

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00964 vom 11. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00964](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00964)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00964 du 11 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00964 del 11 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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. 2.1 mit Hinweisen).

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad 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).

### **E. 1.2**

Im Sommer 2014 leitete die IV-Stelle ein Rentenrevisionsverfahren ein (vgl. Urk. 6/26). Zur Feststellung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle unter anderem einen Verlaufsbericht von Dr. Y.\_\_\_\_ (Urk. 6/29) ein und gab beim Institut Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres (allgemeininternistisch, infektiologisch, rheumatologisch, psychiatrisch) Gutachten in Auftrag (Urk. 6/47-51), welches am 17. September 2015 erstattet wurde (Urk. 6/55).

Nach dem Eingang des Z.\_\_\_\_-Gutachtens gewährte die IV-Stelle zunächst dem vom Versicherten beauftragten med. pract. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und

Psychotherapie, Einsicht in die Akten des Abklärungsverfahrens (Urk. 6/56-58). Danach bot die IV-Stelle den Versicherten zur gesprächswisen Abklärung der beruflichen Situation auf (Urk. 6/59, Urk. 6/60 und Urk. 6/63) und gewährte auch dem nunmehr mandatierten Rechtsvertreter des Versicherten (vgl. Urk. 6/61-62) Akteneinsicht (Urk. 6/65). Am 14. Dezember 2015 liess sich der Rechtsvertreter namens des Versicherten zum Z.\_\_\_\_-Gutachten vernehmen (Urk. 6/67), wobei er unter anderem beantragte, es sei eine Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. Y.\_\_\_\_ zum Z.\_\_\_\_-Gutachten einzuholen. Am 15. Februar 2016 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass dieser anlässlich der beruflichen Standortbestimmung vom 4. Februar 2016 erklärt habe, aufgrund seiner gesundheitlichen Verfassung nicht eingliederungs fähig zu sein, weshalb die Eingliederungsberatung abgeschlossen werde (Urk. 6/71). Am 24. März 2016 stellte die IV-Stelle Dr. Y.\_\_\_\_ eine Kopie des Z.\_\_\_\_-Gutachtens zur Kenntnisnahme zu (Urk. 6/73) und teilte dem Versicherten vorbescheidweise mit, dass sie seine Invalidenrente auf das Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats aufzuheben gedenke, da die medizinischen Akten, insbesondere das Z.\_\_\_\_-Gutachten, zeigten, dass sich sein Gesundheitszustand wesentlich verbessert habe und er bei einem Invaliditätsgrad von lediglich noch 20 % in seiner vor der Rentenzusprache ausgeübten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könne (Urk. 6/75). Mit Ein gabe vom 31. Mai 2016 (Urk. 6/86) nahm der Versicherte Stellung zum Vorbe scheid. Mit Verfügung vom 14. Juli 2016 (Urk. 2) hob die IV-Stelle die Rente des Versicherten auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Einer allfälligen Beschwerde gegen diese Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung.

### **E. 1.2.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran

hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Di agnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähig keit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der ver sicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hin weisen; vgl. Art.

### **E. 1.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.2.4**

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C\_300/2017 vom

1. Februar 2018 E. 4.2).

### **E. 1.3**

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen 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. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2.1**

Da hiermit der Endentscheid ergeht, wird der verfahrensleitende Antrag des Beschwerdeführers auf Wiederherstellung der von der Beschwerdegegnerin entzogenen aufschiebenden Wirkung der Beschwerde gegenstandslos.

Bemerkungsweise ist festzuhalten, dass der Antrag ohnehin als unbegründet abzuweisen gewesen wäre. Die Frage nach der Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung entscheidet sich anhand einer Interessenabwägung, bei welcher zu beurteilen ist, ob die Gründe, die für die sofortige Vollstreckbarkeit der Verfügung sprechen, gewichtiger sind als jene, die für die gegenteilige Lösung angeführt werden können (BGE 124 V 82 E. 6a; 117 V 185 E. 2b). Dabei gewichtet die Rechtsprechung das Interesse der Verwaltung an der

Vermeidung möglicherweise nicht mehr einbringlicher Rückforderungen gegenüber demjenigen von versicherten Personen, nicht in eine vorübergehende finanzielle Notlage zu geraten, regelmässig als vorrangig, insbesondere wenn aufgrund der Akten nicht mit grosser Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die versicherte Person im Hauptprozess obsiegen wird (BGE 105 V 266 f. E. 3; Urteil des Bundesgerichts I 4/05 vom 20. Januar 2005 E. 4.2). Vorliegend werden weder vom Beschwerdeführer Gründe dafür vorgebracht noch sind solche ersichtlich, weshalb ausnahmsweise das Interesse des Beschwerdeführers, vorerst weiterhin Leistungen zu erhalten, um möglicherweise eine Notlage zu vermeiden, höher zu gewichten wäre, als dasjenige der Verwaltung, möglicherweise nicht mehr wieder einbringliche Leistungen zu erbringen. Darüber hinaus stand auch von Prozessbeginn an fest, dass der Beschwerdeführer nicht mit grosser Wahrscheinlichkeit obsiegen wird, erweist sich die Beschwerde – wie nachfolgend zu zeigen – doch als unbegründet.

### **E. 2.2**

Nicht durchzudringen vermag der Beschwerdeführer auch mit dem prozessualen Antrag, es sei von Amtes wegen eine Stellungnahme des den Beschwerdeführer behandelnden Arztes zum Z.\_\_\_\_-Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 19 f., Urk. 19 S. 23 f.) Hierbei handelt es sich um die Wiederholung eines vom Beschwerdeführer bereits im Abklärungsverfahren der Beschwerdegegnerin gestellten (vgl. Urk. 6/81) und von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 14. Juli 2016 (Urk. 2) abgelehnten Antrags. In Ergänzung der dortigen Begründung, wonach es an einer rechtlichen Grundlage für einen solchen Einbezug behandelnder Ärzte in den Begutachtungsprozess fehle (vgl. Urk. 2 S. 2), ist festzuhalten, dass die Entscheidung, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung nicht von der untersuchten Person oder von deren behandelnden Ärzten zu treffen ist, sondern allein im Ermessen der mit der Begutachtung betrauten medizinischen Experten steht und nicht zwingend ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_191/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.2.3 mit Hinweisen). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1.1**

Im Rahmen der mit Verfügung vom 11. März 2003 (Urk. 6/13 und Urk. 6/9) mit Wirkung ab 1. Juli 2002 erfolgten Erhöhung der halben auf eine ganze Rente ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2002 zu 75 % arbeitsunfähig sei. Sie stellte einen Invaliditätsgrad von 80 % fest. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei im Wesentlichen auf einen Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 28. August 2002 (Urk. 6/7/6). Dieser hatte eine Verschlechterung des Immunstatus mit Abnahme der CD4-Zellzahl und vermehrten interkurrenten Infekten und Soorösophagitis seit Herbst 2001 festgehalten. Seit Mai 2002 stehe der Beschwerdeführer unter einer antiretroviralen Tritherapie. Darunter sei es zu einer extremen Anämie gekommen, welche einen Wechsel der Medikation notwendig gemacht habe. Diese werde jetzt langsam toleriert. Der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers sei immer noch stark reduziert.

#### **E. 3.1.2**

Im Rahmen des mit Mitteilung vom 11. Juni 2009 (Urk. 6/23) mit der Feststellung eines unveränderten Invaliditätsgrades abgeschlossenen Revisionsverfahrens stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Bericht von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 20. April 2009

(Urk. 6/20). In diesem hatte Dr. Y.\_\_\_\_ als Diagnosen angeführt: - HIV Infektion CDC B2 (1995) - Myelodysplastisches Syndrom (MDS) mit erhöhter Infektanfälligkeit (März 2004) - chronisch rezidivierendes Panvertebralsyndrom (Mai 1996 oder früher) - rezidivierende depressive Episoden (Mai 1996 oder früher)

Unter antiretroviraler Therapie sei die Viruslast seit November 2002 nicht nachweisbar. Es bestehe eine schlechte Erholung der CD4-Zellen (zurzeit 350 400; 22-24 %) bei MDS mit erhöhter Infektanfälligkeit und sehr häufigen inter kurrenten ORL- und MD-Infekten und chronischer Müdigkeit. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an einem chronisch rezidivierenden Panvertebralsyndrom und sei zurzeit in Behandlung wegen einer Periarthritis humeroscapularis rechts. Die depressiven Episoden machten immer wieder psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungen notwendig. Es bestehe eine sehr ausgeprägte Stressintoleranz. Sowohl die physische wie auch die psychische Situation des Beschwerdeführers habe sich trotz der Behandlungen nicht wesentlich, und vor allem nicht nachhaltig, verbessert. Eine Reintegration in einen Arbeitsprozess könne kaum erreicht werden.

### **E. 3.2**

.2 ).

Betreffend den Indikator « Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz » ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer erstmals nach Erstattung des Z.\_\_\_\_-Gutachtens im Januar 2016 eine psychiatrische Behandlung aufnahm (Urk. 3/10). Er nahm im Rahmen dieser Behandlung auch Antidepressiva ein, die jedoch zu keiner wesentlichen Besserung führten. Auf psychotherapeutische Massnahmen sprach er jedoch an (Urk. 3/10). Das heisst, es konnte trotz der erst relativ kurzen Behandlungsdauer ein Behandlungserfolg erzielt werden, weshalb eine Behandlungsresistenz zu verneinen ist .

Im Rahmen des Aspekts « Komorbiditäten » sind nebst Begleiterkrankungen mit eigenständiger invalidisierender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) sämtliche Störungen, welchen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1), in die Würdigung miteinzubeziehen. Beim Beschwerdeführer fällt dabei insbesondere die HIV-Erkrankung ins Gewicht. Aus infektiologischer Sicht attestierten die Z.\_\_\_\_-Gutachter dem Beschwerdeführer aufgrund der Tagesmüdigkeit und der Arthralgien unter der antiretroviralen Therapie eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/55/17 und Urk. 6/55/19). Diese Einschätzung erscheint schlüssig. Darüber hinaus erachteten sie aus rheumatologischer Sicht aufgrund der Schulterimpingement-Symptomatik links und rechts Überkopfarbeiten für nicht günstig. Alle anderen körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer auch in früheren Jahren ausgeübt hatte, erachteten sie hingegen ohne Einschränkungen für möglich (Urk. 6/55/19). Diese Einschätzung erweist sich ebenfalls als schlüssig. Aus allgemeininternistischer Sicht besteht demgegenüber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insbesondere die genannten Beeinträchtigungen aus infektiologischer Sicht sind unter dem Aspekt « Komorbiditäten »

als ressourcenhemmend zu qualifizieren.

Zum Komplex « Persönlichkeit » ist festzuhalten, dass die Z.\_\_\_\_-Gutachter eine Persönlichkeitsstörung schlüssig verneinten. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Ängste sind im Rahmen der Depression zu sehen (Urk. 6/55/10). Insgesamt liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers sich

ressourcenhemmend auswirkt.

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einer langjährigen guten und stabilen Beziehung mit seinem Partner lebt (Urk. 6/55/10). Er gibt an, er habe gute Kontakte vor allem zu langjährigen Freunden. In die Ferien verreiste der Beschwerdeführer mit seinem Partner und weiteren Freunden (Urk. 6/55/9). Der «soziale Kontext» enthält somit gewisse bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren .

In der Kategorie « Konsistenz » zielt der Indikator « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen ( beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Aus dem vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf (Urk. 6/55/9) ergibt sich, dass er zahlreichen Aktivitäten nachgeht. So geht er spazieren, macht Yoga, geht im Sommer baden, kocht für sich und seinen Partner das Abendessen, erledigt grundsätzlich die Haushaltsarbeiten und verreist in die Ferien. Diese Aktivitäten stehen im Widerspruch zu der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Arbeitsunfähigkeit, macht er doch geltend, überhaupt nicht mehr arbeitsfähig zu sein (Urk. 6/55/9).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanagnostisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer erst seit Anfang 2016 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung steht (vgl. E. 3.2.3; Urk. 6/55/8). Behandlungsanagnostisch ist daher ein erheblicher Leidensdruck nicht ausgewiesen

Aus dem Gesagten ist zu folgern, dass sich die «Komorbiditäten» zwar negativ auf die Ressourcen des Beschwerdeführers auswirken. Nichtsdestotrotz ist je doch von keiner psychisch begründeten Arbeitsunfähigkeit auszugehen. So liegen keine Anzeichen für eine Behandlungsresistenz vor und lässt auch der soziale Kontext auf hinreichende Ressourcen des Beschwerdeführers schliessen. Zu dem bestehen Inkonsistenzen zwischen der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit und des gezeigten Aktivitätsniveaus in den übrigen Lebensbereichen. Schliesslich fehlt es auch behandlungsanagnostisch an einem erheblichen Leidensdruck. Dass die Gutachter der Diagnose eher leichten depressiven Episode keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimessen, ist damit nicht zu beanstanden. 4.3

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verbessert hat und er seit dem Zeitpunkt der Z.\_\_\_-Begutachtung in der angestammten Tätigkeit und jeder anderen angepassten Tätigkeit wieder zu 80 % arbeitsfähig ist. 5.5.1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 1.3) . 5.2.5.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in

der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein beruflicher Aufstieg im Gesundheitsfall zu berücksichtigen, den eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wären. Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Die theoretisch vorhandenen beruflichen Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (BGE 96 V 29; AHI 1998 S. 166 E. 5a, I 287/95; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3b, U 110/92; Urteil des Bundesgerichts 9C\_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

### 5.2.2

Der Beschwerdeführer arbeitete vor der erstmaligen Rentenzusprache in einem 80%-Pensum als RAV-Fachberater (Urk. 6/1/1). Wie nachfolgend zu zeigen ist, kann offenbleiben, ob der Beschwerdeführer aktuell im Gesundheitsfall in einem 80%-Pensum arbeiten würde oder nicht, hat er doch selbst unter der Annahme, er würde im Gesundheitsfall in einem 100%-Pensum arbeiten, keinen Rentenan spruch. Der Beschwerdeführer erzielte im Jahr 1998 bei einem Pensum von 80 % einen Monatslohn von Fr. 4'551.-- (zuzüglich 13. Monatslohn, Urk. 6/1/1), was bei einem 100%-Pensum einem Jahreseinkommen von Fr. 73'953.75 (Fr. 4'551.-- x 13 : 80 x 100) entsprach. In Anpassung an die Nominallohnentwicklung entsprach dieses Einkommen im Jahr 2016, dem Jahr, in welchem die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdeführers aufhob, einem Einkommen von Fr. 90'383.45 (Fr. 73'953.75 : 1832 x 2239; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T39 , Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne , Nominallohne Männer).

Konkrete Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden beruflich aufgestiegen wäre, liegen nicht vor. Namentlich liegen weder Hinweise auf Kursbesuche noch das Ablegen von Prüfungen vor. Das Valideneinkommen des Beschwerdeführers ist daher – basierend auf der Annahme einer 100%igen Erwerbstätigkeit – auf Fr. 90'383.45 festzusetzen. Dieser Lohn entspricht im Übrigen praktisch exakt dem vom Amt für Wirtschaft und Arbeit des Kantons Zürich für das Jahr 2015 angegebene hypothetischen Lohnes eines RAV-Fach beraters (Urk. 6/70/2). 5.3 5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtspre chung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch her ausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten

Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl. 2014, N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung) . 5.3.2

Nachdem der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE zu berechnen. Der Beschwerdeführer hat eine Lehre als Koch erfolgreich abgeschlossen. Er verfügt zudem über Berufserfahrung als Modeverkäufer, als Flight-Attendant, als Kellner, als Hilfspfleger, als RAV-Berater und als Künstlerbetreuer (Urk. 6/55/6-6 und Urk. 6/55/8-9; Urk. 6/69/1-2). Dem Beschwerdeführer ist es daher – zumindest – möglich, Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 2 ( Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/ Sicherheitsdienst/Fahrdienst ) auszuüben (vgl. Gutachten, wonach alle früher ausgeübten Tätigkeiten zumutbar sind, Urk. 6/55/19). Gemäss der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level des Bundesamtes für Statistik (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht , Privater Sektor) betrug der Medianlohn von Männern, welche im Jahr 2016 Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 2 ausübten Fr. 5'646.--. Bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total) entsprach dies im Jahr 2016 bei einem 80 %-Pensum einem Einkommen von Fr. 56'505.15 ( Fr. 5'646. x 12 : 40 x 41,7 x 0,8 ).

Da kein Anlass für einen behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn besteht, beläuft sich das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers auf Fr. 56'505.25. 5.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 90'383.45 und einem Invalideneinkommen von Fr. 56'505.15

resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 33'878.30 und ein Invaliditätsgrad von gerundet 37 % (Fr. 33'878.30 : Fr. 90'383.45). Bei einem Invaliditätsgrad von 37 % besteht kein Rentenanspruch mehr. 6.

Nach dem Gesagten erweist es sich als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin einen weiteren Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint und die Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats eingestellt hat (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) . Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet.

### **E. 3.2.1**

Im aktuellen Revisionsverfahren nannte Dr. Y.\_\_\_\_ mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 31. Oktober 2014 (Urk. 6/29) als Diagnosen: - HIV Infektion CDC B2 - multiple Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie - chronisch rezidivierendes Schulterarmsyndrom bei Status nach Ruptur der Supraspinatussehne und degenerativen Veränderungen

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Eine wesentliche Besserung sei kaum zu erwarten.

### **E. 3.2.2**

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter hielten in ihrem Gutachten vom 1. Oktober 2015 (Urk. 6/55) als Diagnosen fest (Urk. 6/55/18): - HIV-Infektion CDC B2 (ICD-10 U.60.2/U61.2) -

Erstdiagnose 8. August 1995 (letzter negativer HIV-Test 1994) - Übertragungsart: homosexueller Geschlechtsverkehr - CD4-Nadir: nicht bekannt, gemäss Stadieneinteilung zwischen 200 500/µl - HIV-RNA seit November 2002 unter Nachweisgrenze (gemäss Angabe) - aktuelle CD4 653/µl, aktuelle HIV-RNA 29 Kopien/ml - aktuelle ART: Trumeq (Dolutegravir/Abacavir/Lamivudin) - bisherige HIV-assoziierte Krankheiten: rezidivierende Soorstomatitis gemäss Angabe

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter an: - leicht ausgeprägtes subakromiales Schulterimpingement-Syndrom rechts (ICD-10 M75.4) - diskretes subakromiales Schmerzsyndrom links (ICD-10 M75.4) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Status nach Hepatitis B - Status nach Syphilis - MDS gemäss Akten - aktuell keine Hinweise für MDS - intermittierende, unspezifische anteriore Kniegelenksbeschwerden beidseits (ICD-10 M25.5) - Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (etwa 30 Packyear; ICD-10 F17.1)

Der Beschwerdeführer sei für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, vollschichtig realisierbar (Urk. 6/55/21). Diese Arbeitsfähigkeit gelte sicher ab dem Untersuchungsdatum im August 2015, bestehe aber wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren (Urk. 6/55/20).

Im Sinne von medizinischen Massnahmen würden sie aus infektiologischer Sicht weiterhin die regelmässige Laborkontrolle der HIV-Infektion und Hämatologie empfehlen. Aus psychiatrischer Sicht sei allenfalls eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Verbesserung der depressiven Stimmungslage zu empfehlen. Zur Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess benötige der Beschwerdeführer sicher eine professionelle Unterstützung mit Arbeitstraining und Arbeitsvermittlung. Allerdings sei es nicht sicher, ob er dazu genügend motiviert sei. Durch die subjektive Leistungseinschränkung ergebe sich eine unsichere Prognose (Urk. 6/55/20).

### **E. 3.2.3**

Med. pract. B. \_\_\_ hielt mit Bericht an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 9. September 2016 (Urk. 3/10) als Diagnosen fest: - rezidivierende und je nach Belastung leichte bis mittelschwere bzw. schwere Depression (ICD-10 F33.0, F33.1, F33.2) - Borderlinepersönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31)

Die psychiatrischen Symptome des in instabilen Verhältnissen aufgewachsenen und seit seiner Kindheit psychisch unsicheren, autodestruktiven und depressiven Beschwerdeführers sprächen für eine rezidivierende Depression und eine chronifizierte Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Der psychische Zustand des zeitlich wenig belastbaren, jetzt 50-jährigen Beschwerdeführers habe sich nach der überraschenden Rentenstreichung noch einmal verschlechtert. Sozial unangepasst, depressiv und seit Jahrzehnten ein subkulturelles Nischendasein führend, werde dem Beschwerdeführer nach menschlichem Ermessen kein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt gelingen, hingegen drohe eine Verschlechterung des psychischen Zustandes mit der Gefahr einer psychophysischen Dekompensation.

### **E. 3.2.4**

Dr. Y. \_\_\_ erklärte mit Schreiben an den Beschwerdeführer vom 22. Juli 2016 (Urk. 3/11), wohl durch ein Versehen seien die von ihnen am 18. August 2015 dem Z. \_\_\_ zugestellten Unterlagen dem infektiologischen Gutachter nicht vorgelegen. Dementsprechend sei auch auf die mit einer Knochenmarksbiopsie vom 4. März 2004 bestätigte Diagnose eines MDS

nicht korrekt eingegangen worden. Ebenso sei eine von Februar bis August 2012 mit Copegus und Pegasys behandelte Hepatitis C unerwähnt geblieben, welche beim Beschwerdeführer mit schweren Nebenwirkungen verbunden gewesen sei (schwere Leukopenie und dekompensierte Depression). Ebenso hätten natürlich Vergleiche der Laborresultate gefehlt. Seiner Ansicht nach könne damit die Beurteilung des Infektiologen der Situation nicht gerecht werden. Zudem könne eine Einzelbeurteilung von medizinischen Teilgebieten der Gesamtsituation nicht gerecht werden. 4. 4.1

Vergleichsbasis für die Prüfung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert hat, bildet die Verfügung vom 11. März 2003 (Urk. 6/13), mit welcher die halbe Rente des Beschwerdeführers auf eine ganze erhöht wurde. Damals wurde letztmals eine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung vorgenommen. Im Rahmen des im Jahr 2009 durchgeführten Rentenrevisionsverfahrens nahm die Beschwerdegegnerin hingegen keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung vor (vgl. Urk. 6/17-22). 4.2 4.2.1

Auf ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG und BGE 141 V 281 eingeholtes Gutachten ist rechtsprechungsgemäss abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_460/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.4). Entgegen den unsubstantiierten Vorbringen des Beschwerdeführers (vgl. insbesondere Urk. 1 S. 17) liegen keinerlei Anhaltspunkte dafür vor, dass das Z.\_\_\_\_-Gutachten nicht korrekt im Sinne von Art. 44 ATSG und BGE 141 V 281 in Auftrag gegeben worden wäre. Der Einwand des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten die Reihenfolge der Durchführung der einzelnen Teilgutachten im Gutachten falsch angegeben (vgl. Urk. 1 S. 25), ist ebenfalls unzutreffend. Entgegen der gegenteiligen Behauptung des Beschwerdeführers werden im Gutachten die Daten der Untersuchungen angegeben (allgemeininternistischer Status vom 12. August 2015, Urk. 6/55/6, psychiatrische Untersuchung vom 12. August 2015, Urk. 6/55/8, rheumatologische Untersuchung vom 12. August 2015, Urk. 6/55/11, infektiologische Untersuchung vom 10. August 2015, Urk. 6/55/15). Diese Angaben stimmen zudem mit dem von den Gutachtern dem Beschwerdeführer zugestellten Untersuchungsprogramm überein (Urk. 6/54). Entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 25) ist zudem nicht zwingend, dass das allgemeininternistische Teilgutachten als erstes erstattet wird. Es erweist sich vielmehr als nachvollziehbar, dass als erstes die infektiologische Untersuchung, welche das zentrale Leiden des Beschwerdeführers betrifft, durchgeführt wurde. Im Weiteren liegen entgegen der vom Beschwerdeführer mehrfach vorgebrachten (Urk. 1 beispielsweise S. 31), jedoch in keiner Weise substantiierten Behauptung, keinerlei Hinweise darauf vor, dass die Gutachter das Gutachten blanko unterzeichnet hätten.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 28 ff.), es fehle den Gutachtern (teilweise) die erforderliche Berufsausübungsbewilligung, gilt es festzuhalten, dass eine solche vom Bundesgericht nicht vorgeschrieben wird (Urteile des Bundesgerichts 9C\_121/2016 vom 27. April 2016 E. 4.3, 9C\_526/2014 vom 3. Dezember 2014 E. 5.5 und 8C\_436/2012 vom 3. Dezember 2012 E. 3.4).

Weiter liess der Beschwerdeführer einwenden, die Gutachter hätten von seinem Hausarzt, Dr. Y.\_\_\_\_, eingereichte Unterlagen «unterdrückt» (Urk. 1 S. 17 f.). Der Beschwerdeführer übersieht dabei, dass sich im Anhang des Gutachtens diverse Dokumente befinden, welchen von Dr. Y.\_\_\_\_ beschriebenen entsprochen (Urk. 6/55/22-34; E. 3.2.4). Es kann also keine Rede davon sein, dass die Unterlagen «unterdrückt» worden wären. Aus den genannten

Unterlagen ergibt sich denn auch, dass sich die Blutwerte des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zeitpunkt der mit Verfügung vom 11. März 2003 (Urk. 6/13) vorgenommenen Rentenerhöhung erheblich verbessert haben. So belief sich die CD4 Zellzahl Anfang 2003 auf 303/µl (Urk. 6/55/25), die Z.\_\_\_\_-Gutachter erhoben demgegenüber einen unauffälligen Wert von 653/µl (Urk. 6/55/18). Auch im Vergleich zum Jahr 2009, als die ganze Rente des Beschwerdeführers bestätigt wurde, verbesserte sich die CD4-Zellzahl wesentlich, belief sie sich doch damals auf 350 bis 400/µl (Urk. 6/20/6). Dem Z.\_\_\_\_-Gutachten ist zudem in Übereinstimmung mit den aktenkundigen Blutwerten zu entnehmen, dass sich die HIV-RNA seit November 2002 unter der Nachweisgrenze beläuft (vgl. Urk. 6/55/18 und Urk. 6/55/25). Dass der CD4-Nadir-Wert den Gutachtern nicht bekannt war, steht der Tatsache einer schlüssig festgestellten Verbesserung der Blutwerte nicht entgegen. Die Annahme der Gutachter, dass sich der CD4 Nadir-Wert entsprechend der Stadieneinteilung zwischen 200 und 500/µl belaufen hat (vgl. Urk. 6/55/18), erweist sich vielmehr als richtig, betrug der CD4-Wert im Mai 2002 doch 212/µl (Urk. 6/55/22 und Urk. 6/55/25).

Aus dem Gutachten ergibt sich auch, dass der Beschwerdeführer zuletzt keine rezidivierenden Infektionen mehr zu beklagen hatte (vgl. Urk. 6/55/15). Demgegenüber litt er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache an vermehrten interkurrenten Infektionen und Soorösophagitis (Urk. 6/7/6). Auch im Jahr 2009, als sich die Blutwerte im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2003 bereits verbessert hatten (Urk. 6/55/25-26), litt er aufgrund der erhöhten Infektanfälligkeit noch an sehr häufigen interkurrenten ORL- und MD Infekten (Urk. 6/20/6).

Hinsichtlich des von Dr. Y.\_\_\_\_ im Bericht vom 20. April 2009 (Urk. 6/20) angeführten MDS erklärten die Gutachter, dass sie keine Hinweise darauf gefunden hätten. Das Hämoglobin bewege sich mit 159g/L in einem absolut normalen Bereich. Die Makrozytose, welche für ein MDS typisch wäre, könne auch durch Lamivudin verursacht sein. Aktuell habe der Beschwerdeführer keine Bilytopenie, sondern nur eine diskrete Thrombopenie. Weiter hätten bei der Befragung keine rezidivierenden Infektionen eruiert werden können, die eine typische Komplikation eines MDS wären (Urk. 6/55/17). Diese Ausführungen erweisen sich als schlüssig, weshalb nachvollziehbar ist, dass die Z.\_\_\_\_-Gutachter kein MDS diagnostizierten beziehungsweise dieser früher gestellten Diagnose keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumessen. Dies gilt umso mehr, als auch Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 31. Oktober 2014 die Diagnose MDS nicht mehr beziehungsweise nicht mehr unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anführte (E. 3.2.1).

Der Umstand, dass die Gutachter die vom Beschwerdeführer durchgemachte Hepatitis C-Erkrankung nicht erwähnten, schadet der Zuverlässigkeit ihrer Begutachtung nicht. Es ist nämlich nicht ersichtlich, weshalb die durchgestandene und somit nicht mehr aktuelle Erkrankung Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers haben sollte. Entsprechend werden denn auch von Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 22. Juli 2016 keine spezifischen Einschränkungen aufgrund der Hepatitis C genannt (E. 3.2.4).

Aus psychiatrischer Sicht erhoben die Gutachter eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), massen dieser aber keine Auswirkungen zu. Dr. B.\_\_\_\_, welchen der Beschwerdeführer erstmals nach Erstattung des Z.\_\_\_\_-Gutachtens aufgesucht hatte (vgl. Urk. 3/10), hielt als Diagnosen eine rezidivierende und je nach Belastung leichte bis mittelschwere bzw. schwere Depression (ICD-10 F33.0, F33.1, F33.2) und eine Borderlinepersönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) fest. Wie sich aus dem Z.\_\_\_\_-Gutachten

ergibt, spricht jedoch insbesondere der Verlauf vor der Erkrankung mit grundsätzlich normaler Sozialisation und Leistungsfähigkeit gegen eine Persönlichkeitsstörung (Urk. 6/55/10). Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vermag die Einschätzung der Z.\_\_\_\_-Gutachter, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht – nur – an einer leichten depressiven Episode leidet, daher nicht in Frage zu stellen.

Nach dem Gesagten erfüllt das Z.\_\_\_\_-Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten (vgl. E. 1.4). Es kann daher darauf abgestellt werden. In Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Erkrankung leidet, ist seine Leistungsfähigkeit jedoch im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen. 4.2.2

Bezüglich des Komplexes «Gesundheitsschädigung» respektive des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist festzuhalten, dass die im Gutachtenzeitpunkt vorgelegene depressive Episode als leicht qualifiziert wurde (E.

## **E. 7**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Guido Brusa - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Doppel von Urk. 19, Urk. 20/1-16, Urk. 22, Urk. 23, Urk. 27, Urk. 28, Urk. 30, Urk. 31, Urk. 32, Urk. 34, Urk. 35, Urk. 36, Urk. 37 und Urk. 38 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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  
Der Gerichtsschreiber  
HurstWyler

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