

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00212 vom 3. August 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00212](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00212)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00212 du 3 août 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00212 del 3 agosto 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Juli 2011 bestätigte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf eine ganze Invalidenrente (vgl. Urk. 7/91), forderte jedoch auf grund einer Renten Neuberechnung mit Rückforderungsverfügung vom 13. Oktober 2011 Fr. 19'267.-- zurück (Urk. 7/95).

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über den All gemeinen 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 kommenden aus gegliederten 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

mit Hinweisen und 9C\_837/2010 vom 30. August

2011 E. 3.1). 6.2

Im Rahmen des im August 2014 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens (vgl. Urk. 7/105) gingen folgende medizinische Berichte ein:

Dr. B.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 1. Oktober 2014 (Urk. 7/109) die gleichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2) wie im März 2007 (vorstehend E. 4.5).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, die letzte Kontrolle des Beschwerdeführers habe am 24. Juni 2014 stattgefunden (Ziff. 1.3). Die berufliche Tätigkeit dürfte vor allem im Rahmen des psychischen Leidens beeinträchtigt sein. Diesbezüglich seien die Angaben des Psychiaters von Bedeutung. Rein aus kardiologischer Sicht wäre der Beschwerdeführer für leichte und mittlere körperliche Arbeiten zu 100% arbeitsfähig, für schwere körperliche Tätigkeiten

dürfte er wegen des Übergangs wichts arbeitsunfähig sein ( Ziff. 2). Hinsichtlich des kardialen Leidens bestehe ein stationärer Verlauf ( Ziff. 3.3). 6.3

Dr. Z.\_\_\_\_ verwies in seinem Verlaufsbericht vom 9. Februar 2015 ( Urk. 7/112) auf die im letzten Arztbericht gestellten Diagnosen ( Ziff. 1.2). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär ( Ziff. 1.1). Er komme alle zwei Monate zur Behandlung und die letzte Kontrolle habe am 14. Januar 2015 stattgefunden ( Ziff. 3.1). Es bestehe keine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag ( Ziff. 4.2). Ergänzend führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, der Patient kümmere sich um seine behinderte Frau und Tochter und mache den ganzen Haushalt. Ferner habe er sehr viele Arztbesuche beim Hausarzt, beim Kardiologen und am C.\_\_\_\_ (meist notfallmässig), sowie bei der Lungenliga. Ein Aufenthalt in der Klinik F.\_\_\_\_ 2013 habe dem Beschwerdeführer durch den Milieuwechsel eine gewisse Zeit von diesen Verpflichtungen entlastet. Es bestehe ein guter Kontakt zu den Söhnen und Verwandten. Ansonsten habe der Beschwerdeführer keine Hobbies oder Aktivitäten. Die Behandlung der herzphobischen Symptomatik sei vor Jahren erfolglos versucht worden. Seine Lebensqualität habe sich dadurch verbessert, dass seine zwei Söhne nun eine sichere Arbeitsstelle hätten. Ansonsten bestünden keine Möglichkeiten, den Zustand des Patienten zu verbessern (S. 7). 7.

### **E. 1.3**

). Eine zureichende Abgrenzung der psychosozialen Belastungsfaktoren wurde im Rahmen der erstmaligen Leistungszusage nicht vorgenommen.

Auch unter diesem Gesichtspunkt muss die erstmalige Rentenzusage als zweifellos unrichtig betrachtet werden. Abgesehen davon stützte sich Dr. E.\_\_\_\_ zwar auf die Einschätzung durch

Dr. A.\_\_\_\_ ab, blendete aber aus, dass dieser grundsätzlich davon ausging, dass in angepasster Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit auf 100 % gesteigert werden könne. Eine nachvollziehbare Begründung hierzu fehlt. 5.4

Aufgrund des Gesagten erfolgte die Annahme einer lediglich 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung (vgl. vorstehend E.

5.1) und steht insbesondere im Widerspruch zu der schon damals geltenden Rechtsprechung.

Die Zusprechung einer ganzen Rente gemäss ursprünglicher Verfügung vom 25. Juni 2009 ist damit als zweifellos unrichtig einzustufen. Da deren Berichtigung angesichts des geldwerten Charakters der Leistung von erheblicher Bedeutung ist, war die Verwaltung unter dem Blickwinkel der Wiedererwägung befugt, darauf zurückzukommen. 6.6.1

Sind die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt, müssen die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro geprüft werden. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad zu ermitteln (Urteile des Bundesgerichts 9C\_960/2008 vom 6. März

2009 E.

### **E. 1.4**

Nach Art.

### **E. 1.5**

Bei der Beurteilung, ob eine Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit zulässig sei, ist vom Rechtszustand auszugehen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag aber kaum je die frühere Praxis als zweifellos und richtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389).

### **E. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Auf die Wiedererwägung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Juli 2011 sei zu verzichten.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 18. Juli 2011 damit, mit dieser sei der Rentenanspruch gestützt auf die Diagnose einer „leichten mittelschweren depressiven Episode bei psychosozialer Belastungssituation“ anerkannt worden. Bereits zum damaligen Zeitpunkt habe jedoch die Rechtsprechung diese Diagnose nicht mehr als invalidisierend anerkannt, weshalb die Verfügung vom 18. Juli 2011 zweifellos unrichtig sei. Es lägen weder komorbide psychische Beeinträchtigungen noch chronische körperliche Begleiterkrankungen vor. Die somatischen Diagnosen erlaubten laut den fachärztlichen Berichten die Ausübung einer angepassten leichten bis mittelschweren Erwerbstätigkeit. Die Rente sei daher infolge Fehlens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens wieder erwägungsweise aufzuheben (S. 2).

#### **E. 2.2**

Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2016 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) die teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen mit der Begründung, dass der aktuelle Gesundheitszustand des

Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht ungenügend abgeklärt sei (S. 1 f.) .

### **E. 2.3**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, bei der Verfügung vom 18. Juli 2011 habe es sich lediglich um eine Korrektur der Rentenberechnung gehandelt , und ihr hätten keinerlei medizinische oder erwerbliche Beurteilungen der Invalidität zugrunde gelegen (S.

3 f. Ziff. 1-7). Die ursprüngliche Rentenfestsetzung sei mit Verfügung vom 25. Juni 2009 erfolgt, deren wiedererwägungsweise Aufhebung vorsorglicherweise ebenfalls bestritten werde (S. 5 Ziff. 2.1). Aus der Gesamtheit der Diagnosen sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in leidensangepasster Tätigkeit anerkannt worden , und nach Durchführung des Einkommensvergleiches habe ein Invaliditätsgrad von 70 % resultiert. Es seien auch ausführliche berufliche Abklärungen erfolgt. Der Beschwerdegegnerin habe zudem ein Ermessen zugestanden und vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage müsse der Entscheid zumindest als vertretbar angesehen werden (S. 6

f. Ziff. 2.4). Sein Zustand habe sich auch nicht verbessert, weshalb kein Grund zu einer revisionsweisen Anpassung der Rente bestehe (S. 8 Ziff. 2.6).

### **E. 2.4**

In seiner Stellungnahme zum Rückweisungsantrag der Beschwerdegegnerin ( Urk. 12) führte der Beschwerdeführer aus, Prozessgegenstand bilde primär die Frage, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung zu Recht die wiedererwägungsweise Aufhebung der Rentenverfügung vom 18. Juli 2011 entschieden habe. Eventuell sei die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 25. Juni 2009 zu überprüfen (S. 2 Ziff. 2-3). Es sei zudem festzustellen, dass kein Revisionsgrund gegeben sei (S. 2 Ziff. 5). Sollte eine medizinische Begutachtung notwendig sein, wäre diese durch das Gericht anzuordnen und müsste interdisziplinär angelegt sein (S. 2 f. Ziff. 6-7). 3.

Die ursprüngliche Rentenzusprache erfolgte mit Verfügung vom 25. Juli 2009 ( Urk. 7/70 und Urk. 7/75) und nicht mit Verfügung vom 18. Juli

2011 ( Urk. 7/91). Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend machte, handelte es sich bei letzterer lediglich um eine rechnerische Korrektur , und es lagen ihr keine medizinischen Abklärungen des Sachverhaltes zu Grunde. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort vom 18. März 2016 ( Urk. 6) hierzu keine Stellung genommen, eine Erweiterung des Streitgegenstandes ist jedoch vorliegend gerechtfertigt und wurde so auch vom Beschwerdeführer beantragt (vgl. vorstehend E. 2.3-4) . 4. 4. 1

Der Beschwerdeführer hat in seiner Stellungnahme zur Beschwerdeantwort

ausdrücklich den Antrag der Beschwerdegegnerin um Rückweisung zu weiteren Abklärungen abgelehnt und einen Entscheid über die Rechtmässigkeit der wiedererwägungswesischen Aufhebung der mit Verfügung vom Juli 2009

rückwirkend ab November 2006 erfolgte n

ursprüngliche n

Leistungszusprache

(vgl. Urk. 7/70 und Urk. 7/75) beantragt (vgl. vorstehend E.

2.4). Es ist deshalb im Folgenden vorab zu prüfen, ob diese zweifellos unrichtig gewesen und damit ihre

wie dererwägungsweise Aufhebung zulässig ist.

Anlässlich der erstmaligen Rentenentscheidung lagen der Beschwerdegegnerin die folgenden Berichte vor :

### **E. 3**

Eventualiter sei auf die Wiedererwägung der ursprünglichen

Rentenentscheidung mit Verfügung vom 25. Juni 2009 zu verzichten.

### **E. 3.2**

mit Hinweis).

### **E. 4**

Im Rahmen der Rentenrevision sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen,

die bisherige ganze Invalidenrente zu bestätigen, da sich der

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verbessert hat.

### **E. 4.2**

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 14. November 2006 ( Urk. 7/13/1-3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( lit . A Ziff. 1): - depressive Entwicklung mit Angst und Hyperventilation , bestehend seit November 2005 - koronare Herzkrankheit bei Status nach inferolateralem STEMI und Status nach PCI/ Stenting eines Verschlusses eines grossen PLA1/ R CX am 6. November 2005 - lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei/mit Diskushernie L4/L5, Spondylarthrose der unteren Lendenwirbelsäule ( LWS ) - obstruktives Schlafapnoesyndrom

Dr. Y.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kardi ovaskuläre Risikofaktoren, so einen Nikotinabusus und eine Hypercholesterinämie ( lit . A Ziff. 2). Der Beschwerdeführer sei seit dem 17. Oktober 2005 in seiner Behandlung ( lit . D ). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Textilmechaniker habe vom 6. November 2005 bis 2. Januar 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ein Arbeitsversuch am 3. Januar 2006 sei gescheitert , und seit dem 5. September 2006 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % infolge Krankheit ( lit . B).

Dr. Y.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer leide an einer depressiven Störung mit somatischen Beschwerden. Nach dem Herzinfarkt vom November 2005 habe er sich psychisch wie körperlich nicht mehr erholen können. Die wiederholten Arbeitsversuche seien wegen Angst und Schmerzexazerbation immer wieder gescheitert. Nach der Kündigung der Stelle sei er verstärkt depressiv und fast haltlos gewesen. Bei diesem Patienten zeige sich aufgrund mangelnder Ressourcen ein ungünstiger Genesungsverlauf nach einem schweren Ereignis (wie dem Herzinfarkt) . Da er beruflich darauf angewiesen sei, schwere körperliche Arbeit verrichten zu können, stünden die Chancen für einen erfolgreichen Wiedereinstieg trotz intensiver adäquater Behandlungen von Anfang an schlecht . Die Prognose für das Erlangen der vollen Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit bleibe somit aufgrund der Gesamtsituation eher ungünstig, obwohl er seit September 2006 wieder zu 50 % arbeitsfähig geschrieben sei und eine neue Stelle suche (S. 3 Ziff. 5).

4. 3

Dr. med. Z.\_\_\_\_ ,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom

3. Januar 2007 ( Urk. 7/15 ) folgende seit 2005 bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( lit . A): - psychiatrisch leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.21) - somatoforme autonome Funktionsstörung (Herzneurose ; ICD-10 F45.30) - somatisch Zustand nach Herzinfarkt November 2005

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Februar 2006 bei ihm in Behandlung und die letzte Untersuchung habe am 13. Dezember 2006 stattgefunden ( lit . D. Ziff. 2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Webereiangestellter habe von November 2005 bis 3. September 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden , und seit dem 4. September 2006 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % , ausdrücklich bei einem einfachen Arbeitsweg von maximal einer halben Stunde ( lit . B).

Es bestehe sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit dem 4. September 2006 eine halbtägige Arbeitsfähigkeit (S. 4).

Dr. Z.\_\_\_\_

fürhte aus, seit Jahren bestünden psychosoziale Belastungen. So sei die Tochter behindert und die Ehefrau psychisch angeschlagen. Der Beschwerdeführer habe nach einem Arbeitsplatzverlust einen Arbeitsweg von mindestens zwei Stunden zur neuen Arbeitsstelle gehabt. Seit fünf Jahren bestünden chronische Rückenschmerzen und im November 2005 habe er einen Herzinfarkt erlitten. Seither verspüre er oft einen retrosternalen Druck und Angst, wieder einen Herzinfarkt zu bekommen. Ferner leide er seither an einer depressiven Symptomatik ( lit . D. Ziff. 3). Zu den erhobenen Befunden führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei psychopathologisch wach, bewusstseinsklar, kognitiv ohne Befund und habe keine psychotischen Symptome. Er sei affektiv erreichbar, ängstlich depressiv und im Antrieb vermindert, jedoch nicht suizidal ( lit . D. Ziff. 5). Versuche, den Patienten verhaltenstherapeutisch zu exponieren, seien bisher kaum gelungen. Der Patient gehörte eigentlich zur Entlastung von einem hochproblematischen Umfeld in eine psychiatrisch/psychosomatische Klinik, was er bislang abgelehnt habe. Therapeutisch wäre auch das Finden einer 50%igen Tätigkeit mit angemessenem Arbeitsweg. Die Prognose sei angesichts der komplexen Problematik als eher negativ zu betrachten ( lit . D. Ziff. 7) .

Der Beschwerdeführer sei psychosozial dermassen belastet, dass zusätzliche Belastungen die Arbeitsfähigkeit weiter einschränkten (S. 2 unten). 4. 4

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 14. Februar 2007 ( Urk. 7/65/ 2-3) aus, der 44-jährige Versicherte leide an einer leichten bis mittelschweren depressiven Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation und an einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (Herzneurose) nach Herzinfarkt im November 2005 (Arztbericht Dr. Z.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2007). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden sei somit ausgewiesen. Der Gesundheitsschaden sei nach Art, Schwere und Auswirkung geeignet, die bisherige Tätigkeit einzuschränken. Laut Arztbericht von

Dr. Z.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2007 bestehe bei dem Versicherten eine ängstlich vermeidende und depressive Symptomatik bei massiven psychosozialen Belastungen und bei Status nach Herzinfarkt. Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, anhand der medizinischen Berichterstattung könne von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit ausgegangen werden. Es bestehe eine Antriebsstörung mit deutlichen Hemmungen sowie eine psychophysische Belastbarkeitsminderung mit vorzeitig erschöpfend und Minderung der konzentrativen Ausdauerbelastbarkeit (gegebenenfalls zusätzliche Einschränkungen durch Antidepressiva). Körperlich leichte Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck wären dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre zunächst zu 50 % und dann bis zu 100 % möglich. Seit November 2005 könne von einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden ausgegangen werden. 4. 5

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, stellte in seinem Bericht vom 5. März

2007 (Urk. 7/57) folgende,

hier leicht gekürzt angeführte Diagnosen

(S. 1): - koronare 1-Gefässerkrankung - atypische Thorakoabdominalbeschwerden - kardiiovaskuläres Risiko: Status nach Nikotinabusus, Hypercholesterinämie, Adipositas - anamnestisch lumbospondylogenes Syndrom - bekannte leichte mittelschwere depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation - vorwiegend positionsabhängiges obstruktives Schlafapnoesyndrom

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, der 44-jährige Patient sei wegen atypischen Thoraxschmerzen und Dyspnoe zur kardiologischen Abklärung zugewiesen worden. Klinisch und radiologisch zeigten sich ein normaler Herzbefund. Im EKG bestehe

ein normaler Sinusrhythmus, eine Linkslage und eine nach rechts verschobene Übergangszone. Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, insgesamt fanden sich bei den atypischen Thoraxschmerzen in der Ergonomie

bei normaler Leistungsfähigkeit weder subjektive noch objektive Hinweise für eine Ischämie. In der Echokardiographie könne bei der Dyspnoe keine kardiologische Ursache ausgemacht werden. Therapeutisch sei eine lebenslange Thrombozytenaggregationshemmung und eine Statinbehandlung mit dem Ziel, das Gesamtcholesterin zu senken, angebracht. Eine nächste kardiologische Routinekontrolle werde in einem Jahr empfohlen (S. 2 unten). 4. 6

Die Ärzte des C.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_) stellten in ihrem Bericht vom 6. Juni 2007 (Urk. 7/51) nach Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 3. bis 19. Mai 2007 folgende, hier leicht gekürzt angeführte Diagnosen (S. 1): - linksseitige Thoraxschmerzen - Differenzialdiagnose: Angina pectoris, muskuloskelettal - koronare 1-Gefässerkrankung - schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Erstdiagnose April 2006 - Beginn mit CPAP-Therapie am 9. Mai 2007 - chronische Schmerzen über unterem lateralen Rippenbogen unklarer Ätiologie - Hyposensibilität der linken Körperseite unklarer Ätiologie, Erstdiagnose Februar 2006 - depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation - lumboradikuläres Schmerzsyndrom wahrscheinlich L5/S1 links - Status nach computertomografisch gesteuerter Cortisoninfiltration

Die Ärzte führten aus, die Ursache der initialen Hospitalisation sei möglicherweise im Rahmen eines Troponin-negativen Koronarsyndroms zu sehen. Der Patient sei zur Überwachung auf die Notfallbettenstation aufgenommen worden. Die Herzenzyme seien wiederholt negativ gewesen, auch hätten elektrokardiographisch

keine Ischämiezeichen dokumentiert werden können, weshalb der Patient am 4. Mai 2007 auf die Normalstation verlegt worden sei. Eine erneute kardiologische Abklärung mittels Ergometrie und Echokardiographie habe nicht stattgefunden, da dies unlängst ambulant erfolgt sei und keine Pathologien aufgewiesen habe (S. 1 unten f.).

Der Patient habe während der Hospitalisation immer wieder über stechende links seitige Thoraxschmerzen geklagt, nebst den ihm bekannten lateralen drückenden Schmerzen über dem rechten unteren Rippenbogen. Eine somatische Ursache habe nicht nachgewiesen werden können. Gemäss Patient sei auch eine psychosomatische Komponente bei aktueller Belastungssituation eine mögliche Ursache. Die Beschwerden hätten mit analgetischer Therapie nicht zufriedenstellend eingestellt werden können.

Die Ärzte des C.\_\_\_\_ führten aus, ihnen sei eine grosse Unsicherheit des Beschwerdeführers betreffend seinen Körper aufgefallen, weshalb eine erneute kardiologische Rehabilitation empfohlen werde, um wieder Selbstsicherheit zu erlangen. Der Patient werde nach Austritt aufgeboten (S. 2 oben). 4. 7

Am 1. Dezember 2007 erstatteten die Fachpersonen des Arbeitszentrums D.\_\_\_\_ Bericht über das vom 3. September bis 30. November 2007

durchgeführte Arbeitstraining (Urk. 7/43).

Die Fachpersonen führten aus, infolge eines dritten Herzinfarktes habe der Beschwerdeführer die Abklärung nicht wie vorgesehen am 21. Mai 2007 antreten können. Aufgrund einer ärztlichen Bescheinigung, welche ihm eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert habe, habe er am 3. September 2007 mit der Abklärung beginnen können. Er habe während den ersten vier Wochen sehr konstant und regelmässig

jeweils am Morgen gearbeitet. Der Beschwerdeführer habe aber immer wieder zum Ausdruck gebracht, dass er ständig Angst habe, es könnte zu einem vierten Herzinfarkt kommen. Immer wiederkehrendes Herzschaudern und Schweißausbrüche hätten dieses Gefühl verstärkt. Ab dem 2. Oktober 2007 habe er ganztags gearbeitet, habe aber infolge einer vier Mal pro Woche durchgeführten Herztherapie im C.\_\_\_\_

jeweils die Arbeit zwischen 11.30 bis 14.00 unterbrechen müssen. Die tägliche Anwesenheit in der Werkstatt habe sich da mit auf etwa 5 ½ Stunden belaufen. Am 17. Oktober 2007 habe der Beschwerdeführer mitgeteilt, dass er sich infolge eines vermuteten Herzinfarktes notfallmässig in ärztliche Behandlung habe begeben müssen. Es habe sich dann jedoch herausgestellt, dass die Symptome durch Magenschmerzen verursacht worden seien und nicht mit dem Herz in Verbindung gestanden hätten.

Die Fachpersonen führten aus, mit zunehmender Dauer der Abklärung habe sich gezeigt, dass die familiären Probleme das Arbeitsverhalten zunehmend stärker negativ beeinflusst hätten. Der Beschwerdeführer sei ungepflegter erschienen und sei leicht reizbar gewesen. Er habe mitgeteilt, dass nun auch noch seine Frau notfallmässig ins Spital habe eingeliefert werden müssen und ebenfalls seit längerer Zeit in psychiatrischer Behandlung sei. Zu der bereits sehr angespannten Situation laste nun auch noch die ganze Hausarbeit und die Betreuung seiner behinderten Tochter auf ihm. Die zwei volljährigen, arbeitslosen Söhne

wohnten ebenfalls noch zu Haus, beteiligten sich aber in keiner Art und Weise an den Haushalt aufgaben. Das Leben mache so keinen Sinn mehr. Die

Fachpersonen führten aus, sie hätten dem Beschwerdeführer dringend geraten, sich mit der Gemeinde und dem Psychiater in Verbindung zu setzen, damit die Situation geklärt werden könne (S. 2 Mitte).

Aus ihrer Sicht sei momentan eine Steigerung der Arbeitstätigkeit auf 100 % aufgrund der sehr schwierigen familiären und gesundheitlichen Probleme nicht möglich. Eine Halbtagsstätigkeit im geschützten Rahmen wäre zurzeit die beste Lösung (S. 2 unten) .

Anlässlich des Schlussgespräches habe der Beschwerdeführer nochmals zum Ausdruck gebracht, dass er infolge der sehr angespannten familiären Situation kaum mehr in der Lage sei, allen Verpflichtungen nachzukommen. Er sei aber sehr gerne in den D.\_\_\_\_ gekommen, denn das Nichtstun sei sehr belastend. Er könne sich vorstellen, einer Halbtagsstätigkeit nachzugehen. Er würde jede Stelle annehmen, die ihm angeboten werde (S. 3 oben) .

Die Fachpersonen führten aus, dass ein Telefonat mit dem Hausarzt Dr. Y.\_\_\_\_ vom 30. November 2007 ergeben habe, dass dieser der Meinung sei, der Beschwerdeführer sei medizinisch theoretisch zu 50 % arbeitsfähig, dass aber aufgrund der grossen familiären Probleme eine Integration in den Arbeitsmarkt nicht möglich sei. Er wisse, dass familiäre Probleme keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Probleme darstellten. Auch ein gleichentags durchgeführtes Telefonat mit dem Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_ habe ergeben, dass sich dieser der schwierigen familiären Situation bewusst und auch der Meinung sei, dass eine Arbeitsfähigkeit im 1. Arbeitsmarkt nicht gegeben sei. Eine Anstellung von 50 % im geschützten Rahmen erachte er für die nächsten zwei Jahre als sinnvoll (S. 3 Mitte) . 4. 8

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2007 ( Urk. 7/65/3-4) zum Abschlussbericht des Arbeitszentrums D.\_\_\_\_ aus, dieser sei aus medizinischer Sicht gut nachvollziehbar und im Einklang mit der bisherigen RAD-Beurteilung. Aufgrund der ausgewiesenen depressiven Symptomatik bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in der freien Wirtschaft, entsprechend dem beschriebenen Belastungsprofil .

Am 8. Januar 2008 ( Urk. 7/65/4) führte Dr. E.\_\_\_\_ nach Besprechung mit der Berufsberaterin der Invalidenversicherung aus, es bestehe doch eine Diskrepanz zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer und aus berufsberaterischer Sicht. Wie Dr. A.\_\_\_\_ festgehalten habe, sei die medizinische Befundlage aufgrund der Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_ soweit klar, als dass es sich um eine nur leicht bis mittelgradige Depression bei ungünstigen psychosozialen Belastungsfaktoren und einer somatoformen autonomen Funktionsstörung handle. Versicherungsmedizinisch lasse sich daraus höchstens eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft ableiten. Entscheidend sei aber, dass das Belastungsprofil von Dr. A.\_\_\_\_ nicht mit einem geschützten Rahmen gleichzusetzen sei. Es sei daher vom behandelnden Psychiater ein Verlaufsbericht einzuholen. 4. 9

Dr. Z.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 2. Juni 2008 ( Urk. 7/60) , welcher demjenigen vom 11. Juni 2008 ( Urk. 7/59) entspricht, folgende

seit 2005 bestehende Diagnosen (S. 1 Ziff. 2): - psychiatrisch leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung bei psychosozialer

Belastungssituation (ICD-10 F43.21) - somatoforme autonome Funktionsstörung (Herzneurose ; ICD-10 F45.30) - somatisch nach Herzinfarkt (ICD-10 F11.05 )

Dr. Z.\_\_\_\_

führte aus, die letzte ärztliche Kontrolle habe am 16. April 2008 stattgefunden (S. 2 Ziff. 8). Die beruflichen Abklärungen im Sommer 2007 hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in der freien Wirtschaft nicht arbeitsfähig sei.

Er leide an andauernden Herzbeschwerden, und es fänden laufende kardiologische Abklärungen statt. Insgesamt sei es eher zu einer Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen (S. 1 Ziff. 3).

Es bestünden immer noch somatisch unzureichend erklärbare, fast ständige Herzbeschwerden und eine phobische Symptomatik mit der Angst, allein zu sein und dann einen Herzinfarkt zu erleiden, was therapeutisch kaum beeinflussbar sei.

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, aufgrund einer beruflichen Abklärung durch die Invalidenversicherung schätze er den Beschwerdeführer seit dem 1. Dezember 2007 als zu 100 % arbeitsunfähig in der freien Wirtschaft (S. 2 Ziff. 9). 4. 10

Dr. E.\_\_\_\_, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2008 (Urk. 6/65/4-5) aus, mit dem aktuellen Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_ würden keine neuen medizinischen Tatsachen vorgebracht. Insbesondere sei mit den psychopathologischen Befunden keine Verschlechterung des Zustandsbildes ausgemittelt. An der letzten RAD-Stellungnahme könne somit festgehalten werden. Es bleibe damit bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit ab November 2005 und bei einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit angepasst, wie beschrieben, ab September 2006. 5. 5. 1

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit - als Schranke für ein wiedererwünschtes Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Leistungszusprechung - ist rechtsprechungsgemäss so zu handhaben, dass die Wiedererwägung nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung von Dauerleistungen wird, zumal es nicht dem Sinn der Wiedererwägung entspricht, laufende Ansprüche zufolge nachträglicher besserer Einsicht der Durchführgungsorgane jederzeit einer Neubeurteilung zuführen zu können (Urteil des Bundesgerichts I 276/04 vom 28. Juli 2005 E. 5.1).

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung 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 notwenigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, 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 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 auf grund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes. Eine auf keiner nach vollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit be ruh ende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil 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 9C\_575/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 3.3). 5.2

Zu prüfen ist daher, ob die Annahme der 50%igen

Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und die daraus - nach gewährtem zusätzlichen leidensbedingten Abzug von 25 % - folgende

Zusprache einer ganzen Rente mit Verfügung vom 25. Juni 2009 rückwirkend ab 1. November 2006 (vgl. Urk. 7/70 und Urk. 7/75) als zweifellos unrichtig einzustufen ist.

Vorab festzuhalten ist, dass rein von kardialer Seite her zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache keine fachärztlichen Berichte vorliegen, die sich zur Arbeitsfähigkeit äusserten respektive eine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit attestierten. Die verschiedenen im Frühjahr 2007 erfolgten Abklärungen beim Kardiologen Dr. B.\_\_\_\_ und auch die gut zweiwöchige Hospitalisation

im C.\_\_\_\_ ergaben keine linksseitigen Thoraxschmerzen des Beschwerdeführers erklärenden Befunde respektive Anhaltspunkte für einen weiteren Herzinfarkt, und sämtliche Abklärungen zeigten normale Werte (vgl. vorstehend E. 4.5 - 6).

Die kardiale Rehabilitation während des Arbeitstrainings im D.\_\_\_\_ war so dann gemäss den Ärzten des C.\_\_\_\_ aufgrund der Unsicherheit des Beschwerdeführers hinsichtlich seines Körpers durchgeführt worden. Unzutreffend ist auch, wie die Fachpersonen des D.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom Dezember 2007 (vorstehend E. 4.7) ausführten, dass der Beschwerdeführer die beruflichen Abklärungen im Mai 2007 aufgrund eines dritten Herzinfarktes nicht direkt antreten können.

Indes basierte die Annahme der 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit gemäss den Ausführungen von RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ vom Juni 2008 (vorstehend E. 4.10) auch nicht auf dem kardialen oder einem anderen somatischen Leiden, sondern er bezog sich auch auf die Einschätzung durch den RAD-Arzt

Dr. A.\_\_\_\_ vom 14. Februar 2007 (vgl. vorstehend E. 4.4, vgl. auch E. 4.8), welcher seinerseits hinsichtlich der Diagnosen wiederum vom Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. Z.\_\_\_\_ vom Januar 2007 ausging

(vgl. vorstehend E. 4.3).

Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte eine

leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.21) sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung (Herzneurose; ICD-10 F45.30) und in somatischer Hinsicht einem Zustand nach Herzinfarkt im November 2005.

## **E. 5**

Eventualiter sei eine externe polydisziplinäre medizinische Begutachtung (zumindest Kardiologie, Pneumologie und Psychiatrie) anzuordnen, bevor über die Wiedererwägung und den IV-Rentenanspruch neu entschieden wird. 6.

Für den Fall einer Rückweisung des Verfahrens sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu gewähren.

### **E. 5.3**

Diesbezüglich ist zu beachten, dass Anpassungsstörungen schon zum damaligen Zeitpunkt

rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nicht als invalidisierendes Leiden galten ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2 , Urteil 9C\_65/2007 vom 30. November 2007 E. 2.3; Urteil I 950/05 vom 14. März 2006 E. 3.3.2 ).

Eine Anpassungsstörung stellt

definitionsgemäss ein lediglich vorübergehendes Leiden dar, beziehungsweise bildet sie keine hinreichend ausgeprägte Psycho pathologie. Vielmehr liegt sie im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierende s Leiden gelten kann (vgl. Urteil 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008, E. 3.2.2 ).

Ebenfalls ausser Acht gelassen wurde, dass bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (Herzneurose) gemäss ICD-10 45.30 die damals geltenden rechtsprechungsmässigen Grundsätze über die nur ausnahmsweise invalidisierende Wirkung somatoformer Schmerzstörungen analog anzuwenden gewesen wäre .

Eine Prüfung der Überwindbarkeit ( vgl. BGE 130 V 352)

fand sodann nicht statt und eine erforderliche psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist aufgrund der vorliegenden Berichte nicht zu erkennen, so dass dieser Störung ein invalidisierender Charakter abzusprechen gewesen wäre .

Ins Gewicht fällt weiter, dass verschiedentlich von der massiven psychosozialen Belastungssituation des Beschwerdeführers berichtet wurde, welche insbesondere auch während des Arbeitstrainings im D.\_\_\_\_ in den Vordergrund trat (vgl. vorstehend E. 4.6).

Die Kräfte des Beschwerdeführers

waren durch die belastende psychosoziale Problematik in Bezug auf die behinderte Tochter, die psychischen Probleme der Ehefrau sowie die Drogenprobleme und Stellenlosigkeit der beiden Söhne derart gebunden , dass er ,

wie sich anlässlich des Arbeitstrainings im D.\_\_\_\_ ergab, über keine genügenden Ressourcen für eine effektive Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt verfügte .

Zu beachten ist jedoch, dass auf psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführende Einschränkungen der Leistungsfähigkeit in der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt werden dürfen, auch nicht zum Zeitpunkt der ursprünglichen Leistungszusprache (vgl. vorstehend E.

## **E. 7**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin .“

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2016 (Urk. 6) die teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen.

In seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2016 beantragte der Beschwerdeführer, der Antrag der Beschwerdegegnerin vom 18. März 2016 um Rückweisung sei abzuweisen, und das Gericht habe über die Anträge Ziff. 1-7 gemäss Beschwerdebegründung zu entscheiden. In diesem Rahmen habe das Gericht allenfalls über den Eventualantrag Ziff. 5 um Anordnung einer gerichtlichen Begutachtung zu entscheiden (Urk.

### **E. 7.1**

Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2016 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen mit der Begründung, dass der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht ungenügend abgeklärt sei.

Dr. B.\_\_\_\_ befand in seinem Bericht vom Oktober 2014 (vorstehend E. 6.2) den Beschwerdeführer rein aus kardiologischer Sicht für leichte und mittlere körperliche Arbeiten als zu 100% arbeitsfähig. Für schwere körperliche Arbeiten befand er ihn lediglich aufgrund des Übergewichts für arbeitsunfähig. Er verwies hinsichtlich der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auf den behandelnden Psychiater.

### **E. 7.2**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Der von Dr. Z.\_\_\_\_ verfasste Bericht vom Februar 2015 (vorstehend E.

6.3) lässt keine

abschliessenden Schlussfolgerungen über den tatsächlichen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit zu. So entbehrt dieser objektiver Befunde und aktueller Diagnosen und das von Dr. Z.\_\_\_\_ beschriebene

Aktivitätsniveau hinsichtlich der Betreuung der Familie und der Führung des Haushaltes sowie die Therapiefrequenz lassen sich nicht mit der attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit vereinbaren. Im Übrigen schien nach wie vor die psychosoziale Belastungssituation im Vordergrund zu stehen. 7.3

Damit fehlt es vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit an der Grundlage für einen Entscheid. Zur Beurteilung seiner invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen,

die sich zu den offenen Fragen äussern.

Die angefochtene Verfügung vom 8. Januar 2016 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneutem Entscheid über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 8.

8.1

Der Beschwerdeführer beantragte, im Falle einer Rückweisung des Verfahrens sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu gewähren (Urk. 1 S. 2 Ziff. 6).

8.2

Wird der Beschwerde gegen eine Verfügung, mit der die Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben wird, die aufschiebende Wirkung entzogen, so dauert dieser Entzug des Suspensiveffekts bei Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Vornahme weiterer Abklärungen grundsätzlich auch noch für den Zeitraum dieses Abklärungsverfahrens bis zum Erlass der neuen Verfügung an (BGE 129 V 370).

Gründe, die vorliegend dennoch für eine Weiterausrichtung der Leistung sprechen würden, liegen nicht vor, da insbesondere ins Gewicht fällt, dass sich die erstmalige Rentenzusprache

gemäss den oben getätigten Ausführungen als zweifellos unrichtig erweist und deren wiedererwägungsweise Aufhebung mit angefochtener Verfügung rechtmässig war. Auch ins Gewicht fällt, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht von Dr. B. \_\_\_ in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig wäre (vgl. vorstehend E.

6.2) und Dr. Z. \_\_\_ weder neue Diagnosen noch Befunde nannte, denen eine invalidisierende Wirkung zugesprochen werden müsste (vgl. vorstehend E. 6.3). 8.3

Aufgrund des Gesagten wird das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde abgewiesen. 9.9.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung; IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 9.2

Ausgangsgemäss hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung.

Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim

massgebenden Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 8. Januar 2016 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach Durchführung der erforderlichen Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verfüge. 2.

Das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde wird abgewiesen. 3.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne Ott - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 12 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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

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

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

## **E. 12**

S. 1). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 17**

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. Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 105 V 29).

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist ( Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a, E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung erteilen falls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch 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).

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