

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00970 vom 18. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00970](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00970)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00970 du 18 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00970 del 18 settembre 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). 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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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 Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3

und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

#### **E. 1.4**

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 Bundesgerichtes 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 Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

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 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).

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 unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389).

### **E. 1.6**

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebende Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeits-schätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_837/2010 vom 30. August 2011 E. 2.5.1)

### **E. 1.7**

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**

Der Versicherte erhob am 9. September 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Juli 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Rente auszurichten, eventuell sei ihm eine Viertelsrente auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerde Antwort vom 13. Oktober 2016 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. November 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Mit Eingaben vom 23. Januar 2017 (Urk. 13) und 6. Februar 2017 (Urk. 15) reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen (Urk. 14/1-2, Urk. 16/1-2) ein. Mit Verfügung vom 4. April 2017 (Urk. 17) wurden antrags gemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und der Beschwerdegegnerin die Eingaben des Beschwerdeführers vom 23. Januar und 6. Februar 2017 zur Kenntnis gestellt.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügungen vom 5. November 2012 (vgl. Urk. 11/123, Urk. 11/128, Urk. 11/139) in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass sie sich bei der Zusprache der ganzen Rente ab September 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 70 % voll umfänglich auf die Abklärungen der Unfallversicherung Suva abgestützt hätte, im Rahmen derer eine 70%ige Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer und somatischer Diagnosen attestiert worden sei. Die im Untersuchungsbericht der Suva vom Juli (richtig: August) 2010 attestierte Arbeitsunfähigkeit habe hauptsächlich auf den subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers und auf einer Verdachtsdiagnose basiert. Solche Diagnosen seien seitens der Invalidenversicherung zur Ermittlung der Restarbeitsfähigkeit nicht zu berücksichtigen. Klare Befunde oder Diagnosen hätten somit nicht vorgelegen, weshalb vor der Rentenzusprache weitere Abklärungen hätten durchgeführt werden müssen. Die Schlussfolgerung, dass nur noch eine 30%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, sei nicht nachvollziehbar. Es liege daher klar eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes vor (S. 1 unten f.). Die medizinische Situation sei folglich neu überprüft und ein medizinisches Gutachten beim Z.\_\_\_\_ eingeholt worden. Gestützt auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten liege noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 2 oben). Bei einem Invaliditätsgrad von 30 % bestehe kein Anspruch mehr auf eine Rente (S. 2 Mitte).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache auf die neuropsychologischen Beeinträchtigungen abgestellt. Sie habe sich auf die Beurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) gestützt, der die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit damals im Rahmen seines Ermessens anders beurteilt habe als heute das Z.\_\_\_\_. Weshalb der damalige Entscheid zweifellos unrichtig sein solle, sei nicht einzusehen (S. 8 Rz 11). Im Übrigen habe sich auch das Z.\_\_\_\_ nicht weiter mit der Frage beschäftigt, ob die Ursachen der neuropsychologischen Einschränkungen Folgen einer Hirnverletzung darstellten oder ob sie auf ein Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zurückzuführen seien. Demzufolge müsste nochmals ein neues Gutachten eingeholt werden (S. 9 Rz 13). Weiter habe es die Beschwerdegegnerin unterlassen, bei der Ermittlung des Invalideneinkommens – aus näher genannten Gründen – einen leistungsbedingten Abzug von 25 % vorzunehmen (S. 10 Rz 16).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die am 5. November 2012 verfügte Rentenzusprache zweifellos unrichtig und die wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente rechtmässig war. 3.1

Der am 5. November

2012 verfügte Rentenzusprache (vgl. Urk. 11/123, Urk. 11/128, Urk. 11/139) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde.

3.2

Die Ärzte des A.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, nannten in ihrem Bericht vom 20. März 2006 (Urk. 11/11/3-4 = Urk. 11/13/5-6 = Urk. 11/16/12-13) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Polytrauma vom 16. September 2006 (richtig: 2005) mit unter

anderem - zweitgradig offener distaler Unterarmtrümmerfraktur rechts - drittgradig offener intraartikulärer distaler Femurfraktur rechts mit grossem Knochendefekt - zweitgradig offener Unterschenkelfraktur rechts, distaler Radius fraktur links mit Abriss des Processus styloideus ulnae

Der Beschwerdeführer sei am 15. März 2006 aus der Y.\_\_\_\_ nach Hause entlassen worden mit ambulanter Physiotherapie (vgl. nachstehend E. 3.3). Er fühle sich soweit beschwerdefrei beziehungsweise beschwerdearm und habe bis dato mit 30 kg teilbelastet (S. 1 Mitte). 3.3

Der Beschwerdeführer wurde vom 1. Februar bis 15. März 2006 in der Y.\_\_\_\_ stationär behandelt. Die Ärzte der Y.\_\_\_\_ nannten in ihrem Austrittsbericht vom 3. Mai 2006 (Urk. 11/15/20-23) folgende, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen (S. 1 Mitte): - Motorradunfall vom 16. September 2005, Polytrauma mit - distaler intraartikulärer Trümmerfraktur Vorderarm rechts mit Weichteildefekt dorsal rechts - Schädelhirntrauma mit Kontusionsblutung occipital links - Thoraxtrauma mit Aortenruptur loco classico, Rippenfraktur beidseits, Lungenkontusion beidseits - drittgradig offener distaler intraartikulärer Femurfraktur rechts mit Verschluss der distalen Arteria femoralis superficialis / Durchtrennung des Kniestreckapparates im muskulären Anteil - zweitgradig offener distaler Unterschenkelfraktur rechts - distaler Radiusfraktur links

Sieben Monate nach einem schweren Motorradunfall bestehe beim Beschwerdeführer noch eine stark eingeschränkte Gehfähigkeit mit zwei Amerikanerstöcken bei Kniegelenksarthrodese rechts und einer Beinverkürzung von zirka 6.5 cm rechts. Das rechte Bein dürfe aktuell mit zirka 30 kg belastet werden. Es bestehe noch eine leichtgradige Spitzfussstellung. Das rechte Handgelenk sei arthrosiert, die Fingergelenkbeweglichkeit sei im Bereich der rechten Hand noch mässig eingeschränkt (S. 2 unten). Seit dem 15. März 2006 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Mitte).

#### 3.4

Ein Arzt des A.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, legte in seinem Bericht vom 15. Januar 2007 (Urk. 11/20) dar, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, in angepasster Tätigkeit bestehe jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 4). 3.5

Die Ärzte des A.\_\_\_\_, Neurologische Klinik und Poliklinik, führten in ihrem Bericht vom 2. Mai 2007 (Urk. 11/27/1-3) aus, dass gleichentags die erste Konsultation stattgefunden habe, und nannten folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Status nach Polytrauma vom 16. September 2005 mit unter anderem - zweitgradig offener distaler Unterarmtrümmerfraktur rechts - drittgradig offener intraartikulärer distaler Femurfraktur rechts mit grossem Knochendefekt - zweitgradig offener Unterschenkelfraktur rechts, distaler Radiusfraktur links mit Abriss des Processus styloideus ulnae - Status nach Polytoxikomanie, anamnestisch bis am 16. September 2005

In der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung fanden sich selektive Minderleistungen von Hirnfunktionen, die mit frontalen Hirnarealen assoziiert würden. So bestünden eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit, eine erhöhte Interferenzanfälligkeit, eine reduzierte Fähigkeit, sich im sprachlichen Bereich alternative Lösungsstrategien einfallen zu lassen sowie eine deutlich reduzierte Fehlerkontrolle. Weiter fanden sich Hinweise für eine Rechtschreibstörung mit multiplen Orthographiefehlern.

Eine Gedächtnis stö rung für verbale und figurale Informationen könne bei intaktem Wiederer kennen in beiden Modalitäten im Wesentlichen ebenfalls durch die frontalen Minder leistungen erklärt werden. In Kenntnis der Vorgeschichte sei es wahr scheinlich, dass ein nicht unwesentlicher Anteil dieser Befunde schon vor dem Polytrauma vom 16. September 2005 vorhanden gewesen sei. Aufgrund des Status nach Polytrauma mit Handgelenksarthrodese rechts sowie Kniegelenks arthrodese rechts sei eine Beschäftigung in einer mittel bis schweren körper lichen Arbeit nicht realistisch (S. 3 Mitte). 3.6

Dem neuropsychologischen Bericht der Y.\_\_\_\_ vom 7. August 2007 (Urk. 11/87) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1 Mitte): - schweres Polytrauma mit Schädelhirntrauma mit Kontusionsblutung occipital links am 16. September 2005 - Status nach langjähriger Toxikomanie (Heroin), anamnestisch abstinent seit 16. September 2005

Die Ärzte der Y.\_\_\_\_ legten dar, dass nach schwerem Polytrauma mit unter anderem traumatischer Hirnverletzung vom 16. September 2005 heute eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung zu beob ach ten sei. Betroffen seien die Aufmerksamkeitsfunktionen, die Gedächtnisleis tungen sowie die Planungs- und Strukturierungsfähigkeit. Dies zeige sich im sprunghaft-überhasteten Arbeitsverhalten, in der ungenügenden Fehlerkon trolle , in der Ablenkbarkeit und der herabgesetzten Frustrationstoleranz (S. 4 Mitte).

Bezüglich Ätiologie der neuropsychologischen Funktionsstörungen seien fol gen de Einflüsse zu berücksichtigen: Aufgrund der schulischen Anamnese mit spezifischen Schulleistungsschwierigkeiten ohne Hinweise auf ein auffälliges intellektuelles Leistungsniveau könne vermutet werden, dass der Beschwer de führer möglicherweise seit der Kindheit an einer ADHS leide. Entsprechende Abklärungen hätten damals nicht stattgefunden. Zudem könnte die jahrelange Opiatabhängigkeit auch zu kognitiven Einschränkungen und psychischen Ver än derungen geführt haben. Schliesslich sei das schwere Polytrauma mit unter anderem traumatischer Hirnverletzung vom 16. September 2005 geeignet, einen möglichen hirnorganischen Vorzustand richtunggebend zu verschlechtern (S. 3 unten f.). 3.7

Am 19. Juni 2008 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung des Beschwerde führers durch Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie. Im Bericht vom 23. Juni 2008 (Urk. 11/62/7-13) nannte Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - Polytrauma vom 16. September 2005 mit leichtem Schädelhirntrauma mit - Kontusionsblutung okzipital - Thoraxtrauma mit Aortenruptur loco classico, Rippenfrakturen 6/7 rechts und 4/5 links sowie Lungenkontusion beidseits basal - stumpfem Abdominaltrauma mit kleiner Leberlazeration im Gallen blasenbett sowie periportalem Tracking - Beckentrauma mit Kompressionsfraktur B2 mit nicht-dislozierter Fraktur Os ilium rechts mit Ausläufern in das rechte Iliosakralgelenk, kleiner venöser Blutung präsakral im Venenplexus, oberer Scham bein astfraktur links, undisloziert - zweitgradig offener distaler Unterarmtrümmerfraktur rechts - drittgradig offener intraartikulärer distaler Femurfraktur rechts mit grossem Knochendefekt - zweitgradig offener Unterschenkelfraktur rechts - distaler Radiusfraktur links mit Abriss des Processus styloideus ulnae - im Verlauf Wundinfekt im Bein rechts, Osteomyelitis im Oberschenkel rechts, tiefe Beinvenenthrombose rechts, Verschluss der Arteria dorsalis rechts - leichte bis mittelschwere Hirnfunktionsstörung - ausgedehnte Narbenkorrektur Ober- und Unterschenkel rechts durch Exzision und Direktverschluss am 11. Januar 2008 - Osteosynthesematerialentfernung am Vorderarm rechts sowie Narben korrektur Vorderarm

rechts mittels freiem Anterolateral-Tigh-Flap von links End-zu-Seit an Arteria radialis und End-zu-End an Begleit vene vom 25. Februar 2008 - unfallfremd: Status nach Heroinabusus bis 2005 sowie arterielle Hyper tonie

Dem Beschwerdeführer seien schwere manuelle Tätigkeiten, häufiges Begehen von Leitern und Treppen sowie Gehen in unebenem Gelände, Tätigkeiten in der Hocke oder kniende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Verletzungsrisiko für das rechte Bein und den Vorderarm rechts, Tätigkeiten in Zwangshaltungen für den Rücken, Tätigkeiten mit Sturzrisiko und Verletzungsrisiko für den Thoraxraum und Tätigkeiten mit Verletzungsrisiko für die rechte Hand und den Vorderarm nicht mehr zumutbar. Beim Tragen von Lasten sei unter günstigem Heben eine Gewichtslimite von maximal 10-15 kg gegeben, günstig seien zudem Wechselbelastungen. Feinmotorische Tätigkeiten seien zumutbar, aber teilweise verlangsamt oder umständlich bei eingeschränkter Pro-/Supination und praktisch ein gestuftem Handgelenk rechts. Zudem seien Tätigkeiten mit hohem Aufmerksamkeitsbedarf wahrscheinlich eingeschränkt bei einer leichten bis mittelschweren Störung bei Status nach Schädelhirntrauma (Verweis auf den neuropsychologischen Bericht der Y. \_\_\_ vom 7. August 2007, vgl. vorstehend E. 3.6; S. 6 unten f.). 3.8

Am 1. Februar 2010 erfolgte eine erneute kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. C. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Im Bericht vom 2. Februar 2010 (Urk. 11/76/5-9) legte Dr. C. \_\_\_ dar, dass sich die Situation im Vergleich zur Untersuchung im Juni 2008 (vgl. vorstehend E. 3.7) praktisch nicht verändert habe. Global gesehen sei der Beschwerdeführer wieder ganztags einsatzfähig mit einer wechselbelastenden Tätigkeit, wobei er Gewichte von 10-15 kg heben könne. Es handle sich also um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Zu vermeiden sei das Gehen auf unebenem Gelände, das Besteigen von Leitern und das allzu häufige Treppensteigen. Arbeiten, bei welchen Vibrationen auftreten, seien wahrscheinlich auch eher ungünstig (S. 5 Mitte). 3.9

Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, versicherungspsychiatrischer Dienst der Suva, untersuchte den Beschwerdeführer am 22. Juli 2010, und nannte in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 26. August 2010 (Urk. 11/81/51-59) folgende Diagnosen (S. 8 Ziff. 5.3): - begründeter Verdacht auf seit der Kindheit bestehende ADHS mit überwiegender Impulsivität mit/bei - Status nach schwerer Heroinabhängigkeit während 14 Jahren (ICD-10 F11.20) - ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) - möglicher richtunggebender Verschlechterung der psychischen Funktionsfähigkeit durch das Schädelhirntrauma - besonderen persistierenden Problemen bei der Lebensbewältigung als Unfallversehrter (ICD-10 Z73.5)

Dr. D. \_\_\_ führte aus, dass eine präzisere Diagnostik nicht möglich sei, weil die bereits vor Eintritt der langjährigen Heroinabhängigkeit bestehenden psychischen Auffälligkeiten nie näher abgeklärt oder dokumentiert worden seien. Eine gewisse kognitive Beeinträchtigung sei durch den langjährigen Heroinmissbrauch denkbar und eine richtunggebende Verschlechterung durch das erlittene Schädelhirntrauma (und eventuell die vielen Narkosen) sei nicht ausgeschlossen, aber auch nicht zu beweisen. In Anbetracht der ausgeprägten Persönlichkeitszüge wäre zudem eine eigentliche Persönlichkeitsstörung von narzisstischem Gepräge zu diskutieren (S. 8 Ziff.5.3.1).

Aufgrund der feststellbaren Befunde und der gemachten Erfahrungen anlässlich diverser beruflicher Eingliederungsmassnahmen seit 2007 schwanke die Arbeitsfähigkeit zwischen

dem, was dem Beschwerdeführer aus rein somatischer Beurteilungsbasis zugemutet werden könne und jenen Situationen, wo der Beschwerdeführer mangels psychischer Flexibilität und nötiger Frustrations toleranz sich so verhalte, dass die Arbeitsleistung auf ein sehr bescheidenes Niveau falle und der Beschwerdeführer selber einer Arbeitsplatzumgebung auf Dauer kaum noch zumutbar sei. In einem beruflichen Umfeld, wo es Raum und Toleranz gäbe, damit er mit seinem Bedürfnis nach Selbstgeltung und emotionaler Aufmerksamkeit genügend auf die Rechnung käme, wäre eine Leistungsfähigkeit denkbar, welche dem rein somatisch Zumutbaren minus dem einem Arbeitgeber geschuldeten Abzug für besonderen „arbeitspsychologischen Aufwand“ entspräche. Das Gesagte laufe praktisch wohl darauf hinaus, dass bei einer angepassten Tätigkeit auf Dauer höchstens noch eine Arbeitsleistung von zirka 30 % zumutbar sei. Diese 30 % seien deshalb nicht aus der Luft gegriffen, weil die bereits in diversen Erprobungen gemachten Erfahrungen übereinstimmend in diese Richtung weisen würden; das heisst der Beschwerdeführer sei in seiner auffälligen psychischen Wesensart einem Arbeitgeber beziehungsweise einem Arbeitsumfeld in einem wesentlich niedrigeren Ausmass zumutbar, als es die rein somatische Einschätzung erwarten lasse (S. 8 f. Ziff. 5.4).

### 3.10

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, legte in seinem neurologischen Bericht vom 12. August 2011 (Urk. 11/81/10-15) dar, dass in Bezug auf die Beurteilung der Unfallfolgen auf neurologischem und neuropsychologischem Fachgebiet festgestellt werden könne, dass die wahrscheinlich stattgefundene okzipital gelegene Subarachnoidalblutung nicht geeignet sei, eine richtunggebende Verschlimmerung des Vorzustandes somatisch zu begründen und die neuropsychologischen Funktionsstörungen des Beschwerdeführers nicht überwiegend wahrscheinlich auf den Unfall vom 16. September 2005, sondern auf den Vorzustand mit einem seit der Kindheit bekannten ADHS-Syndrom und einem über 14 Jahre dauernden Drogenkonsum mit Heroin zurückzuführen seien (S. 5 Mitte).

### 3.11

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, empfahl in ihrer Stellungnahme vom 23. Januar 2012 (Urk. 11/94/10), mit den somatischen, psychischen und neuropsychologischen Einschränkungen allenfalls die 30%ige Arbeitsfähigkeit praktisch zu erproben, wobei bereits jetzt aufgrund des Verhaltens im Rahmen des psychischen Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich angenommen werden müsse, dass der Beschwerdeführer auf eine verständnisvolle Arbeitsumgebung angewiesen sein werde (Nischenarbeitsplatz). 4. 4.1

Im Anschluss an die im März 2015 eingeleitete Rentenrevision (vgl. Urk. 11/170 S. 1 Mitte) ergingen die nachfolgenden Berichte. 4.2

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ erstatteten das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 21. Dezember 2015 (Urk. 11/166/2-35) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 5.1): - Status nach Polytrauma am 16. September 2005 - Schädelhirntrauma, Kontusionsblutung okzipital links - Thoraxtrauma mit Aortenruptur und Lungenkontusion - Kniearthrose rechts seit 18. Dezember 2005 - Status nach drittgradig offener distaler intraartikulärer Femurfraktur mit grossen Knochendefekt und Entwicklung einer Osteomyelitis - Status nach Osteosynthese einer zweitgradig offenen distalen Unterschenkeltrümmerfraktur und nach

multiplen operativen Eingriffen zur Korrektur von ausgedehnten Weichteilschäden - Handgelenksarthrodese rechts 11. Oktober 2016 - Status nach multiplen weiteren Eingriffen bei zweitgradig offener distaler Unterarmtrümmerfraktur vom 16. September 2015 - leichtgradige Restbeschwerden Vorderarm und Handgelenk links - Status nach Osteosynthese vom 29. September 2005 bei distaler Radiusfraktur vom 16. September 2005 - einfache Aufmerksamkeitsstörung ( ICD-10 F90.0) - leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung Zudem nannten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 f. Ziff. 5.2): - arterielle Hypertonie - chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) - Status nach Heroinabhängigkeit von 1991-2005 - Status nach dislozierter Fraktur des Os Ilium rechts 16. September 2005

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, weshalb körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, bevorzugt im Sitzen, mit der Möglichkeit einer Hochlagerung des rechten Beines und ohne höhere Ansprüche an die Feinmotorik der rechten Hand, aus orthopädischer Sicht uneingeschränkt möglich seien. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die zu mindest teilweise hirnganisch bedingt sei. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb aus neurologischer Sicht zu 30 % beeinträchtigt. Dies gelte auch für Verweistätigkeiten mit einfachen Anforderungen an die Kognition. Zudem könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden, weshalb aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit vorliege. Auch aus allgemeinmedizinischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Baugewerbe und in jeder anderen körperlich belastenden Tätigkeit festgestellt werden. Für körperlich leichte, somatisch und kognitiv adaptierte Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 70 %, vollschichtig umsetzbar mit erhöhtem Pausenbedarf um 10-15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (S. 32 f. Ziff. 6.2).

Es sei davon auszugehen, dass nach dem Unfallereignis vom 16. September 2005 initial eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche berufliche Tätigkeiten vorgelegen habe. Gemäss den vorliegenden Akten habe sich die Situation am Bewegungsapparat bis 2010 soweit stabilisiert, dass dem Beschwerdeführer körperlich adaptierte Tätigkeiten wahrscheinlich wieder möglich gewesen wären. Die genannte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im November 2015 (vgl. S. 1 Mitte) bestätigt werden (S. 33 Ziff. 6.3). 4.3

In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 26. Januar 2016 (Urk. 11/168) hielten die Z.\_\_\_\_-Gutachter fest, dass es sich beim psychiatrischen Teilgutachten im Vergleich zur Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.9) um eine andere Beurteilung handle. Eine Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht diagnostiziert werden können. Eine Persönlichkeitsstörung bessere sich auch nicht einfach im Verlauf, sodass diesbezüglich rein psychiatrisch auch nicht von einer Verbesserung ausgegangen werden könne. Es sei allerdings davon auszugehen, dass Dr. D.\_\_\_\_ die neurologisch-neuropsychologischen Einschränkungen in seine Beurteilung habe einfließen lassen. 4.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 31. Mai 2016 (Urk. 11/182/3-9 = Urk. 3) folgende Diagnosen (S. 7 Mitte): - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - leichtes depressives Syndrom mit

hypomanen Anteilen (ICD-10 F32 /33 .0) - dringender Verdacht auf ADHS (ICD-10 F90.0 ) - Zu stand nach Polytoxikomanie, gegenwärtig (seit 10 Jahren) abstinent, aber mit möglicher zusätzlicher Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F19.71 ) sowie möglicher zusätzlicher kognitiver Beeinträchtigung (ICD-10 F19.74 ) - organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07.2 ) - unverarbeitete Unfallfolgen mit teilweiser Ablehnung der invaliden Glied massen - somatische Diagnosen

Aus Biographie, Beschwerden und Befunden ergebe sich ein eindeutiges Bild einer schweren kombinierten psychiatrischen Erkrankung. Die Einschränkungen durch die verschiedenen Diagnosen würden kombiniert wirken und eine Genesung und Verwertung der Restarbeitsfähigkeit erschweren beziehungsweise sei diese realistisch äusserst gering (S. 5 Mitte).

Dr. G.\_\_\_\_ nahm zur Z.\_\_\_\_ -Begutachtung (vgl. vorstehend E. 4.2) Stellung und führte hierzu aus, dass die dort attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit unrealistisch sei. Ausserdem seien die Lebensgeschichte und die Krankheitsgeschichte zu wenig beachtet worden (S. 6). 4.5

Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ führte in ihrer Stellungnahme vom 16. Juni 2016 (Urk. 11/185/3) aus, dass von Seiten des RAD eine praktische Arbeitserprobung oder eine erneute psychiatrische Begutachtung eine weitere Möglichkeit wäre, noch weitere nachvollziehbare Informationen zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit erhalten zu können. 4.6

Der Beschwerdeführer wurde am 29. und 30. November 2016 in der H.\_\_\_\_ , Spezialambulatorium I.\_\_\_\_ , neuropsychologisch untersucht. Eine Neuropsychologin hielt in ihrem Bericht vom 20. Dezember 2016 (Urk. 14 /1 = Urk. 16/1-2) fest, dass generell, von wenigen Ausnahmen abgesehen, ein unterdurchschnittliches bis stark unterdurchschnittliches Leistungsprofil vor liege . Da sich die gemessenen Aufmerksamkeitsfunktionen mehrheitlich im unauffälligen Bereich befänden, spreche das kognitive Leistungsprofil eher nicht für eine genuine ADHS. Auch wenn mittels Bildgebung keine frontal betonte Hirn schädigung dokumentiert worden sei, könne nicht ausgeschlossen werden, dass mindestens ein Teil der kognitiven Defizite mit dem im Rahmen des Motorradunfalls von 2005 erlittenen Schädelhirntrauma im Zusammenhang stehe. Die Eingliederung im ersten Arbeitsmarkt werde bei der Zusammenschau der Befunde als eher unwahrscheinlich beurteilt (S. 4 f.). 4.7

Eine Ärztin der H.\_\_\_\_ , Spezialambulatorium I.\_\_\_\_ , legte in ihrem Bericht vom 5. Januar 2017 (Urk. 14/2) dar, dass die Diagnose der ADHS (ICD-10 F90.0) bestätigt werden könne. Im Vordergrund stünden das hyperkinetische Syndrom sowie die Impulskontrollstörung. Aufgrund der Befunde sei eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt eher schlecht möglich. Empfehlungen für eine weitere Behandlung könnten keine gemacht werden, zumal der Beschwerdeführer Ängste vor jeglicher Medikation habe (S. 1). 5. 5.1

Nachfolgend ist zu prüfen, ob die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügungen vom 5. November 2012 (Urk. 11/123, Urk. 11/128, Urk. 11/139), mit welchen dem Beschwerdeführer ab September 2006 eine ganze Rente zugesprochen wurde, rechtens ist. 5.2

Die Suva ging in ihrer rentenzusprechenden Verfügung vom 27. Dezember 2011 davon aus, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Unfallfolgen noch leichte,

wechselbelastende Tätigkeiten ganztags zumutbar seien. Die neuropsychologischen Funktionsstörungen seien überwiegend wahrscheinlich auf einen Vorzustand, namentlich auf eine seit der Kindheit bestehende ADHS sowie auf einen über 14 Jahre andauernden Drogenkonsum mit Heroin, zurück zu führen und könnten dementsprechend bei der Rentenbeurteilung nicht berücksichtigt werden. Dabei ermittelte die Suva eine Erwerbsunfähigkeit von 19 % (vorstehend E. 3.11).

Die Beschwerdegegnerin wiederum ging gestützt auf den Bericht des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ vom versicherungspsychiatrischen Dienst der Suva vom August 2010 (vgl. vorstehend E. 3.9), der einen begründeten Verdacht auf eine ADHS diagnostizierte, davon aus, dass aufgrund der psychischen und neuropsychologischen Defizite nur zirka eine 30%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe, die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei ihm nicht mehr zumutbar (vorstehend E. 3.13). Die von der RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ alternativ vorgeschlagene Vorgehensweise, einen (weiteren) Eingliederungsversuch zu unternehmen, um die 30%ige Arbeitsfähigkeit praktisch zu erproben (vgl. vorstehend E. 3.12), wurde hingegen nicht weiter verfolgt.

Der ausführliche Bericht des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.9) basierte auf den festgestellten psychiatrischen Einschränkungen des Beschwerdeführers und berücksichtigte – nach Ansicht der Z.\_\_\_\_-Gutachter – wohl auch die neurologisch-neuropsychologischen Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 4.3). Zudem wurde bereits im Bericht der Ärzte der Neurologischen Klinik des A.\_\_\_\_ vom Mai 2007 (vorstehend E. 3.5) festgehalten, dass in der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung selektive Minderleistungen von Hirnfunktionen festgestellt worden seien. Auch die Ärzte der Y.\_\_\_\_ legten in ihrem Bericht vom August 2007 (vorstehend E. 3.6) dar, dass nach dem schweren Polytrauma eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung beobachtet worden sei, wobei vermutungsweise eine ADHS seit der Kindheit bestehe. Schliesslich führte der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom August 2011 (vorstehend E. 3.10) aus, dass die neuropsychologischen Funktionsstörungen überwiegend wahrscheinlich auf den Vorzustand eines seit der Kindheit bestehenden ADHS-Syndroms und eines über 14 Jahre dauernden Drogenkonsums mit Heroin zurückzuführen seien. 5.3

Nach dem Gesagten kann festgehalten werden, dass das Abstellen der Beschwerdegegnerin auf die von Dr. D.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit von 30 % beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit nicht als zweifellos unrichtig erscheint, ging doch die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ ebenfalls von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit aus (vorstehend E. 3.12). Ausserdem handelt es sich bei einer ADHS um eine Kombination von psychischen Störungen, die eine massgebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht von vornherein ausschliessen lässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_325/2016 vom 31. August 2016 E. 4.2 mit Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 8 S. 23). Freilich wären weitere Abklärungen der Beschwerdegegnerin bezüglich der psychischen und neuropsychischen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers nicht unangebracht gewesen, jedoch erscheint das Abstellen auf die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ als vertretbar (vgl. vorstehend E. 1.6).

Dementsprechend erweist sich die Zusprache einer ganzen Rente ab September 2006 mittels Verfügungen vom 5. November 2012 nicht als zweifellos unrichtig, was die wiedererwägungsweise Aufhebung der Leistungszusprache somit nicht rechtfertigt. 6.

## E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Es bleibt zu prüfen, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. vorstehend E. 1.4). Ob eine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung eingetreten ist, ergibt sich aus dem Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenzusprache mit Verfügungen vom 5. November 2012 (Urk. 11/123, Urk. 11/128, Urk. 11/139) bestand, mit jenem zur Zeit der strittigen Verfügung vom 7. Juli 2016 (Urk. 2).

### **E. 6.2**

Der ursprünglichen Rentenzusprache lag im Wesentlichen der psychiatrische Untersuchungsbericht des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ vom August 2010 zugrunde (vorstehend E. 5.2, vgl. E. 3.9).

### **E. 6.3**

Im Rahmen der im März 2015 eingeleiteten Rentenrevision (vorstehend E. 4.1) erstatteten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ im Dezember 2015 ein polydisziplinäres Gutachten (vorstehend E. 4.2). Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter diagnostizierten einen Status nach Poly trauma am 16. September 2005, eine einfache Aufmerksamkeitsstörung sowie eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus polydisziplinärer Sicht attestierten sie dem Beschwerdeführer sodann eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, somatisch und kognitiv adaptierte Tätigkeiten. Aus neurologischer Sicht bestehe zwar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die zumindest teilweise hirnorganisch bedingt sei, jedoch betrage die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nur 30 % (vgl. Urk. 11/166/2-35 S. 26 Ziff. 4.3.5, S. 31 Ziff. 4.4.6). Zudem waren sie der Ansicht, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose gestellt werden könne (vgl. Urk. 11/166/2-35 S. 16 Ziff. 4.1.4-4.1.7).

Gestützt auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten ergibt sich jedoch keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom Januar 2016 (vorstehend E. 4.3) führten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter sodann auch aus, dass es sich beim psychiatrischen Teilgutachten im Vergleich zur Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ im August 2010 um eine andere Beurteilung handle. Auch sei davon auszugehen, dass Dr. D.\_\_\_\_ die neurologisch-neuropsychologischen Einschränkungen in seine Beurteilung habe einfließen lassen.

### **E. 6.4**

Zudem ist weder aus dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom Mai 2016 (vorstehend E. 4.4) noch aus den beiden Berichten der Neuropsychologin und der Ärztin des Spezialambulatoriums I.\_\_\_\_ der H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.6-4.7) eine (wesentliche) Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ersichtlich. Die Neuropsychologin und die Ärztin der H.\_\_\_\_ bestätigten sodann die Diagnose der ADHS.

### **E. 6.5**

Es kann festgehalten werden, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache im Wesentlichen gleich geblieben ist, eine wesentliche Verbesserung wurde nicht ausgewiesen. Bei der Beurteilung der Z.\_\_\_\_ -Gutachter handelt es sich somit lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen

unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit. Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG liegt demnach nicht vor.

#### **E. 6.6**

Dies führt zum Schluss, dass die strittige Rentenaufhebung auch nicht unter dem Titel der revisionsweisen Anpassung im Sinne von Art. 17 ATSG bestätigt werden kann.

Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 7. 7.1

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

IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte dem Gericht am 28. August 2017 die Honorarnote in der Höhe von Fr. 3'161.10 (inklusive Barauslagen und MWSt) ein (Urk. 21). Die Höhe der Honorarnote erweist sich noch als angemessen.

Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 3'161.10 zu bezahlen.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. Juli 2016 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 9**

00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'161.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von  
Urk. 21 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv  
nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes  
gesetzes 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Peter-Schwarzenberger

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