mehr links als rechts, aktuell vor allem rechts •

leichte bis mittelgradige Degeneration der gesamten lumbalen Wirbelsäule, distal vor allem dorsal betont • MRI LWS vom 16.9.2009: Rezessusstenose linksbetont bei Spondylarthrose L4/L5, geringer ausgeprägt L5/S1 linksbetont • MRI LWS vom 13. 10.2010: rechtsseitige Diskushernie L5/S1 mit Affektion der Wurzel S1 rechts • Status nach Nervenwurzelblock S1 rechts am 26. 11.2011 (Klinik G.____)

mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

leichte Adipositas

Die Gutachter hielten fest, der Beschwerdeführer habe in den letzten 23 oder 24

Jahren, seit er in H.____ respektive der Schweiz wohne, immer sehr streng und vorwiegend im Tiefbau gearbeitet. Seit Frühling 2011 sei er wegen chronischer Schmerzen lumbosakral und im rechten Bein zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (S. 7). Die Ursache dieser Beschwerden sei mit grosser Wahrscheinlichkeit eine mediane Diskushernie L5/S1 bei mittelgradiger Degeneration der gesamten lumbalen Wirbelsäule. Durch diese mediane Diskushernie sei es anfänglich zu einer Nervenwurzelkompression der vorbeiziehenden Nervenwurzel S1 links gekommen, was die Symptomatik im linken Bein erklärt habe, und nun sei es zu einer Kompression der Nervenwurzel S1 rechts gekommen, was die Symptomatik im rechten Bein erkläre (S. 4). Durch eine Infiltration dieser Nervenwurzel sei es diagnostisch-therapeutisch sehr wahrscheinlich, dass die Beschwerden zur Besserung gebracht werden könnten. Dies gelte insbesondere deshalb, weil es sich um eine kleine Diskushernie handle. Falls diese Therapie nicht ansprechen sollte, käme allenfalls eine Diskektomie L5/S1 in Frage. Der Beschwerdeführer werde mit dieser Therapie voraussichtlich wieder zu 100 % im Tiefbau arbeiten können. Dabei sei selbstverständlich auch die psychische Situation entscheidend, die jedoch sicher mit der Schmerzsituation zusammen hänge und durch Existenzängste beeinträchtigt sei. Voraussetzung für eine erfolgreiche Reintegration sei eine ganzheitliche Behandlung sowohl der somatischen wie auch der psychischen Beschwerden (S. 7). Die Gutachter gaben zudem an, für die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei eine Verminderung der depressiven Symptomatik zwingend (S. 5).

3.3

Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, kam in ihrer Stellungnahme vom 4. April 2012 (Urk. 7/26 S. 5 f.) zum Schluss, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht auf das Gutachten der Y.____ abgestellt werden sollte. Demnach sei beim 54-jährigen Versicherten ein kombinierter, somatisch-psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. Anhand der Aktenlage sei derzeit vorwiegend eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) für die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit verantwortlich. 4. 4.1

Zu prüfen ist, ob die Zuspreehung einer ganzen Rente mit Verfügung vom 21. August 2012 zweifellos unrichtig war. Da die IV-Stelle bei ihrem Entscheid auf das Gutachten der Y.____ abstellte, bezieht sich diese Prüfung in erster Linie auf die darin enthaltenen gutachterlichen Einschätzungen. 4.2

Vorweg ist festzuhalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Dieser Ermessenscharakter kommt im Übrigen noch in gesteigerter Masse der Arbeits(un)fähigkeitsschätzung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_78/2014 vom 18. März 2014 E. 4 mit Hinweisen). 4.3

Bei der Expertise der

Y.____

handelt es sich keineswegs

um eine nicht nachvollziehbare ärztliche Einschätzung (vgl. E. 1. 2). Vielmehr erfüllt sie die rechtsprechungsgemässen Kriterien hinsichtlich der Beweiswertigkeit eines ärztlichen Berichtes (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend. Es

beruht auf eigenen psychiatrischen Untersuchungen unter Beizug eines Dolmetschers (Urk. 7/24 S.

14) mit klinischer Befunderhebung und psychometrischer Diagnostik an zwei Gesprächsterminen, wobei der zweite Termin von der leitenden Ärztin Dr. D.____

wahrgenommen wurde. Die Gutachterinnen berücksichtigten die geklagten Beschwerden angemessen, hatten Kenntnis der Vorakten und holten eigens zusätzliche Auskünfte ein beim Hausarzt pract. med. A.____

sowie beim leitenden Arzt Orthopädie der Z.____, der den Bericht zum Assessment vom 25. Oktober 2011

mitunterzeichnet hatte. Der behandelnde Psychiater wollte keine telefonischen Auskünfte erteilen.

Schliesslich sind die

Darlegung der medizinischen Zusammenhänge, die Beurteilung der medizinischen Situation und die Auseinandersetzung mit den Vorberichten nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere für die Begründung, wonach die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei vorhandenem somatischem Korrelat und fehlender histrionischer Verarbeitung der organisch verursachten Schmerzen nicht gestellt werden könne.

Nicht zu überzeugen vermag demgegenüber der Hinweis der Beschwerdegegnerin, im Gutachten der Y.____ sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung deshalb nicht gestellt worden, weil es sich um ein psychiatrisches Gutachten handle (Urk. 2 S. 3), ist die anhaltende somatoforme Schmerzstörung doch eine psychische Erkrankung (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 9. Auflage 2014, S. 233 zu ICD-10 F45.4). Die Begründung, wonach die depressive Störung als nicht invalidisierende Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung

gelte (Urk. 2 S. 2), erweist sich somit bereits mangels entsprechender Diagnose im massgeblichen Gutachten der Y.____ als unzutreffend. Daran vermag auch der Umstand , dass der behandelnde Psychiater in seinem im Revisionsverfahren eingeholten Bericht vom 29 .

November 2014 (Urk. 7/53/1-3) wieder eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) diagnostizierte , nicht s zu ändern . 4. 4

Der Umstand , dass die Gutachter der Z.____ anlässlich ihre s Assessments vom 25. Oktober 2011 neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung

(nur) eine mittelgradige depressive Episode feststellten (vgl. Urk. 7/22/7) , lässt die Diagnose einer schweren depressiven Episode im Y.____ -Gutachten nicht als unzutreffend erscheinen , fanden die psychiatrischen Untersuchungen der

Y.____

doch erst im Februar 2012 statt (Urk. 7/23) und weist auch die telefonische Auskunft des Hausarztes, der von einem Zusammenbruch in der Arztpraxis vor Neujahr berichtete (Urk. 7/24 S. 12), auf eine

in der Zwischenzeit eingetretene Zuspitzung der psychischen Beschwerden

hin . 4. 5

Dass die Y.____ -Gutachter innen in Anbetracht der erhobenen Befunde , die sie eine r schwere n depressive n Episode

zuordneten ,

von einer 100%igen Arbeits unfähigkeit a usgingen , ist ebenfalls schlüssig und steht im Übrigen im Einklang mit der Beurteilung der Ärzte des F.____ vom 27. Juli 2011 (Urk. 7/53/7) . Die RAD -Psychiaterin teilte diese gutachterliche Einschätzung in ihrer

Stellungnahme zur Expertise de r

Y.____ (vgl.

E 3.3) , so dass die ursprüngliche Leistungszusprache keineswegs zweifellos unrichtig war . 4. 6

Auch die im Revisionsverfahren eingeholten Berichte der behandelnden Ärzte

(Urk. 7/50/1 und Urk. 7/53/1-3)

lassen nicht auf Mängel im Y.____ -Gutachten

schliessen . So weist etwa d er behandelnde Psychiater in seinem Bericht vo m 26.

November 2014 (Urk. 7/53/1 -3) darauf hin, dass intermittierend auch depressive Episoden schweren Grades auf ge treten seien . 4. 7

Was die im Rahmen der Schadenminderungspflicht auferlegte Weiterführung einer intensivierten, regelmässigen Behandlung durch einen Facharzt für Psy chiatrie (vgl. Urk. 7/27) betrifft, ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer laut den Angaben von Dr. B.____ immer noch in regelmässiger p psychiatrischer Behandlung steht (Urk. 7/53) .

Die Empfehlung im Y.____ - Gutachten war aber

unter Hinweis auf sprachliche Barrieren vor allem auf eine Intensivierung der medikamentösen Behandlungsmassnahmen gerichtet .

Eine dieser Empfehlung entsprechende Schadenminderungsmassnahme wurde dem Beschwerdeführer bislang nicht auferlegt. 5 .

Es bleibt anzumerken, dass es der Beschwerdegegnerin unbenommen ist , im Rahmen eines weiteren Revisionsverfahrens Abklärungen zu einer allfälligen Verbesserung des somatischen und/oder psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten an die Hand zu nehmen. Den bisher getroffenen Abklärungen, namentlich den

im Revisionsverfahren eingeholten Arztberichten (Urk. 7/50/1 und Urk. 7/53/1-3) ,

sind allerdings keine Anhaltspunkte für eine solche Verbesserung zu entnehmen , weshalb auch eine revisionsweise Aufhebung der Rente nicht in Frage kommt.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 25. März 2015 (Urk. 2) mit der Feststellung aufzuheben , dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

6 .

Mit dem Entscheid in der Sache selbst wird das beschwerdeweise gestellte Gesuch des Beschwerdeführers um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (Urk. 1 S. 2) gegenstandslos. 7.

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Der Beschwerdeführer hat zudem Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen zu bemessen und bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 %) auf Fr.

2'100.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt:

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