

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00908 vom 30. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00908

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00908 du 30 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00908 del 30 novembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu

erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

E. 1.4.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4.2

Im Rahmen einer materiellen Revision (Art. 17 ATSG) ist die Verwaltung verpflichtet, das Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung glaubhaft gemacht worden ist, zu prüfen. Dementsprechend ist das Sozialversicherungsgericht befugt (und verpflichtet), bei Bedarf Teilaspekte des Rechtsverhältnisses von Amtes wegen aufzugreifen, selbst wenn diese bereits in der früheren rechtskräftigen Verfügung beurteilt wurden (Urteile des Bundesgerichts 9C_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen), wobei auch eine zum bestehenden Beschwerdebild hinzutretende Gesundheitsproblematik im Rahmen der vorzunehmenden Neueinschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit einer allfälligen Rentenherabsetzung oder -aufhebung grundsätzlich nicht entgegensteht (BGE 141 V 9 E).

E. 1.5

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung 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 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls 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). 2.

E. 2

Mit Eingabe vom 29. August

2016 erhob der Versicherte hiergegen Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 29. Juni 2016 sei aufzuheben und es sei ihm auch mit Wirkung ab September 2016 weiterhin die bisherige Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5 S. 1). In der Replik vom 20. Januar 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 11 S. 2). Mit Eingabe vom 2. Februar 2017 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 14).

Auf die Ausführungen der Parteien und die weiteren eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die rentenaufhebende Verfügung vom 29. Juni 2016 damit, dass sich bei der Untersuchung durch den RAD im Oktober 2015 keine Diagnosen mehr hätten feststellen lassen, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die Symptome, welche von Dr. Z.____ im Jahr 2011 festgehalten worden seien, seien zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den RAD nicht mehr eruierbar gewesen. Der Gesundheitszustand habe sich somit seit 2011 verbessert. Ausserdem sei das Gutachten von Dr. Z.____ von 2011 offensichtlich unzutreffend gewesen. Es sei dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten als auch in anderen Tätigkeiten zumutbar. Der Invaliditätsgrad ergebe daher 0 %, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2 S. 2).

Mit der Beschwerdeantwort führt die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die medizinische Einschätzung gehe den Ergebnissen einer beruflichen Abklärung grundsätzlich vor. Im Übrigen sei ein Wiedererwägungsgrund gegeben. Denn das Gutachten von Dr. Z.____ weise gravierende Mängel auf. Es hätte nicht darauf abgestellt werden dürfen und es hätten zwingend weitere Abklärungen vorgenommen werden müssen (Urk. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, die revisionsrechtlichen Anforderungen seien nicht erfüllt. Denn es handle sich bei der Beurteilung durch den RAD-Psychiater lediglich um eine Neubeurteilung des unveränderten Gesundheitszustandes ohne Hinweise auf eine

Verbesserung, was nach der bundes gerichtlichen Rechtsprechung nicht zu einer materiellen Revision führe. Der RAD-Psychiater gehe sogar davon aus, dass er, der Beschwerdeführer, in seiner Arbeitsfähigkeit als Zimmermann nie eingeschränkt gewesen sei. Der Gesundheitszustand habe sich jedoch keineswegs verbessert, wie aus dem Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom August 2013 (richtig: 14. Juni 2013, Urk. 6/69) und dem Bericht des behandelnden Psychologen lic. phil. D.____ vom 10. Oktober 2014 (Urk. 6/83/1-4, Urk. 6/83/7-8) hervor gehe. Ein Arbeitsversuch in der freien Wirtschaft habe im Frühjahr 2013 abgebrochen werden müssen, das IV-Job-Coaching sei dementsprechend abgeschlossen worden sowie es sei ein geschützter Arbeitsplatz vermittelt worden. Der Umstand, dass er mittlerweile mit seiner Freundin zusammenwohne und therapeutischen Empfehlungen folgend musiziere, einen Hund halte sowie Haushaltsaufgaben erledige, lasse keine Rückschlüsse auf eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu, zumal vergleichbare Umstände schon im Rahmen des betreuten Wohnens bestanden hätten. Ferner handle es sich bei der RAD-Beurteilung nicht um ein Gutachten und es sei angesichts der hohen Anforderungen des Bundesgerichts bei Revisionen von psychiatrischen Beschwerden davon auszugehen, dass eine IV-interne Untersuchung nicht genüge. Schliesslich wären auch die hohen Anforderungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung nicht gegeben, da der Sachverhalt mit den eingeholten Berichten der behandelnden Ärzte und dem Gutachten von Dr. Z.____ vom 28. Februar 2011 ausreichend abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 11 S. 2 ff.).

E. 2.3

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die bis herige ganze Rente per 1. September 2016 aufgehoben hat.

Es ist hierzu zu klären, ob sich der Invaliditätsgrad seit der Verfügung vom 16. Juni 2011 (Urk. 6/40, Urk. 6/45) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2016 (Urk. 2) in leistungserheblichem

Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet da bei recht sprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbezugnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). 3. 3.1

Die Zusprechung der ganzen Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % erfolgte gemäss dem Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/36/5-6) gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 28. Februar 2011 (Urk. 6/34). Dieser stellte die Diagnosen chronischer rezidivierender depressiver Phasen (ICD-

E. 5

und 6).

E. 10

F33.11), einer Spielsucht (ICD-10 F33.0), eines sporadischen Alkoholabusus (ICD-10 F10.1) und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline -Typ (ICD-10 F60.31). Eine solche Persönlichkeitsstörung sei regelmässig von Sucht- und depressiven Tendenzen begleitet. Insbesondere gehöre der häufige, abrupte, depressiv gefärbte Verlust jeder Motivation auf dem Boden von übermässigen Selbstzweifeln, depressiven Versagensängsten und Schamgefühlen dazu, wie auch die pathologisch-depressiv anmutende resignative Aufgabe von Arbeitsstellen auf Kritik und soziale Spannungen hin.

Der Beschwerdeführer leide neben den akuten Phasen an einer konstanten Depressivität mit übermäßigem Schlafbedürfnis, Apathie, Interesse- und Motivationslosigkeit sowie sozialem Rückzug. Das Nichterscheinen am Arbeitsplatz gehe auf das depressive Morgentief zurück und nicht auf eine soziale Anpassungsstörung. Die Sucht sei Folge dieser Leiden. Er sei über den gesamten Zeitraum seit dem 20. Juli 2009 und prognostisch auf mindestens mittlere Frist hin aus psychischen Gründen generell zu 80 bis 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ein Belastungsprofil könne aufgrund der schweren Komorbidität von depressiver und Persönlichkeitsstörung nicht erstellt werden (Urk. 6/34/12-16).

Von dieser Sachlage

ist als Vergleichsbasis auszugehen. 3.2

3.2.1

Im nach der Revisionseröffnung (Urk. 6/52) eingeholten Bericht von Dr. C.____ vom 14. Juni 2013 stellte dieser die Diagnose einer wiederkehrenden depressiven Störung (ICD-10 F33.10). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hielt er fest, es sei ein Arbeitsversuch per 30. April 2013 abgebrochen worden. Die Behandlung bestehe in der Einnahme eines pflanzlichen Antidepressivums und einer begleitenden Psychotherapie beim Psychologen D.____ mit Sitzungen zweimal pro Monat (Urk. 6/69).

Lic. phil. D.____, Psychotherapeut FSP, hielt in seinem Bericht vom 3. Oktober 2013 fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 5. Juni 2013 bei ihm wegen einer wiederkehrenden depressiven Störung (ICD-10 F33.10) mit Verlust des Selbstwertgefühls, Gefühlen des Versagens, der Leere, Antriebslosigkeit und sozialen Ängsten in Behandlung. Es bestehe in den Tätigkeiten als Zimmermann und Handwerker eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Kritisch sei die morgendliche Antriebshemmung; wenn er es schaffe, zur Arbeit zu gehen, würden eigentlich keine Einschränkungen bestehen. Die Inkonsistenz des Erscheinens auf der Arbeit sei sehr ausgeprägt. Der Beschwerdeführer benötige daher einen flexiblen Arbeitgeber oder einen geschützten Arbeitsplatz, an dem man mit den häufigen Absenzen umgehen könne. Eventuell könne ab Sommer 2014 von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (Urk. 6/70/1-3).

Im Bericht vom 10. Oktober 2014 führte der Psychologe lic. phil. D.____ aus, der Beschwerdeführer sei nach wie vor psychisch sehr instabil, es würden immer wieder depressive Einbrüche stattfinden, unter denen er sich sozial zurückziehe, Termine nicht einhalte etc. Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Zimmermann sei zirka zu 60 % eingeschränkt. Renovationsarbeiten im Sinn einer angepassten Tätigkeit seien ihm maximal 4 Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 6/83/1). Der Beschwerdeführer habe bis im Sommer 2014 versucht, wöchentlich 20 Stunden Renovationsarbeiten bei einem Bekannten auszuführen. Dort sei er aber die meiste Zeit alleine gewesen, was sich als Überforderung erwiesen habe. Bei Unsicherheit und labilen Gemütslagen könne er sich nicht aufraffen (Urk. 6/83/7). 3.2.2

Der RAD-Arzt med. pract. B.____ kam nach der psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 1. Oktober 2015 in seinem Bericht vom 6. Oktober 2015 zum Schluss, als einzige Diagnose sei die einer Spielsucht (ICD-10 F63.0) zu stellen, welche aus versicherungspsychiatrischer Sicht ein nicht IV-relevantes primäres Spielsuchtgeschehen darstelle und daher als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen

sei. Das ausgiebige nächtliche Spielen führe am Folgetag zu Defiziten bei der Leistungsfähigkeit (Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten etc.). Daher habe er die Lehrstelle wechseln müssen. Zwei Hospitalisationen hätten einige Gesundheitsfortschritte ergeben, aber keine anhaltende Abstinenz vom Gamen. Inzwischen habe sich ein Lebensstil eingeschliffen mit unregelmässiger Teilnahme an der Tätigkeit in der geschützten Werkstätte (O. ___) und der ambulanten Therapie. Andererseits zeige der Beschwerdeführer ein erfreuliches Funktionsbild bei ihm interessierenden Themen. Es seien ein Tanzkurs, mehrere Urlaube, unter anderem in Korsika und in Bad Zurzach, ein stabiles Zusammenleben mit der Freundin seit drei Jahren, Freude am gemeinsamen Kochen und Essen sowie regelmässige soziale Kontakte erwähnt worden. Man könne keine irreparablen Folgeschäden der Spielsucht feststellen. Vielmehr gebe der Beschwerdeführer an, dass er sozialer sei, wenn er weniger spiele. Seit einer Woche stehe der Beschwerdeführer ausserdem frühmorgens auf, um den Hund auszuführen, aber zur Arbeit in der Werkstätte O. ___ gehe er nicht. Eine Arbeitsteilnahme erscheine daher als zumutbar. Im Gegensatz zu den Angaben des Beschwerdeführers belege der Laborbefund einen erheblichen Alkoholkonsum. Insgesamt sei von einer schon immer bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann auszugehen (Urk. 6/100/8-9).

Zum Gutachten von Dr. Z. ___ vom 28. Januar 2011 führte der RAD-Arzt aus, dieses weise gravierende Unkorrektheiten und Defizite auf. So könne aufgrund der nur spärlichen Befunde nicht auf eine mittelgradige Depression geschlossen werden. Der Gutachter habe denn auch kaum das positive Funktionsbild erörtert. Als einzigen Beleg für ein somatisches Syndrom seien ferner das Morgentief, völlige Apathie und Inappetenz genannt worden. Dabei habe der Gutachter nicht berücksichtigt, dass dieses Morgentief aus der für Spieler typischen Tagesgestaltung herrühre. Wenn der Beschwerdeführer angebe, er habe bis drei Uhr morgens das Computerspiel „ world

of

warcraft“ gespielt, sei eine morgendliche Müdigkeit die natürliche Folge. Es liege weder ein depressives Symptom noch ein somatisches Syndrom vor. Auch sei die Behauptung, es habe sich als Folge der depressiven Störung in der Oberstufenschulzeit eine ausgeprägte Spielsucht entwickelt, in der Biographie nicht belegt. Die Biographie belege kein sekundäres, sondern ein primäres Suchtgeschehen. Auch sei der Gutachter zur Begründung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht den ICD-Kriterien gefolgt. Diese seien nicht erfüllt. Insbesondere fänden sich beim Beschwerdeführer keine Impulsivität, keine Streitsucht, keine Störung der inneren Präferenzen, keine intensiv-unbeständige Beziehungen, kein chronisches Gefühl der Leere und keine Selbstverletzungen (Urk. 6/100/6-7). 3.3

3.3.1

Es ist der Beschwerdegegnerin grundsätzlich nicht verwehrt, gestützt auf solche interne medizinische Unterlagen wie den RAD-Bericht von med. pract. B. ___ zu entscheiden, die im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich vom am Recht stehenden Versicherungsträger eingeholt wurden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch insoweit strenge Anforderungen zu stellen, als bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465; Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2012 vom 25. September 2012 E. 5.3).

Dabei genügt die Tatsache allein nicht, dass eine abweichende (selbst fach-) ärztliche Meinung besteht, um im dargelegten Sinne die Aussagekraft und damit den Beweiswert eines medizinischen Berichts in Frage zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9 C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.2 mit Hinweisen und 9C_360/2016 vom 21. April 2017 E. 3.2).

RAD-Untersuchungsberichte im Sinne Art. 49 Abs. 2 IVV können materiell Gutachtensqualität haben. Voraussetzung ist insbesondere, dass sie in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind und in der Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchten; die Schlussfolgerungen sind zu begründen (BGE 125 V 351 E. 3a und 3b). Die RAD-Ärzte müssen sodann über die im Einzelfall gefragten persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügen, was in einer bestimmten medizinischen Disziplin einen entsprechenden, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienenden, spezialärztlichen Titel des berichtenden oder zumindest des berichtenden Arztes voraussetzt; eine FMH-Ausbildung ist für Gutachter nicht zwingend verlangt, sondern nur eine Fachausbildung, welche auch im Ausland erworben werden kann. Bezüglich der materiellen und formalen Anforderungen sind die RAD-Untersuchungsberichte im Beschwerdefall gerichtlich überprüfbar (Urteil des Bundesgerichts 9C_865/2009

vom 3. Dezember 2009 E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3) 3.3.2

Der RAD-Arzt med. pract. B. ___ ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und verfügte damit über die nötige Qualifikation für die medizinische Beurteilung der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit. Ausserdem hat er diesen am 1. Oktober 2015 persönlich untersucht und es lagen ihm sämtliche Akten vor. Im Bericht vom 6. Oktober 2015 setzte sich med. pract. B. ___ zudem ausführlich mit den wesentlichen medizinischen Vorakten auseinander (Urk. 6/100/8). Es wurde eine umfassende Neubeurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes vorgenommen, mit welcher sämtliche Beschwerden und die Anamnese mit den Vorakten berücksichtigt sowie die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet dargelegt wurden. Der Bericht erfüllt alle recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Der grundsätzliche Beweiswert des Untersuchungsberichts des RAD-Psychiaters med. pract. B. ___ vom 6. Oktober 2015 ist daher zu bejahen. 3.3.3

Zwar trifft es zu, dass med. pract. B. ___ gemäss diesem Bericht aufgrund einer anderen diagnostischen Beurteilung der psychischen Leiden eine von der Einschätzung von Dr. Z. ___ (gemäss dessen Gutachten vom 28. Februar 2011, Urk. 6/34/12-16) und den damaligen behandelnden Ärzten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornahm, ohne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes explizit zu thematisieren. Jedoch holte er dies in der ergänzenden Stellungnahme vom 28. Juni 2016 (Urk. 6/113/2) nach und begründete mit Hinweis auf die in Bezug auf die Diagnose einer Depression verbesserten psychopathologischen Befunde nachvollziehbar, dass und weshalb von einem verbesserten Gesundheitszustand auszu gehen sei.

So führte der RAD-Arzt med. pract. B. ___ aus, es fänden sich Befundunterschiede im Vergleich zum Gutachten von Dr. Z. ___. Und zwar seien die von Dr. Z. ___ aufgeführten Symptome (stimmungsmässig monoton, leicht bedrückt, ernst, der Beschwerdeführer zeige wenig eigene Initiative) bei der RAD-Untersuchung nicht mehr zu sehen gewesen.

Nunmehr sei der Beschwerdeführer affektiv schwingungs fähig gewesen, sei häufig und lebhaft auf Scherze einge gangen sowie er habe viele eigeninitiative Darstellungen gemacht. Der Gesundheitszustand habe sich somit verbessert (Urk. 6/113/2).

Dementsprechend hatte Dr. Z. ___ noch chronische rezidivierende depressive Phasen diagnostiziert und ausserdem sogar ausgeführt, schon die depressive Störung allein müsste im Grunde genommen als schwer diagnostiziert werden. Sie gehe nämlich mit einem schweren somatischen Syndrom mit unter anderem Morgentief, völliger Apathie und Inappetenz einher. Das Nichterscheinen am Arbeitsplatz sei auf dieses depressive Morgentief zurückzuführen (Urk. 6/34/14). Ausserdem war der Beschwerdeführer im Februar 2011 gemäss seinen Angaben gegenüber Dr. Z. ___ noch in intensiver psychiatrischer Behandlung mit anti depressiver Medikation (Venlafaxin) und zwei Konsultationen pro Woche. Zusätzlich war er in einer betreuten Wohngruppe untergebracht (Urk. 6/34/11 und 6/100/3). Nur wenige Monate zuvor war der Beschwerdeführer ausserdem noch in stationärer (vom 17. November 2009 bis Mitte März 2010, Urk. 6/34/4) und teilstationärer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung (vom 18. August bis am 22. Oktober 2010, Urk. 6/34/5).

Dagegen befand sich der Beschwerdeführer im Oktober 2015 lediglich noch - soweit er die Termine einhielt - alle vierzehn Tage in psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 6/83/2). Eine psychiatrische oder medikamentöse Behandlung fand nicht mehr statt, der Beschwerdeführer wohnte selbständig mit seiner Freundin und es erfolgte in den letzten Jahren auch keine stationäre oder teilstationäre Behandlung mehr (Urk. 6/100/3-4). 3.3.4

Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass der RAD-Psychiater auf eine Verbesserung der depressiven Symptomatik schloss, zumal der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 1. Oktober 2015 angab, dass er nun mehr morgens um 6.30 Uhr mit dem Hund spazieren gehe und ansonsten um 9 Uhr aufstehe, dann game oder Fernsehen schaue (Urk. 6/100/2). Völlige Apathie und ein Morgentief sind damit nicht mehr auszumachen. Die Schwierigkeit zur Arbeit zu gehen, ist somit nicht mehr auf eine depressive Störung zurück zu führen.

Hinzu kommt, dass der behandelnde Psychologe im Bericht vom 10. Oktober 2014 eine zumindest 40%ige Arbeitsfähigkeit als Zimmermann und Handwerker als zumutbar erachtete (Urk. 6/83/7), was allein schon auf eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes schliessen lässt. Schon im Bericht vom 3. Oktober 2013 hatte er zudem klargestellt, dass die morgendliche Antriebs hemmung kritisch sei; wenn der Beschwerdeführer es aber schaffe, zur Arbeit zu gehen, bestehe eigentlich keine Einschränkungen (Urk. 6/70/2). 3.4

3.4.1

Es ist daher entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers von einer Verbesserung seines psychischen Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad massgeblich zu beeinflussen.

Ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG ist damit zu bejahen und der Rentenanspruch hinsichtlich aller Aspekte zu prüfen. Rechtsprechungsgemäss ist der Invaliditätsgrad dabei auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 3.4.2

Daran ändert entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nichts, dass im Frühjahr 2013 ein Arbeitsversuch abgebrochen (Urk. 6/67, Urk. 6/69) und das Jobcoaching im September 2014 im Hinblick auf die Aufnahme der Tätigkeit in der geschützten Holzwerkstatt im O. ___ abgeschlossen wurde (Urk. 6/80). Denn massgeblich ist in erster Linie die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

Nach ständiger Rechtsprechung ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit kann unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden. Es können im Einzelfall zwar die Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente daher vergewissern, ob - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist. Diese Rechtsprechung findet jedoch nur bei versicherten Personen Anwendung, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_597/2014 vom 6. Oktober 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer ist weder über 55 Jahre alt, noch hat er seit mehr als 15 Jahren eine Rente bezogen. Auch hat er tage- und stundenweise immer wie der gearbeitet, und zwar nicht nur in einer geschützten Werkstatt, sondern auch auf dem freien Arbeitsmarkt, wenn auch für Bekannte. Die vollständige Eingliederung scheiterte zudem allein daran, dass der Beschwerdeführer sich schwer damit tat, regelmässig am Morgen direkt als Erstes zur Arbeit zu fahren und Termine einzuhalten. Dieses Verhalten kann indes - wie hiervor ausgeführt (E. 3.3.3-E. 3.3.4) - nicht respektive zumindest nicht mehr auf die depressive Symptomatik zurückgeführt werden. 3.4.3

Angesichts des vorliegenden Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG kann sodann offen bleiben, ob die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Neubeurteilung des damaligen Sachverhaltes gegeben gewesen wären und die angefochtene Verfügung daher mit einer substituierten Begründung geschützt werden könnte (vgl. E. 1.5 hiervor). 4. 4.1

Mit der Beschwerdegegnerin ist zur Bestimmung der aktuellen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (Art. 6 und 7 ATSG) nach dem Gesagten von der Einschätzung des RAD-Psychiaters gemäss seinem Bericht vom 6. Oktober 2015 (Urk. 6/100) auszugehen. Sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers führen zu keiner anderen Betrachtungsweise, zumal gegen den Bericht und die medizinische Beurteilung von med. pract. B. ___ im Einzelnen keine Rügen vorgebracht werden.

So legte der RAD-Psychiater im Bericht vom 6. Oktober 2015 denn auch nachvollziehbar mit korrektem Bezug zu den ICD-10-Kriterien begründet und vom Beschwerdeführer nicht beanstandet dar, weshalb er im Gegensatz zu Dr. Z. ___ die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) nicht stellte (Urk. 6/100/6-7), zumal dies auch keiner der behandelnden Ärzte getan hat.

4.2 4.2.1

Der RAD-Psychiater führte im Bericht vom 6. Oktober 2015 des Weiteren überzeugend aus, weshalb er die (auch von Dr. Z.____ diagnostizierte) Spielsucht als primäres und nicht als sekundäres Krankheitsgeschehen beurteilte (Urk. 6/100/6-9). Insbesondere ist es zutreffend, dass sich aus der Biographie des Beschwerdeführers, wie sie in der Anamnese des Gutachtens von Dr. Z.____ detailliert aufgeführt wurde (Urk. 6/34/8), keine depressive Störung in der Kindheit und Jugend ergibt, aufgrund welcher sich eine (Computerspiel-)Sucht entwickelte. Vielmehr ist dem Gutachten, wie med. pract. B.____ korrekt festhielt (Urk. 6/100/6), lediglich zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Sekundarstufe lieber Computerspiele spielt, als die Aufgaben gemacht habe. Mit den Computerspielen habe er in der Oberstufenschulzeit, mithin in der Sekundarstufe, angefangen. Fünf Jahre lang habe er im Internet immer das selbe Spiel (World of Warcraft) gemacht, deshalb sei er abends lange aufgeblieben, er habe fast täglich gespielt und in den Ferien fast nichts anderes gemacht. Während der Lehre sei exzessives Biertrinken, zum Teil nach Feierabend und vor allem am Wochenende, dazugekommen (Urk. 6/100/8-9). Den Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem RAD-Psychiater ist zudem zu entnehmen, dass er das PC-Spiel bereits im Alter von 8 oder 9 Jahren kennen gelernt hat. Er habe in den Folgejahren zunehmend gespielt (Urk. 6/100/3). In der Woche vor der Begutachtung (Oktober 2015) habe er insgesamt zirka 24 Stunden gespielt, mithin durchschnittlich rund 3,5 Stunden pro Tag (Urk. 6/100/1), und zwar gemäss der Schilderung zum Tagesablauf insbesondere jeweils am Morgen (Urk. 6/100/2).

Der Beschwerdeführer ist somit weiterhin von seiner Sucht betroffen. Med. pract. B.____ führte dazu schlüssig aus, dass die zwei Hospitalisationen einige Gesundheitsfortschritte ergeben hätten, aber keine anhaltende Abstinenz vom Gamen (Urk. 6/100/8). Gefolgt werden kann dem RAD-Psychiater auch insofern, als er darauf schloss, dass keine irreparablen Folgeschäden der Spielsucht festzustellen seien (Urk. 6/100/9). Dies gilt zumindest für die Zeit ab Oktober 2015, da keine weitere psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszu machen ist. 4.2.2

Die Auswirkungen der Spielsucht selbst sind unter den gegebenen Umständen ab Oktober 2015 nicht mehr beachtlich. Denn nach der Rechtsprechung führt eine Sucht (so etwa eine Drogensucht, Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Die zitierte Praxis setzt den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG; Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1). Dies ist hier nicht (mehr) der Fall. 4.3

4.3.1

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung von med. pract. B.____ vom 6. Oktober 2015 (Urk. 6/100) im angefochtenen Entscheid mangels einer versicherungsrechtlich beachtlichen Gesundheitsschädigung

spätestens ab Oktober 2015 von einer 100%igen Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausging.

Von weiteren Beweismassnahmen, namentlich weiteren medizinischen Abklärungen, sind keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abgesehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_320/2014 vom 14. August 2014 E. 11). 4.3.2

Die Beschwerdegegnerin hat die bisherige ganze Rente mit Verfügung vom 29. Juni 2016 folglich zu Recht per 31. August 2016 aufgehoben (Urk. 2).

Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 5.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen, ermessensweise auf Fr. 600.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

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 GrünigHartmann

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