

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00489 vom 12. Dezember 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00489](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00489)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00489 du 12 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00489 del 12 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der

1965 geborene X.\_\_\_\_

verfügt über eine abgeschlossene Berufslehre mit Fähigkeitsausweis als Fernmelde- und Elektronikapparate monteur (FEAM; Urk.

#### **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 allgemeinen 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**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

#### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei ansich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer

wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.1**

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht

zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

#### **E. 1.4.2**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen an hand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

#### **E. 1.5**

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

##### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der Invalidenrente damit, dass gestützt auf das Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2016 sich der Gesundheitszustand verbessert habe.

Das psychische Leiden sei remittiert und es werde keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen. Der Beschwerdeführer sei auch seit zwei Jahren nicht mehr in fachärztlicher Behandlung und weise ein uneingeschränktes Aktivitätsniveau und beachtliche Ressourcen aus. Es liege kein IV-relevantes psychisches Leiden mehr vor und eine Selbsteingliederung sei zumutbar (Urk. 2 S. 2).

Im Verfahren führte sie ergänzend aus (Urk. 5), es sei - aus näher dargelegten Gründen - nicht von einer Persönlichkeitsstörung, sondern von akzentuierten selbstunsicheren Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 Z73.1; richtig wohl: Persönlichkeitszügen) auszugehen. Der Beschwerdeführer habe sich gut mit seinen Defiziten arrangiert. Die B.\_\_\_\_-Gutachter seien zum Schluss gelangt, die Arbeitsfähigkeit sei seit Anfang 2013 nicht (mehr) eingeschränkt (S. 3) und auf die Expertise sei abzustellen (S. 4). 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor (Urk. 1. S. 2 f.),

die Renten zu sprache basiere auf einem RAD-Untersuchungsbericht vom 3. Dezember 2012.

Die Diagnose habe auf eine seit dem Jahr 2002 bestehende kombinierte Persönlichkeitsstörung mit einer seit diesem Zeitpunkt rezidivierenden Depression bei zum Untersuchungszeitpunkt bestehenden funktionellen Einschränkungen, zusätzlich her reduzierter Belastbarkeit und Stresstoleranz sowie Problemen in der sozialen Interaktion gelautet. Aufgrund der psychiatrischen Diagnostik sei eine seit Dezember 2011 bestehende

Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 und 100 % festgestellt worden, die ab August 2012 bis auf Weiteres 70 % betragen habe. Die psychiatrische Diagnose im

B.\_\_\_\_-Gutachten laute auf eine zurzeit remittierte rezidivierende depressive Störung mit mindestens seit dem Jahr 2002 wiederkehrenden Episoden bei akzentuierten selbstunsicheren Persönlichkeitszügen. Die der RAD-Beurteilung zugrunde liegende Persönlichkeitsstörung sei verneint und auf der Grundlage dieser veränderten Diagnose sei auf eine Verbesserung geschlossen worden (S. 3). Der RAD habe am 4. November 2016 festgehalten, dass das psychiatrische Teilgutachten des B.\_\_\_\_ bezüglich der Angaben zur Persönlichkeitsstruktur nicht nachvollziehbar und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unhaltbar sei. Die Persönlichkeitsstörung sei weiterhin vorhanden und durch die Berentung sei der psychische Druck reduziert worden, weshalb sich die Depression zurückgebildet habe. Jedoch liege keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 50 % vor und es seien gegenwärtig berufliche Integrationsmassnahmen nötig.

Das psychiatrische Teilgutachten sei damit nicht schlüssig und taue nicht als Grundlage für die Rentenrevision.

Das Gutachten zeige auch keine Änderungen des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit auf. Die Annahme, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehen sollte, beruhe

damit auf einer revisionsrechtlich nicht relevanten unterschiedlichen Würdigung von seit der Rentenverfügung vom 19. April 2013 unverändert gebliebenen Verhältnissen (S. 6).

Selbst wenn von einer Verbesserung des Gesundheitszustands mit der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, müssten dem Beschwerdeführer aufgrund der übereinstimmenden medizinischen Beurteilung des B.\_\_\_\_-Psychiaters und des RAD vorgängig der Einstellung oder der Herabsetzung der Invalidenrente berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen gewährt werden (S. 7). 3.

Massgebliche Vergleichsbasis im Revisionsverfahren (vgl. dazu BGE 133 V 108) bilden die medizinischen Grundlagen, wie sie im Zeitpunkt der Verfügung vom 19. April 2013 vorgelegen haben. 3.1

Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2011 (Urk. 6/14) über den stationären Aufenthalt vom 12. Januar bis 19. April 2011

diagnostizierten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung

gegenwärtig mittelgradige depressive Episode. Ende 2009 habe der Beschwerdeführer aufgrund einer Überforderung am neuen Arbeitsplatz und Entwicklung einer erneuten depressiven Symptomatik seine Arbeitsstelle gekündigt. Seitdem sei er arbeitslos und per 12. Januar 2011 sei der Eintritt in die C.\_\_\_\_ per Einweisung durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätskospitals D.\_\_\_\_

erfolgt, wo sich der Beschwerdeführer am 10. Januar 2011 wegen einer depressiv-suizidalen Symptomatik vorgestellt habe.

Die Ärzte attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 12. Januar bis 19. April 2011 und danach eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit (S. 3 Ziff.

## **E. 1.6**

und Ziff. 1.9). 3.2

Im vertrauensärztlichen Bericht vom 12. Oktober 2012 ( Urk. 6/44/8-12 , S. 1 - 5 ) zu Händen des Krankentaggeldversicherers Visana (vgl. Urk. 6/41) hielt der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie E.\_\_\_\_ fest (S. 3) , der Beschwerdeführer beklage weiterhin ein ausgeprägtes « Auf und Ab » . Mal gehe es ihm « super

gut » , dann würden ihn kleinste Belastungen völlig aus der Bahn werfen. Er habe dann bereits bei kleinen Enttäuschungen depressive Einbrüche bis hin zu erneut auftretenden suizidalen Gedanken.

Im Rahmen der emotionalen Instabilität bei der erst seit September 2012 wieder aufgenommenen psychiatrischen Behandlung komme es zu wiederkehrenden depressiven Stimmungseinbrüchen bis hin zu beschriebenen akuten suizidalen Krisen . Differentialdiagnostisch ergebe sich aufgrund der im Gespräch über weite Strecken beobachteten Angetriebenheit und Sprunghaftigkeit und vor dem Hintergrund der starken Stimmungsschwankungen der Verdacht auf ein bipolares Krankheitsgeschehen. Darüber hinaus seien deutliche Hinweise für eine zu Überforderung disponierende, leistungsorientierte Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabilen und kränkbarvulnerablen Zügen zu finden (ICD-10 Z73.1). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Befundlage nicht ausreichend stabil für eine konstant erbringbare Arbeitsleistung unter Bedingungen der freien Wirtschaft , entsprechend einer aktuell zu attestierenden 100 % igen Arbeitsunfähigkeit (S. 4).

Für die Wiedereingliederung seien berufliche Massnahmen nötig und der medizinische Verlauf durch den ambulant behandelnden Psychiater evaluieren zu lassen

sowie die im November 2012 angesetzte fachärztlich psychiatrische Begutachtung bei der IV-Zürich abzuwarten (S. 5). 3.3

F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, vom RAD

stellte im Untersuchungsbericht vom 3. Dezember 2012 aufgrund seiner Untersuchung vom 9. November 2012 ( Urk. 6/45) die folgenden Diagnosen (S. 4) :

Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nach ICD rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (F33.0) Kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) Somatische Diagnosen nach Aktenlage Asthma bronchiale, Adipositas, arterielle Hypertonie Zum Tagesablauf gebe der Beschwerdeführer an , er versuche sich eine regelmässige Struktur zu geben, stehe morgens um 08.00 Uhr auf. Er würde dann anschliessend ein Morgenessen zu sich nehmen. Danach gehe er einkaufen. Da er selber für sich koche, kaufe er immer die Sachen für den jeweiligen Tag frisch ein. Dann bereite er sich das Mittagessen zu . Am Nachmittag versuche

er spazieren zu gehen. Derzeit versuche er auch , von seinem massiven Fernsehkonsum herunter zu kommen. Zeitweilig verbringe

er den ganzen Nachmittag und Abend vor dem Fernseher. Er bemühe sich , zwischen 22.00 Uhr und 23.00 Uhr zu Bett zu gehen (S. 2) . Zum psychopathologischen Befund hielt der RAD -Arzt fest, der Beschwerdeführer erscheine pünktlich zum vereinbarten Untersuchungstermin. Er

sei altersentsprechend gepflegt gekleidet, deutlich übergewichtig, die Sprache sei normal laut, schweizerdeutscher Dialekt, gut moduliert. Ein emotionaler Rapport lasse sich gut

herstellen und die Fragen würden bereitwillig und zügig beantwortet. Das Intelligenzniveau erscheine im durchschnittlichen Bereich. Er sei wach, allseits orientiert und während der Exploration seien keine Störung der Konzentration, der Aufmerksamkeit oder des Gedächtnisses feststellbar. Das Denken sei formal geordnet. Anamnestisch werde über Gedankenkreisen und Grübeln berichtet. Es bestünde kein Anhalt für Ich-Störungen, Wahrnehmungsstörungen oder Sinnes täuschungen. Affektiv wirkte er ausgeglichen, gut schwingungsfähig, jedoch sei eine gewisse innerliche Anspannung spürbar. Anamnestisch liessen sich Zukunftsängste, finanzielle Sorgen und eine ausgeprägte Selbstwertproblematik eruieren. Derzeit bestehe kein Anhalt für Suizidalität. Anamnestisch seien häufige Stimmungswechsel beschrieben. Diese liessen sich im Rahmen der Exploration nicht genauer verifizieren. Es bestünde keine zirkadianen Beschwerden und kein sozialer Rückzug. In Anlehnung an das Mini-ICF-P seien die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen eingeschränkt, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben vorhanden, wobei diese aber bei zunehmendem Stress abnehme. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien reduziert und die Durchhaltefähigkeit in depressiven Phasen reduziert. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten/Selbstbehauptungsfähigkeit sei eingeschränkt und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten erhalten, wobei es sich aber meist um Einzelaktivitäten handle. Auch die Wegefähigkeit sei erhalten (S. 3 f.). Sowohl die C. \_\_\_ als auch Dr. E. \_\_\_ gingen von einer gewissen Persönlichkeitspathologie aus. Die bisherigen Unterlagen liessen

am ehesten die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, zwanghaften und narzisstischen Zügen zu. Diese Störung bilde die Grundlage für das dysfunktionale Verhalten und Denken sowie die mangelnden Problemlösefähigkeiten und sozialen Interaktionsmöglichkeiten. Vom 22. Dezember 2011 bis 31. März 2012 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % danach vom

1. April bis 31. Juli 2012 50 % und ab 1. August 2012 bis auf weiteres 70 %. Aus Sicht des RAD wären erneut berufliche Massnahmen aufzunehmen, bevor eine Rente gesprochen werde, da mit geeigneten Massnahmen innerhalb von 12 Monaten eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne (S. 6) 4.

Im Zusammenhang mit der eingeleiteten Rentenrevision ergibt die medizinische Aktenlage Folgendes: 4.1

#### 4.1.1

Im Austrittsbericht des Spitals

G. \_\_\_ vom 15. Oktober 2013 (Urk. 6/76/5-7) über die Hospitalisation vom 24. September bis 1. Oktober 2013 wiesen die Ärzte auf den elektiven Eintritt des Beschwerdeführers zur Stomarückverlegung bei Status nach anteriorer

Rektumresektion und Anlage eines endständigen Deszendostomas vor drei Monaten im Rahmen eines Kolonileus bei stenosierender Divertikulitis hin. Im Verlauf hätten sich regrediente laborchemische Endzündungswerte sowie ein problemloser Kostenaufbau gezeigt und der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und bei reizlosen Wundverhältnissen am 1. Oktober 2013 nach Hause entlassen werden können. 4. 1. 2

Im Austrittsbericht des Spitals G. \_\_\_ vom 5. Dezember 2013 (Urk. 6/76/3-4) über die Hospitalisation vom 27. November bis 2. Dezember 2013 legten die Ärzte dar, nach der

Deszendorektostomie im September 2013 sei nun der elektive Eintritt zur Rückverlagerung des Ileostomas erfolgt. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos mit stets reizlosen Wunden gezeigt und der

schonende Kostenaufbau sei gut vertragen worden. 4.2

Dr. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, gab im undatierten Verlaufsbericht zu Händen der Beschwerdeführerin die Behandlung des Beschwerdeführers seit 9. März 2015 mit einem jährlichen Rhythmus von zwei bis drei Untersuchungen an (Urk. 6/87 Ziff. 3.1). Als aktuelle Diagnosen führte er eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.1), ein Schlaf Apnoe Syndrom und Asthma auf (Ziff. 1.2). Zur Prognose hielt er fest, im Verlauf zeige sich der psychiatrische Zustand unter Medikation im Moment stabil (Ziff. 3.3). 4.3

Anlässlich der polydisziplinären Abklärung im B.\_\_\_\_ durch Dr. I.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. J.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie durch Dr. K.\_\_\_\_, FMH für Chirurgie,

stellen die Experten im Gutachten vom 28. Oktober 2016 (Urk. 6/99 S. 1-28) die folgenden Diagnosen (S. 35):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Rezidivierende depressive Störung, zurzeit remittiert (ICD-10 F33.4) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 2. Akzentuierte selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) 3. Kleine indolente Narbenhernie im rechten Mittel-Unterbauch, kleine asymptomatische Umbilikalhernie und epigastrische

Rektusdiastase

bei 4. Status nach mehreren, teils komplizierten Eingriffen wegen gedeckt perforierter und stenosierender akuter Divertikulitis des Rektosigmoids 5. Adipositas Grad II 4.3.1

Zum allgemeininternistischen Teilstatus hielt der Experte fest, der Beschwerdeführer sei 175 cm gross und 114 kg schwer. Der Blutdruck betrage 150/90 mmHg bei regelmässigem Puls und Vesikuläratmen. Zehen- und Fersenstand, Einbeinstand sowie Schürzen-

und Nackengriff seien problemlos möglich. Es bestehe ein adipöses Abdomen mit diversen Narben ohne Resistenz und mit normalen Darmgeräuschen. Das Reflexbild sei symmetrisch, die Sensibilität unauffällig und der Gelenkstatus altersentsprechend unauffällig (S. 13). 4.3.2

Aus chirurgischer Sicht

bemerkte der Experte,

am 8. Juni 2016 (richtig 2013) sei eine notfallmässige Hospitalisation erforderlich geworden nachdem der Hausarzt den Beschwerdeführer während einiger Tage wegen Verdachts auf Divertikulitis schubantibiotisch behandelt habe. Am 12. Juni 2013

sei unter der Diagnose eines Ileus durch gedeckt perforierte und stenosierende Divertikulitis im rektosigmoidalen Übergang eine Operation vorgenommen, am 21. Juni 2013 ein

Wunddébridement und am 24. September 2013 die offene Nachresektion der Darmstümpfe und eine Deszendorektostomie durchgeführt worden. Am 28. September 2013 habe eine Relaparotomie

z wecks Lavage , Drainage und Anlage einer Schlingenileostomie zur Deviation stattgefunden und zwei Tage später sei die Wunde d é bridiert und sekundär verschlossen worden . Nachdem eine abdominale CT unauffällig gewesen sei , habe am 2 8. November 2013 rekto sko pisch

eine offene Anastomose bestätigt und die Ileosto mie durch Segment re s ektion verschlossen werden können (S. 30). Der Beschwerdeführer schildere , er habe sich von den Eingriffen relativ rasch vollständi g erholt und in den ersten Monaten bei Belastungen noch ein gewisses Ziehen in der Narbe verspürt, was sich aber bald gelegt habe. Die Sache sei nun über zwei Jahre lang stabil geblieben und mache ihm keine Beschwerden. Er fühle sich gut und leistungsfähig. Essen könne er alles (S. 31). Es wurde festgehalten, a us fachärztliche r

chirurgische r Sich t ergebe sich keine Diagnose

mit Auswi rkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 32). 4.3 .3

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer berichte, dass die Stimmung in der letzten Zeit schwankend, aber mehrheitlich schlecht ausgebildet gewesen sei. Des Weiteren leide er regelmässig an Ein- und Durchschlafstörungen und sei deswegen tagsüber erhöht ermüdbar. Ebenfalls habe er eine deutliche Freudlosigkeit, welche vor allem am Morgen ausgeprägt sei (S. 14).

Er lebe seit dem Jahr 2008 alleine in einer 3-Zimmer Mietwohnung. Regel mässigen sozialen Kontakt habe er mit drei Kollegen aus dem Dorf, mit welchen er seit seinem Zuzug im Jahre 2008 befreundet sei. Mit ihnen g ehe er spazieren, v elofahren oder auch grillieren. Des Weiteren habe er einen Freund in Rapperswil seit ca. sieben Jahren und einen Freund in Bern bereits seit der Schulzeit, welche er ebenfalls regelmässig tr ef fe. Auch die Eltern besuche er einmal pro Woche (meistens am Sonntag) und den Bruder ein- bis zweimal pro Woche. Auch habe er noch ei ne Tante, welche er ebenfalls manchmal besuche . Aktuell führe er keine partnerschaftliche Beziehung. Finanziell lebe er von den IV-Leistungen und den Leistungen der Pensionskasse. Die letzten Ferien habe er vor vier Wochen wäh rend drei Wochen in Kanada gemeinsam mit den Eltern und dem Bruder ver bracht. Sie hätten dort in der Region Vancouver Familienmitglieder besucht. Als Hobby gebe de r Beschwerdeführer an, gerne PCs zu warten. Er koche auch gerne, ge he gerne laufen, schwimmen und velo fahren. Er interessiere sich für Reisen und sei so zum Beispiel auch schon in Neuseeland gewesen. Auch lese er gerne wissenschaftliche Bücher, welche er bis zu einer Stunde am Stück lesen könne (S.

16 ).

Den Tagesablauf beschr ie b d er Beschwerdeführer folgendermassen : er stehe regel mässig zwischen 7.00 Uhr und 8.00 Uhr morgens auf. In der Folge befasse er sich mit dem PC und gehe danach duschen. Da er am Morgen meistens unter einer erhöhten Traurigkeit leide, gehe er in der Folge für längere Zeit spazieren und erledige dabei Einkäufe im Dorf. Dies helfe ihm auch , die schlechte Stimmung zu kompensieren. Teilweise gehe er auch bis nach Zürich und spaziere dort in der Stadt. Regelmässig bereite er sich ein Mittagessen selber zu und nehme es alleine ein. Danach lege er sich für 15 bis 30 Minuten hin, ohne jedoch einzuschlafen. Am Nachmittag gehe er nochmals für zwei bis dr ei Stunden spazieren oder auch velo fahren. Das Abendessen nehme er in der Regel alleine zuhause ein. Einmal pro Woche ca. gehe er mit Freunden in ein Restaurant essen. Danach schaue er TV oder lese

und gehe regelmässig zwischen 22.00 Uhr und 24.00 Uhr zu Bett. Einschlafstörungen bestünden ab und zu (ca. jeden zweiten Abend), Durchschlafstörungen jedoch regelmässig. Einkäufe, das Kochen, das Putzen und das Waschen der Wäsche, sowie das Bezahlen der Rechnungen erledige er selbständig. Am Sonntagmorgen gehe er regelmässig schwimmen und am Nachmittag besuche er seine Eltern (S. 17).

Zum psychiatrischen Untersuchungsbefund hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer erscheine pünktlich zum Untersuchungstermin und habe den Weg aus der Region Zürich alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln bewältigt. Insgesamt wirke er freundlich und kooperativ. Während der gesamten Exploration sei er ruhig auf dem Untersuchungsstuhl sitzen geblieben und ein Schmerzerleben habe von aussen nicht erkannt werden können. Durchgängig sei er nicht depressiv, affektiv schwingungsfähig und gut spürbar gewesen.

Es handle sich um einen 51-jährigen Mann, welcher sich in unauffälligem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand präsentiere. Er sei gut organisiert, habe Schreibzeug und einen Lebenslauf mitgebracht und weitere Unterlagen bei sich. Hinweise für Bewusstseins-, Orientierungs- oder Gedächtnisstörungen lägen nicht vor und die Konzentration sei unauffällig. Im formalen Denken gebe er an, ab und an unter Grübeln zu leiden, was während der Exploration jedoch nicht beobachtet werden können (Urk. 18). Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Im Affekt sei er nicht deprimiert und Schuldgefühle lägen nicht vor. Er schildere jedoch Insuffizienzgefühle. Der Antrieb und die Interessen seien normal ausgebildet. Es bestehe jedoch eine erhöhte Ermüdbarkeit. Suizidgedanken und auch Suizidversuche seien seit der Teenagerzeit immer wieder aufgetreten.

In der Hamilton Depression Scale Testung habe er 9 Punkte erreicht, was gegen das aktuelle Vorliegen einer depressiven Episode spreche und im Mini-ICF-APP-Rating-Bogen ergebe sich keine Beeinträchtigungen bei Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, familiäre bzw. intime Beziehungen, Spontanaktivitäten, Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit. Leichte Beeinträchtigungen bestünden bei Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, und in der Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit (S.

19

f.).

Als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine rezidivierende depressive Störung, zurzeit remittiert (ICD-10 F33.4) zu stellen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien akzentuierte selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; S. 20). In der bisherigen Tätigkeit als Servicetechniker (Fernmelde- und Elektronikapparatemonteur) könne zum jetzigen Zeitpunkt und anamnestisch seit 2014 keine relevante Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

In der RAD-Untersuchung im Dezember 2012 werde eine leichte depressive Episode festgehalten. Diese Symptomatik habe sich seither sicherlich nicht zusätzlich verschlechtert, im Gegenteil sei sie wahrscheinlich weitgehend remittiert (S. 28 f.). Seiner Meinung nach sei aufgrund der Ausführungen nicht von einem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung auszugehen (S. 29). 4.3 .4

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Experten fest, es sei im Verlauf zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation gekommen und seit Einstellung der Therapie im Jahre 2014 könnten keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit mehr attestiert werden (S. 37). 4.4

RAD -Arzt

F.\_\_\_\_

vermerkte in seiner Aktenbeurteilung vom 4. November 2016 (Urk. 6/101/3-5), das Gutachten des

B.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2016 erfülle die formalen Qualitätskriterien, sei nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel. Das psychiatrische Teilgutachten sei bezüglich den Angaben zur Persönlichkeitsstruktur nicht nachzuvollziehen. Die Persönlichkeitsstörung sei weiter vorhanden, allerdings sei durch die Berentung der psychische Druck geringer geworden und dadurch habe sich die Depression zurückgebildet. Als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine rezidivierende depressive Störung, remittiert (ICD-10 F33.4) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61). Das

Belastungsprofil umfasse

jegliche leichte bis intermittierend wechselnd belastende Tätigkeit in ruhigem, wertschätzendem Umfeld. Seit Januar 2014 habe sich der Gesundheitszustand verbessert und aus Sicht des RAD sei, « wie auch schon 2012 gesagt nur eine 50 %

AUF (Arbeitsunfähigkeit)

gegeben ». Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage seit Januar 2014 50 %, jedoch müsse diese schrittweise aufgebaut werden. Eine Verbesserung über 50 % hinaus erachte er als nicht möglich, dies im Gegensatz zum Gutachten (S. 4) . 5. 5.1

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, welcher eine Aufhebung /Herabsetzung der seit Dezember 2012 zugesprochenen ganzen Rente per 31. Mai 2017 rechtfertigt . 5.2

Es steht aufgrund der Akten fest, dass die psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung zur Berentung führten (E. 3.3). Eine mindestens leichtgradige depressive Störung konnte im Rahmen der Begutachtung im B.\_\_\_\_ nicht mehr bestätigt und in Bezug auf die Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung konnten lediglich noch akzentuierte Persönlichkeitszüge festgehalten werden (E. 4.3.3) . Selbst der RAD-Arzt ging von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus (E. 4.4).

Sodann zeigte sich der Gesundheitszustand dahingehend verändert, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht nach einem Divertikulitisschub

sich von Juni

bis Dezember 2013 mehreren, teils komplizierter Eingriffen

im rektosigmoidalen Übergang unterziehen

und deshalb mehrfach stationär

hospitalisiert werden musste (E. 4.1). Im Weiteren

ist aktenkundig und es blieb unbestritten, dass im Zeitpunkt der Begutachtung im B.\_\_\_\_ sich der Beschwerdeführer seit mehr als zwei Jahren (vgl. Urk. 6/99/20) keiner fachpsychiatrischen Behandlung mehr unterzogen hat (vgl. auch Urk. 6/81). Damit ist ungeachtet des Umstandes, dass der psychiatrische Gutachter in der Untersuchung die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0)

nicht (mehr) bestätigen konnte, eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse zu erblicken, welche es erlaubt, unter dem Titel von Art. 17 Abs. 1 ATSG den Invaliditätsgrad neu und ohne Bindung an die frühere Invaliditätsschätzung zu ermitteln (vgl. E. 1.3 hiervor). 5.3

Die Beschwerdegegnerin stellte hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf die Einschätzung der B.\_\_\_\_ Gutachter ab (Urk.

## **E. 6**

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Gräub Nef

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