

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00435 vom 23. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00435

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00435 du 23 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00435 del 23 maggio 2019

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).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

hievon) . 5. 5.1

Zu prüfen bleibt daher, ob die – mit der unzutreffenden Annahme einer Verbesserung des Gesundheitszustandes verfügte - Rentenaufhebung auf dem Wege der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden kann. Da die dem Versicherten eine ganze Rente zusprechende formell rechtskräftige Verfügung vom 23. Januar 2013 nicht Gegenstand richterlicher Beurteilung

war, fällt eine Wiedererwägung grundsätzlich in Betracht (vgl. E.

E. 1.4

hievon) . 5. 2

Die Verfügung vom 23. Januar 2013 beruhte (wie

erwähnt; vgl. E. 3.1 hievon) zur Hauptsache auf den ärztlichen Berichten der Klinik für Unfallchirurgie des A.____

vom 2. Mai 2012 (Urk. 10/87 S. 6 f.), der Hausärztin Dr. C.____

vom 16. August 2012 (Urk. 10/90 S. 1 f.) sowie dem Austrittsbericht der Y.____ vom 30. August 2012 (Urk. 10/90 S. 8 f.) . Dabei waren für die Annahme der vollständigen Arbeitsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit zunächst

die somatischen Gesundheitsschäden (insbesondere die Spondylodiszitis mit epiduralem Abszess und daraus sich im Verlauf ergebende Komplikationen) massgebend und weiter andauernd der psychische Gesundheitsschaden (vgl. so die Stellungnahme der zuständigen RAD- Ärztinnen im Feststellungsblatt für den Beschluss, Urk. 10/91 S. 5).

Festzuhalten ist jedoch, dass gemäss dem Bericht des

A.____ vom 2. Mai 2011 aus somatischer Sicht bereits am 15. Dezember 20

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung zur Hauptsache damit , dass sich gemäss ihren Abklärungen der Gesundheitszustand wesentlich verbessert habe. In einer optimal angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis selten mittel schwere Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung) bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Maler sei dem Versicherten allerdings nicht mehr zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 10 % , weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2). 2.2

Dagegen lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass bei der Einstellung der IV-Rente lediglich auf den Bericht des A.____ (vom 3. März 2017) abgestützt worden sei . Dieser betreffe nur die Schulterschmerzen und gebe über den allgemeinen Gesundheitszustand keine Auskunft. Alsdann sei der Beschwerdeführer motiviert, sich im Rahmen seiner Möglichkeiten beruflich zu integrieren (Urk. 1). 2.3

In der Stellungnahme vom 21. Februar 2019 lässt der Beschwerdeführer

zusammenfassend vorbringen, eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht eingetreten. Auch fehlten die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung .

Insondere sei die ursprüngliche Rentenzusprechung zwar nicht gestützt auf ein medizinisches Gutachten, jedoch auf ärztliche Berichte von anerkannten Institutionen wie das A.____

oder die

Y.____

wie auch Berichte von

renommierten behandelnden Ärzten erfolgt (Urk. 24). 3.3.1

Vergleichsbasis im vorliegenden Revisionsverfahren bildet die in Rechtskraft erwachsene Verfügung vom 23. Januar 2013 (Urk. 10/107). Dieser lagen in medizinischer Hinsicht die folgenden ärztlichen Berichte zugrunde (vgl. auch Feststellungsblatt für den Beschluss vom 28. September 2012, Urk. 10/91 S. 5): 3.1.1

Im Bericht der Klinik für Unfallchirurgie

des A.____ vom 2. Mai 2012 (Urk. 10/87 S. 6 ff.) diagnostizierten die verantwortlichen Ärzte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen epiduralen Abszess vom kraniozervikalen Übergang bis in die LWS reichend sowie eine Spondylodiszitis L5/S1, als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine HIV-Infektion, eine Hepatitis

C, ein Kokainabhängigkeitssyndrom sowie einen Status nach Heroinabusus bis 2003. Sie führten im Wesentlichen aus, dass beim Versicherten, welcher sich am 14. Mai 2011 bei Schmerzexazerbation im Bereich der LWS mit Schmerz ausstrahlung in beide Gesässhälften im D.____

vorge stellt habe und wo sich in der Bildgebung kein Abszess bzw. Spondylodiszitis, aber eine Diskushernie gezeigt habe, am 25. Mai 2011 eine ambulante Wurzelblockade S1 rechts

mit Steroiden vorgenommen worden sei. In der Folge hätten sich eine Spondylodiszitis LWK 5/SWK

1 mit Arrosion von SWK 1 sowie weitere Komplikationen entwickelt (u.a. assoziierte subligamentäre liquide Abszesskollektion ventral im Spinalkanal auf Höhe LWK 5/SWK 1 mit multiplen purulenten dichten Débris und ein epidurales Empyem auf Höhe LWK 3/4), welche zunächst im E.____

medikamentös (mittels Gabe von Antibiotika) und ab 1. Juli 2011 im A.____ mehrmals chirurgisch therapiert worden seien. Postoperativ sei es zu schwerstem Delir gekommen, welches intermittierend neuroleptischer Behandlung bedurft habe. Nach längerdauernder intensivmedizinischer Überwachung habe der Patient am 12. Juli 2011 auf die Normalstation verlegt werden können.

Der weitere Verlauf sei erfreulich gewesen, so dass der Versicherte am 22. Juli 2011 in die F.____ habe entlassen werden können, wo sich - nach einer vorübergehenden Rückverlegung ins A.____ zwecks Abklärung von neu aufgetretenen Sensibilitätsstörungen der oberen Extremität mit einer diskreten Zehenheberschwäche -

ein regelrechter Heilungsverlauf mit reizloser Wundheilung und guter Mobilisation gezeigt habe. Anlässlich der Nachkontrollen habe radiologisch eine Regredienz des Abszesses unter begleitender antibiotischer Therapie nachgewiesen werden können. Die Restbeschwerden seien deutlich regredient gewesen. In der letzten Kontrolle vom 15. Dezember 2011 hätten nur noch tieflumbale leichte Schmerzen bestanden. Zur Arbeitsfähigkeit gaben sie an, der Versicherte müsse als Maler körperlich anstrengende Tätigkeiten und Überkopfarbeiten ausführen können. Anlässlich der letzten Kontrolle vom 15. Dezember 2011 sei dies aufgrund der grossen Rückenoperation noch nicht möglich gewesen, sodass bis zu diesem Tag eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden habe. Insgesamt bestehe noch eine Dekonditionierung des Patienten mit verminderter Kraft der autochthonen Rückenmuskulatur. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ab 15. Dezember 2011 zumutbar mit

schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/87) . 3.1.2

Im

Austrittsbericht der Y.____ vom 30. August 2012 (Urk. 10/90 S.

E. 4

abwies . Sie begründete dies damit , dass reines Suchtgeschehen vorliege und dass der Versicherte trotz eventueller frühkindlicher Erkrankung eine Berufsbildung habe absolvieren

können , diese Erkrankung somit nicht primär invalidisierend gewesen sei

(Urk. 10/17). Auf eine dagegen erhobene Einsprache vom 16.

November 2004

(Urk. 10/23) trat die IV-Stelle am 1. Dezember 2004 infolge Fristversäumnis nicht ein (Urk. 10/26) , was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 10. März 2005 als rechtens bestätigt wurde (Urk. 10/37).

E. 4.1

Die Experten der Z.____

erstellten ihr Gutachten vom 28. Dezember 2015 in (weitestgehender; vgl. zum psychiatrischen Gutachten hier nach) Kenntnis der Vorakten . Sie erhoben jeweils anamnestische Angaben und gingen auf die Ausführungen des Beschwerdeführers ein. Ebenso stützen sich ihre Einschätzungen auf einlässliche Untersuchungen des Beschwerdeführers in den jeweiligen Disziplinen . Das Gutachten – dessen Diagnosen denn auch im Wesentlichen mit denjenigen der behandelnden Ärzte übereinstimmen - leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit sind darin nachvollziehbar begründet.

Auch wenn sich das Gutachten nur (aber doch) implizit zur vorliegend revisions rechtlich relevanten Frage der allfälligen anspruchserheblichen Veränderung äussert , erfüllt es die praxismässigen Kriterien vollumfänglich, so dass darauf abgestellt werden kann.

Insbesondere legten die Ärzte in somatischer Hinsicht nachvollziehbar dar, dass aufgrund des residuellen belastungsakzentuierten

lumbospondylogenen Schmerzsyndroms nach mehrfach operierter Wirbelsäule bei Spondylodiszitis

im Jahr 20

E. 4.2

Was in der Beschwerde vom 20. April 2017

vorgebracht wird , vermag den Beweiswert der Expertise nicht in Frage zu stellen .

So

trifft offensichtlich nicht zu , dass das psychiatrische Gutachten (allein) aufgrund der Vorakten aus dem Jahr 2011 erstellt worden ist

(Urk. 1 S. 2) , wurde der Beschwerdeführer doch anlässlich der Begutachtung durch die

Z.____

vielleicht

durch den psychiatrischen Experten

untersucht (vgl. Urk. 10/149 S. 40 ff.; Untersuchung vom 14. Dezember

2015). Unzutreffend ist

weiter der Einwand, dass die medizinische Beurteilung nicht unter Berücksichtigung aller gesundheitlichen Problematiken (« gesamtlich ») vorgenommen worden sei (Urk. 1 S. 2). So erfolgte die abschliessende

Beurteilung

im Gutachten der Z.____

im Rahmen einer Gesamtwürdigung unter Mitbeteiligung der verschiedenen Disziplinen (Urk. 10/149 S. 52 f.), wobei sich die

(fehlende) Auswirkung der internistischen Diagnosen (HIV, Hepatitis) auf die Arbeitsfähigkeit

aus der Diagnoseliste ergibt.

Aber auch die Ausführungen im Einwand der Hausärztin vom 8. März 2016 (Urk. 10/163),

auf welche in der Beschwerde vom 20. April 2017 ergänzend

verwiesen wird,

sind nicht geeignet, den Beweiswert der Expertise entscheidend in Frage zu

stellen. Wohl

kann

die

einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen.

Doch lässt es

die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nach der Rechtsprechung

nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen;

dabei bleiben

Fälle vorbehalten, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: Urteile 8C_325/2015 vom 21. Juli 2015 E. 4.4 mit Hinweisen).

Davon ist vorliegend nicht auszugehen. In psychiatrischer Hinsicht waren dem Experten gestützt auf die Ausführungen des Versicherten und die ihm vorliegenden, wenn möglicherweise auch nicht ganz vollzähligen Akten (vgl. Urk. 10/149 S. 10/46 unten, vgl. aber auch Urk. 10/149 S. 10)

die aus psychiatrischer Sicht im Vordergrund stehenden

Probleme bekannt ([medikamentös behandelte]

ADHS, mögliche labile Persönlichkeitskonstellation sowie die Suchtproblematik)

und auch, dass der Versicherte mehrere – auch auf freiwilliger Basis durchgeführte – Entzüge und Entwöhnungsbehandlungen gemacht

hatte (vgl. Urk. 10/149 S. 46) ;

da bei ist nicht ersichtlich , dass die Feststellung, wonach der Versicherte zumindest in den letzten Jahren seine Sucht weitgehend im Griff gehabt habe, unzutreffend wäre (vgl. auch im Revisionsverfahren eingeholte Arztberichte von Dr. J.____ ,

Facharzt für Infektiologie und Allgemeine Medizin FMH, vom 13. April 2015, wonach der Versicherte seit 2013 « clean » sei, Urk. 10/130 S. 7 ; vgl. auch Ausführungen der Hausärztin

Dr. C.____

vom 25. April 2015 , wonach sich der Gesundheitszustand stabil halte ;

Urk. 10/131 S. 3) . Alsdann wurde auch von Dr. C.____

nicht geltend gemacht, dass der Versicherte ,

bei welchem im Jahr 2012 eine mittelgradige

depressive Episode diagnostiziert worden war (vgl.

Bericht der Y.____

vom 30. August 2012 , E.

3.1.2) ,

an einer weiteren, längerdauernden (namentlich affektiven) Störung gelitten oder deswegen in Behandlung gestanden hätte . Aber auch soweit

Dr. C.____ in somatischer Hinsicht

angab , der Gesundheitszustand habe sich bezüglich der Hepatitis C Erkrankung mit Entwicklung einer Leberzirrhose in der Zwischenzeit (wohl : seit der Begutachtung)

deutlich verschlechtert , ergibt sich daraus kein unerkannt gebliebener Aspekt .

So wurde bereits im – den Gutachtern der

Z.____ vorliegenden (Urk. 10/149 S. 9)

- ärztlichen Bericht des behandelnden Dr. med. J.____

vom 13. April 2015 eine chronische Hepatitis C mit begleitender Leberzirrhose diagnostiziert (vgl. Urk. 10/130 S. 5) .

Schliesslich verfährt auch die in der – an sich nur zur Frage der zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungszusage

eingeholten

–

Stellungnahme vom 21. Februar 2019 am psychiatrischen Gutachten geübte Kritik nicht. Es schmälert den Beweiswert der psychiatrischen Expertise nicht, dass die Untersuchung 65 Minuten gedauert hat (Urk. 24 S. 8). Denn nach der

Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, ist doch vielmehr in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3 mit Hinweisen). Vorliegend fand die ADHS -

und Suchtproblematik jedenfalls Eingang in die Beurteilung und die erhobenen objektiven Befunde (Urk. 10/149 S. 44)

ergaben über dies keine Anhaltspunkte auf eine relevante psychiatrische (insbesondere auch affektive) Problematik. Aber auch der Umstand, dass keine speziellen Tests durchgeführt wurden, lässt die psychiatrische Expertise nicht als von vorneherein ungenügend erscheinen, kommt doch bei der psychiatrischen Exploration dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die teilweise auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst beruhen, höchstens ergänzende Funktion zu; entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 391/06 vom 9. August

2006 E.

3.2.2).

E. 4.3

Zusammenfassend ist daher auf das Gutachten der Z.____ abzustellen und davon auszugehen, dass der Versicherte – bei dem seit Jahren eine HIV - Infektion ,

eine Hepatitis - C sowie

ein ADHS

besteht - wegen eines Bandscheibenvorfalles bzw. der daraufhin im Rahmen der durchgemachten

Spondylodiszitis erfolgten Rückenoperationen seit Mai 2011 in seiner bis kurz

zuvor noch ausgeübten (vgl. Urk. 10/80) angestammten Tätigkeit als Maler nicht mehr arbeitsfähig ist, wohin gegen seit 15. Dezember 2011

– wenn auch

mit

vorübergehenden kürzeren Unterbrüchen im Jahr 2012 (Aufenthalt in der Y.____ , vgl. E.

3.1.2)

be zieh ungsweise

im Jahr 2013 (im Rahmen des

Aufenthalts im K.____

zum Codeinentzug von 1 6. bis 2 9. April 2013 bzw . in der L.____s von 2 9. April bis 1. Juni 2013 zur anschliessenden

psychos oma t i s c hen Reha bilitation , vgl. Urk. 10/130 S. 7 ff. ; vgl. auch Urk. 10/162 S. 36 ff.) - in ein er angepasste n

Tätig keit eine vollständige Arbeit s fähigkeit besteht . Daran ändert entgegen den Ausführungen in der Beschwerde auch die im Feb ruar 2017 aufgetretene Problematik an der Halswi r belsäule/Schulter nichts, ergaben die im

A.____ (infolge Verdachts auf erneute Spondylodiszitis ; vgl. Urk. 3/3 S.

2) durch ge führten Abklärungen diesbezüglich doch lediglich einen – vorübergehenden - muskulären Hartspann.

Ausgehend von den im Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeiten ergibt sich allerdings auch , dass - da seit Dezember 2011 grundsätzlich eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestand -

gestützt auf das Gutachten der Z.____

im Vergleich zum Gesundheitszustand, wie er der Verfügung vom 23. Januar 2013 zugrunde lag ,

ein im W esentlichen unveränderte r Gesundheits zustand anzunehmen ist . E ntgegen dem Wortla ut der angefochtenen Verfügung ist damit aber keine rechtserhebliche Veränderung der Verhältnisse, namentlich k eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ,

ausgewiesen . Folglich fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Vorausse tzung en für eine Rentenrevision (vgl. E.

E. 8

f.) , wo der Versicherte vom 2 1. Juni bis zum 3 0. Juli 2012 stationär behandelt worden war, stellten die verantwortlichen Ärzte die folgende n Diagnosen: mittel g radige depressive Episode (F32.1), Störungen durch Alkohol/Abhängigkeitssyn drom/mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (F10.24), Störungen durch Kokain/

Ab hängigkeitssyndrom/mit gegenwärtigem Substanzgebrauch (F14. 24), Störungen durch Opioide/Ab hängigkeitssyn d rom/gegenwärtig abstinent (F11.20) sowie eine e infache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ED 2008 (F90.0). Sie führ t en im W esentlichen aus, der Versicherte sei freiwillig per Selbstzuweis ung zur psychiatrischen Hospitalisation eingetreten. Er habe zuvor angerufe n und be rich tet ,

dass er hoch oben stehe und überlege zu springen.

B ei Eintritt habe sich der Versicherte verzweifelt präsentiert,

angespannt und psychomotorisch unruhig , und habe berichtet , dass er von sich sehr entt äuscht sei. Er habe nach langer Abstinenz seit Winter wieder mit dem Konsum von Alkoh o l und Kokain be gonnen, der Konsum habe in den letzten zwei Wochen zugenommen , da er

sich aufgrund seiner Arbeitsunfähigkeit (nach Spondylodiszitis vor einem Jahr) und finanzieller Probleme zunehmend belastet fühle; infolge des Konsums habe er auch seinen Wohnplatz in einer christlichen Gemeinschaft verloren. Das einzige, was ihn daran gehindert habe, seine Suizidgedanken in die Tat umzusetzen, sei seine Freundin gewesen, die trotz des Absturzes zu ihm stehe.

Die Ärzte führten – zusammengefasst - weiter aus, am Anfang der Behandlung habe der Alkohol entzug gestanden, in der Folge aber auch die medikamentöse Behandlung bei depressiver Stimmungslage. Er habe am 29. Juni 2012 ohne Hinweise auf Suizidalität in die offen geführte Spezialstation für Doppeldiagnosen überführt werden können. Neben der medikamentösen Behandlung habe er regelmässig und gut motiviert am 3-wöchigen gruppentherapeutischen Therapieprogramm teilgenommen. Er habe während des stationären Aufenthalts auch die Interferon-Therapie weitergeführt, welche er bis auf Erschöpfung und Müdigkeit am Tage der Behandlung gut toleriert habe. Am 30. Juli 2012 sei er nach Organisation einer Wohnmöglichkeit in stabilem Zustand ausgetreten. Eine ambulante Psychotherapie sei vom Patienten abgelehnt worden. Es würden die weitere Reduktion von Diazepam sowie die Fortführung der bestehenden Interferontherapie empfohlen. Um die weitere Stabilisierung zu gewährleisten sowie zur Rückfallprophylaxe werde ein geschützter Rahmen empfohlen, vorzugsweise in Form von betreutem Wohnen mit der Möglichkeit, an einem Arbeitsprogramm teilzunehmen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machten sie nicht (Urk. 10/90 S. 8 ff.) . 3.1.3

Die behandelnde Hausärztin

Dr. med. C.____, Praktische Ärztin, Allg. Medizin FMH,

stellte in ihrem Bericht vom 16. August 2012 in etwa dieselben Diagnosen wie die behandelnden Ärzte des A.____ in ihrem Bericht vom 2. Mai 2012 (E.

3.1.1 hievor) . Sie führte im Wesentlichen aus, der Patient habe sich körperlich von den Eingriffen gut erholt, aktuell stehe nun die psychische Dekompensation zusammen mit der doch auch belastenden Interferonbehandlung im Vordergrund. Zur Arbeitsfähigkeit gab sie an, die bisherige Tätigkeit als Maler sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Nach Ende der Interferonbehandlung könnte eine Umschulung durchgeführt werden (Urk. 10/90 S. 1 ff.) . 3.1.4

Dr. med. G.____, Fachärztin für Innere Medizin,

und

H.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin FMH, sowie fallzuständige Ärztinnen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle, hielten mit Blick auf diese ärztlichen Verlautbarungen in ihrer Stellungnahme vom 18. September 2012 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht sei gesamthaft ab Mai 2011 von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit für jegliche Erwerbstätigkeit auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich zunächst durch den somatischen Gesundheitsschaden, insbesondere die Spondylodiszitis mit epiduralem Abszess mit entsprechenden neurologischen Ausfällen, und weiter andauernd durch den psychischen Gesundheitsschaden. Weitere Abklärungen seien nicht indiziert (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss, Urk. 10/91 S. 5). 3.2.3.2.1

In dem im vorliegenden Revisionsverfahren eingeholten

polydisziplinären (interdisziplinär-rheumatologisch-orthopädisch-psychiatrischen)

Gutachten der Z.____ vom 28. Dezember 2015 , stellen die verantwortlich zeichnenden Fachärzte die folgenden Diagnosen (Urk. 10/149 S.

50) :

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. St. n. Discushernie L5/S1 rechts paramedian (05/2011) - St. n. CT gesteuertem Nervenwurzelblock S1 rechts am 25. Mai 2011 2. St. n. Spondylodiszitis mit epiduralem Empyem - St. n. dekompressiver Laminektomie L5, rechtsseitiger Laminektomie L2 bis L4, Abszess-Ausräumung epidural und subdural am 2. Juli 2001 (wohl: 2011) - St. n. Hämatom-Evakuierung am 3. Juli 2001 (wohl: 2011) - St. n. Débridement am 6. Juli 2001 (wohl: 2011) - St. n. Hemilaminektomie links C2 bis Th 5, Evakuierung eines epiduralen Abszesses sowie Erweiterungs- Hemilaminektomie rechts Th11-L1, Evakuierung eines epiduralen Hämatoms und partielle Diskektomie L5/S1 am 8. Juli 2001 (wohl: 2011) 3. Residuell : - belastungsakzentuiertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - leichte Fussheberschwäche - kein radikuläres Reizsyndrom

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 4. Gemäss Aktenlage St. n. Hirnkontusion im Kindesalter 5. St. nach Polytoxikum an 6. HIV-Infektion 7. Hepatitis C 8. Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F 90.0)

E. 8.1

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk.

E. 8.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin Rechtsanwältin Susanne Friedauer machte mit ihrer Stellungnahme vom 21.

Februar 2019 einen zeitlichen Aufwand von 9.5 Stunden (1 Stunde Instruktion, 3 Stunden Aktenstudium sowie 5.5 Stunden für das Erstellen der Replik/ Stellungnahme) und Barauslagen in Höhe von Fr. 85.50 geltend (Urk. 24 S. 11). Dieser Aufwand erscheint – zumal

zu berücksichtigen ist, dass sie als

Rechtsvertreterin (erst)

in diesem Verfahrensstadium neu mandatiert worden ist

– als angemessen.

Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- pro Stunde sowie der Barauslagen in Höhe von Fr. 85.50 zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7

%

ist die Entschädigung demgemäss auf Fr. 2'343.-- festzusetzen und Rechtsanwältin Susanne Friedauer

ist in dieser Höhe aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 8.3

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 9

. Status nach multiplem Substanzmissbrauch mit Abhängigkeitsentwicklung (ICD-10 F19.20).

Zur Arbeitsfähigkeit hielten sie in ihrer gesamtmedizinischen Beurteilung fest, dass infolge des Zustand es nach mehrfach operierter Wirbelsäule bei Status nach Spondylodiszitis L5/S1 und bis cervical ausgedehntem Empyem, mit residuellem

lumbospondylogem Schmerzsyndrom, Tätigkeiten mit körperlich schwerer und häufig mittelschwerer Belastung nicht zumutbar seien. Diese Angaben würden seit Mai 2011 gelten (gemäss Aktenlage sei damals die Discushernie L5/S1 mit recessaler S1-Kompression diagnostiziert worden). In einer angepassten Tätigkeit mit Limitierung auf leichte bis sporadisch mittelschwere Trage- und Hebebelastungen im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen verrichtet (ohne exzessive Gehstrecken) bestehe indessen eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Diese Angaben würden seit dem 15. Dezember 2011 gelten (Zeitpunkt der Nachkontrolle durch den Chirurgen Prof. I. ___ am A. ___ mit Dokumentierung des Residualzustandes, wie er auch im Zeitpunkt der Begutachtung [« jetzt »] im Wesentlichen vorliege). Aus psychiatrischer Sicht sei dem Exploranden theoretisch jede Tätigkeit in vollem Umfang möglich, aufgrund der ADHS- Problematik wäre es sinn voll, eine eher abwechslungsreiche Tätigkeit durchzuführen (Urk. 10/149 S. 53). In seiner Auskunft vom 28. Februar 2016 gab der psychiatrische Experte auf Nachfrage der Verwaltung zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (vgl. Urk. 10/152) ergänzend an, gemäss den Unterlagen stehe der Explorand schon seit einigen Jahren in keiner psychiatrischen Therapie, so dass auch kein Verlauf rekonstruiert werden könne, da die Angaben diesbezüglich zu ungenau seien. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Angaben müsse angenommen werden, dass der Explorand durchaus seit mindestens Dezember 2011 voll arbeits fähig war, wenn die angegebenen Bedingungen eingehalten wurden, d.h. Verzicht auf Drogen und ad äquate Behandlung de s ADHS (Urk. 10/154). 3.2.2

Im Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des A. ___ vom 3.

März 2017 an die IV-Stelle stellten die verantwortlich zeichnenden Ärzte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/178 S.

1) : 1. Paravertebraler Hartspann zervikothorakaler Übergang (ED 13.02.2017) 2. St. nach Spondylodiszitis LWK 5/SWK 1 mit epiduralem Empyem Höhe

LWK 3-S1 und sekundärer Ausbreitung von C1-S1 vom 8. Juli 2011 - dekompressiver Laminektomie L5 rechtsseitig, Laminotomie L2-L4 mit Abszessausräumung epidural, subdural und Duranaht (2. Juli 2011) - Hämatomevakuierung , Blutstillung bei diffuser Blutungsneigung, VAC-Verband (3.

Juli 2011) - Débridement und Wundspülung, VAC-Wechsel (6.

Juli 2011) - Hemilaminektomie links C2-Th5, Evakuierung epiduraler Abszess, Erweiterung Laminektomie - Th11-L1, Evakuierung Epiduralhämatom , partielle Diskektomie L5/S1

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine HIV-Infektion A3 (ED 1998; unter antiviraler Therapie), eine arterielle Hypertonie (unter einfacher antihypertensiver Therapie), eine Hepatitis

C Infektion sowie einen Status nach Polytoxikomanie. Sie gaben im Wesentlichen an, es habe auf Zuweisung der Hausärztin am 13.

Februar 2017 vom 13. bis 14. Februar 2017 aufgrund von Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule bzw. eines paravertebralen Hartspanns im Bereich des zervikothorakalen Übergangs eine stationäre Behandlung stattgefunden. Aufgrund der aktuellen Aktenlage und bei fehlender Nachkontrolle sei es schwierig, eine langfristige Prognose abzugeben. Es sei je doch davon auszugehen, dass der Patient seinen vorherigen Allgemeinzustand in Kürze wiedererlangen werde.

Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte der Versicherte einen im Wesentlichen gleichlautenden, vom 14. Februar 2017 datierenden Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des A.____ ins Recht

(Urk. 3/3). 4.

E. 11

in einer angepassten Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestand (bei schrittweiser Steigerung;

E. 3.1.1 hievord). Dass

im Anschluss daran eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden hat,

ist den Akten indes nicht zu entnehmen. Zwar hatte sich der Versicherte in der Zeit vom 21. Juni bis zum 30. Juli 2012

freiwillig in stationäre psychiatrische Behandlung in die Y.____

begeben, wo zunächst ein Alkoholkonsum und danach

eine weitere Behandlung namentlich der depressiven Stimmungslage stattfand. Nach Angaben der Ärzte befand sich der Versicherte bei Austritt (am 30. Juli 2012) indes wiederum in stabilem Zustand und es wurde - jedenfalls im Bericht vom 30. August 2012 - keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (E. 3.1.2 hievord). Es ist

alsdann auch nicht ersichtlich, dass

in der Folge bis zum Ergehen der rentenzusprechenden Verfügung im Januar 2013 eine weitere stationäre oder

- zumal der Versicherte eine solche ablehnte (Urk. 90/10 S. 19) - eine

ambulante

fachärztliche

psychotherapeutische Behandlung erfolgt oder der Versicherte aus psychiatrischen Gründen fachärztlicherseits krankgeschrieben worden wäre. Auch wies Hausärztin Dr. C.____ zwar in ihrem vom 16. August 2012 datierenden und am 7.

September 2012 bei der IV-Stelle eingegangenen

Bericht unter Beilage des Berichts

der Y.____ vom

30. August 2012 auf die stattgehabte psychische Dekompensation und eine zur Zeit verminderte Belastbarkeit aus psychischen Gründen hin , führte aber selber

aktuell keine psychiatrische Diagnose mehr auf

(Urk. 10/90 S. 1) . Mithin enthielten die der Verfügung vom 23. Januar 2013 zugrunde liegenden medizinischen Akten keine (schon gar nicht fachärztliche) Angaben über eine nach dem 15. Dezember 2011

anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen . Auch ergaben die übrigen Akten keine Hinweise darauf .

Für die Annahme , der Beschwerdeführer sei

nach dem 15.

Dezember 2011

aus psychiatrischen Gründen lang andauernd

vollständig erwerbsunfähig gewesen ,

bestand

folglich keine genügende Grundlage , weshalb

die gestützt darauf erfolgte Rentenzusprache

im Sinne der Rechtsprechung (E. 1.4 hievon) zweifellos unrichtig war . Daran ändert auch nichts, dass , wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt,

es sich bei den der Rentenzusprache

zugrundeliegenden ärztlichen Berichten um solche von

anerkannten Institutionen bzw. renommierten Ärzten gehandelt hat .

Anzumerken ist überdies,

dass

die Zusprache der ganzen Rente – was denn vor gängig auch Anlass für eine Rückfrage durch die Ausgleichskasse gab (Urk. 10/ 96)

–

bereits mit Wirkung ab 1. Oktober 2011

erfolgte (Urk. 10/107). Doch hatte sich der Beschwerdeführer erst mit im Oktober 2011 bei der IV-Stelle eingegangener Anmeldung

neu zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 10/68) , weshalb ein Rentenanspruch

frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Anspruchs, mithin ab April 2012 , überhaupt

erst entstehen konnte (Art. 29 IVG) .

Erweist sich die ursprüngliche Leistungszusprache jedoch als zweifellos unrichtig, ist der Rentenanspruch

ohne Bindung an revisionsrechtliche Grundsätze frei zu prüfen. 5.3

Wie ausgeführt

kann in Bezug auf die gesundheitliche Situation im hier massgebenden Beurteilungszeitraum auf das Z.____ - Gutachten vom 28. Dezember 2015

(einschliesslich ergänzender Stellungnahme des psychiatrischen Experten vom 28.

Januar 2016) abgestellt werden.

In diesem Sinne ist der medizinische Sachverhalt erstellt,

und es ergeben sich zudem keine hinreichenden Anhaltspunkte, dass - von vorübergehenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen abgesehen (vgl. etwa Urk. 10/177 S. 4 [Rippenbruch], Urk. 10/177 S. 6 [Schulterproblematik/

Muskelhartspann]) –

die Einschätzung der

Z.____ nicht für den gesamten Zeitraum Geltung beanspruchen könnte.

Damit ist davon auszugehen, dass der

Beschwerdeführer die Tätigkeit als Maler gesundheitsbedingt

nicht mehr ausüben kann, er hingegen seit Dezember 2011 in einer leidensangerechten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. 6. 6.1

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 ausgleichender 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). 6. 2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte für das Jahr 2015 ein Valideneinkommen von Fr. 73'756.85 und ein Invalideneinkommen

von Fr. 66'621.50, woraus eine Erwerbs einbusse von Fr. 7'135.35 und damit ein Invaliditätsgrad von 10% resultierte (Urk. 2 S. 2; vgl. auch Feststellungsblatt für den Beschluss vom 2. März 2016, Urk. 10/157). Die Grundlagen des an sich korrekterweise per 2017 (Revisionszeitpunkt) vorzunehmenden Einkommensvergleichs wurden vom vertretenen Beschwerde führer nicht in Frage gestellt. Für eine nähere Prüfung der Vergleichs einkommen

von Amtes wegen besteht daher kein Anlass. 6.3

Zusammenfassend ergibt sich daher, dass die Aufhebung der bisher ausgerichteten ganzen Rente mit der substituierten Begründung der zweifellosen Unrichtigkeit der Verfügung vom 23. Januar 2013 geschützt werden kann. Somit erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig.

7.

Soweit der Beschwerdeführer die Wiederaufnahme beruflicher Massnahmen beantragt, ist festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin, welche am 22. Februar 2017 eine separate Mitteilung betreffend die Einstellung der Eingliederungsmassnahmen erlassen und bezüglich Renten auf die separat zu erlassende Verfügung verwiesen hatte (Urk. 10/176), darüber in der vorliegend angefochtenen Verfügung

nicht entschieden hat. Mangels Anfechtungsgegenstands ist deshalb dies bezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten. Dem Beschwerdeführer bleibt es unbenommen, sich erneut bei der Beschwerdegegnerin zu melden. 8.

E. 15

) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung verpflichtet ist, sofern er dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Susanne Friedauer, Zürich, wird mit Fr.

2'343.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 24 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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