

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00508 vom 23. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00508

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00508 du 23 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00508 del 23 maggio 2018

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

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für

sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspruchentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 8. Mai 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. März 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Rente auszurichten. Eventuell sei ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Zudem sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu erteilen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 29. Juni 2017 (Urk. 8) wies das hiesige Gericht das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde ab und stellte dem Beschwerdeführer eine Kopie der Beschwerdeantwort zu. Mit Eingabe vom 9. August 2017 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht (Urk. 11) ein, worüber die Beschwerdegegnerin am 15. August 2017 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Herabsetzung der bisher ausgerichteten ganzen Rente auf eine halbe Rente in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gestützt auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten verbessert habe. Seit Juli 2013 sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit, die als eine an seine Leiden angepasste Tätigkeit gelte, wieder zu 50 % zumutbar (S. 4).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) grundsätzlich fest.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, dass das eingeholte polydisziplinäre Gutachten nicht beweiskräftig sei, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Er sei nach wie vor voll erwerbsunfähig. Sollte dennoch von einer Teilinvalidität ausgegangen werden, sei der Invaliditätsgrad unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 25 % neu zu berechnen (S. 6 ff. Rz 30 ff.).

E. 2.3

Streitig ist die revisionsweise Herabsetzung der bisher ausgerichteten ganzen Rente auf eine halbe Rente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat, und ob zur Beantwortung dieser Frage auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann.

Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der erstmaligen Renten zu sprache mit Verfügung vom 28. Februar 2014 (Urk. 7/47) mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 20. März 2017 (Urk. 2) zugrunde lag. 3. 3.1

Der erstmaligen Rentenzusprache mit Verfügung vom 28. Februar 2014 (Urk. 7/47) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med. A. ____, der Hausarzt des Beschwerdeführers, führte in seinem Bericht vom 25. August 2012 (Urk. 7/13/1-4) aus, dass er den Beschwerdeführer seit November 2000 behandle (Ziff. 1.2), und nannte eine koronare 3-Gefässerkrankung sowie ein Aneurysma der Aorta ascendens, valvuläre Herzkrankheit, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Arbeiter beziehungsweise Schneider bestehe seit dem 18. Januar 2012 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Für eine körperlich leichte Tätigkeit bestehe maximal eine 30-40%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.4, Ziff. 1.7).

3.3

Die Ärzte des B. ____, HerzKreislaufZentrum, Klinik für Kardiologie, nannten in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2012 (Urk. 7/16/1-4) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - koronare 3-Gefässerkrankung - mittelschwere bis schwere Aorteninsuffizienz - Verdacht auf chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) 3.4

In seinem Bericht vom 15. Dezember 2012 (Urk. 7/18/1-4) nannte Dr. A. ____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - bicuspidale Aortenklappe mit schwerer Insuffizienz, Erstdiagnose Oktober 2010 - koronare 3-Gefässerkrankung - Verdacht auf chronic obstructive pneumonal disease (COPD) - Aneurysma der Aorta ascendens

Es liege eine bekannte koronare Herzkrankheit mit mehrfacher perkutaner transluminaler Koronarangioplastie (PTCA) und Stenting vor. Bei weiterhin diffusen Atembeschwerden sei eine schwere Aorteninsuffizienz festgestellt worden. Die Prognose sei ungünstig. Der Beschwerdeführer sei im aktuellen Zustand weder arbeits- noch eingliederungsfähig (Ziff. 1.4). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Arbeiter beziehungsweise Schneider bestehe seit dem 18. Januar 2012 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). In der freien Wirtschaft bestehe beinahe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.7).

3.5

Eine Ärztin des B. ____, HerzKreislaufZentrum, Klinik für Kardiologie, nannte in ihrem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 1. März 2013 eingegangenen Bericht (Urk. 7/22/1-3) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - schwere Aorteninsuffizienz, Erstdiagnose Februar 2012 - koronare 3-Gefässerkrankung, Erstdiagnose Februar 2013 - Verdacht auf COPD

Derzeit sei dem Beschwerdeführer keine körperliche Belastung möglich. Die Arbeitsfähigkeit sei erst nach der Aortenklappenoperation beurteilbar (Ziff. 1.7).

3.6

Dem Austrittsbericht des B.____, Medizinbereich Herz-Gefäss-Thorax, vom 19. März 2013 (Urk. 7/26) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 7. März 2013 am Herzen operiert wurde, wobei ein Root Replacement mit einem mechanischen Conduit durchgeführt und die Aorta ascendens mit einer Prothese ersetzt wurde (S. 2), und vom 6. bis 18. März 2013 in der Klinik hospitalisiert war (S. 1 Mitte). Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 1): - valvuläre Herzkrankheit - a neurysmatische Aorta ascendens - koronare 3-Gefässerkrankung - Verdacht auf leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) - psychosoziale Belastungssituation - postoperativ psychomotorisch hyperaktives Delir - leichte kognitive Beeinträchtigung, differentialdiagnostisch verstärkt durch Medikation und Schmerz - Verdacht auf COPD - Migräne mit Aura

Angesichts der anamnestischen Angaben und der psychopathologischen Befunde sei das depressive Syndrom des Beschwerdeführers am ehesten als leichte bis mittelschwere depressive Episode zu interpretieren, auch im Zusammenhang mit der schwierigen psychosozialen Belastungssituation. Die kognitiven Auffälligkeiten seien mit dem depressiven Syndrom vereinbar und würden wahrscheinlich durch die Medikation sowie dem schmerzbedingten reduzierten somatischen Allgemeinzustand noch verstärkt. Das intermittierend aufgetretene delirante Zustandsbild zeige sich remittiert. Hinweise auf eine akute Suizidalität oder Fremdbedrohlichkeit würden sich zum Zeitpunkt der Beurteilung keine ergeben (S. 5 Mitte). 3.7

Am 20. Juni 2013 wurde eine Abklärung für Selbständigerwerbende durchgeführt, worüber am 28. Juni 2013 berichtet wurde (Urk. 7/30). Die Abklärungsperson hielt fest, dass der Beschwerdeführer seit rund 15 ½ Jahre als selbständiger Schneider tätig sei (S. 3 Ziff. 3.2). Er habe nach eigenen Angaben ab zirka 2008 aus krankheitsbedingten Gründen vermehrt sein Geschäft immer wieder den ganzen oder halben Tag schliessen müssen (S. 4 Ziff. 3.3).

Die Abklärungsperson führte einen Einkommensvergleich durch. Zur Bestimmung des Valideneinkommens zog sie das gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) erzielte durchschnittliche Einkommen der Jahre 2001 bis 2005 von rund Fr. 35'820.-- pro Jahr heran, da dem Bericht des B.____ vom 12. November 2012 (vgl. Urk. 7/22/10-12 S. 2) entnommen werden könne, dass die Beschwerden laut Hausarzt deutlich vorhanden seien und er den Beschwerdeführer seit zirka 6 Jahren betreuen würde, womit eine ärztliche Betreuung seit 2006 stattfinde. Bei Berücksichtigung der Nominallohntwicklung würde dies heute (2013) einem Einkommen von zirka Fr. 39'675.-- pro Jahr entsprechen. Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. Dr. rer. pol. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 20. März 2013 (vgl. Urk. 7/31/3-4) bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine adaptierte Tätigkeit seit dem 18. Januar 2012 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Auch der Beschwerdeführer selber habe anlässlich der Abklärung vor Ort angegeben, zurzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage zu sein, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Damit sei die Verwertung einer Restarbeitsfähigkeit und somit das Erzielen eines Erwerbseinkommens nicht möglich. Das Invalideneinkommen betrage somit Fr. 0.--. Dabei resultiere ein Invaliditätsgrad von 100 % (S. 6 Ziff. 3.4, Ziff. 4). 3.8

RAD-Arzt Dr. C.____ führte in seiner Stellungnahme vom 28. September 2013 (Urk. 7/31/5) aus, dass für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine adaptierte Tätigkeit seit dem 18. Januar 2012 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei eine mindestens sechsmonatige psychiatrische Behandlung indiziert. 3.9

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zuspache einer ganzen Rente ab dem 1. Januar 2013 mit Verfügung vom 28. Februar 2014 (Urk. 7/47) damit, dass der Beschwerdeführer seit dem 18. Januar 2012 in seiner bisherigen Tätigkeit als Schneider vollständig arbeitsunfähig sei. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit sei von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit auszugehen (vgl. Verfügungen teil 2, Urk. 7/40 S. 1 unten). 4. 4.1

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 24. Januar 2015 (Urk. 7/59/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - koronare und valvuläre Herzkrankheit - COPD - Depression - Migräne ohne Aura

Dem Beschwerdeführer sei im aktuellen Zustand keine Tätigkeit in der freien Wirtschaft zumutbar. Auch für körperlich leichte Tätigkeiten sei er voll arbeits unfähig (Ziff. 2.1). Die Prognose sei ungünstig (Ziff. 3.3).

4.2

Der Telefonnotiz der Beschwerdegegnerin mit dem Y.____ vom 25. März 2015 (Urk. 7/66) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer dort nicht bekannt ist . 4.3

Die Ärzte der Z.____ erstatteten am 16. September 2015 (Urk. 7/75/2-36) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff. Ziff. 2), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 15 ff. Ziff. 3) sowie auf die internistischen (S. 19 f. Ziff. 4.1), psychiatrischen (S. 23 Ziff. 5.3) und kardiologischen (vgl. Urk. 7/75/37-39 S. 2 Ziff. II) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 28 f. Ziff. 6.1.1): - valvuläre und koronare Herzkrankheit mit Status nach mechanischem Aortenklappenersatz und Aorta ascendens Ersatz am 7. März 2013 - kardiovaskuläres Risikoprofil mit arterieller Hypertonie, Nikotin, Übergewicht - Dyspnoe

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 29 Ziff. 6.1.2): - atypische Präkordialgien - leichte bis mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.0/1) - akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen Zügen (ICD -10 Z73.1)

Die Gutachter legten dar, dass der Beschwerdeführer gelernter Schneider sei und seit 1994 ein eigenes Nähatelier mit Annahmestelle chemische Reinigung betreibe. Seit 2012 sei er zu 100 % krankgeschrieben. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass aus kardiologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe. Aus allgemein-internistischer Sicht würden sich keine Einschränkungen des Leistungsbildes ergeben, welche die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit handicapieren würden. Es bestehe hingegen eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für schwere Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum. Polydisziplinär sei die kardiologische Einschätzung führend, weshalb eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe. Diese Einschätzung gelte seit Juli 2013 (S. 31 f. Ziff. 7.1). Die Tätigkeit als selbständiger Schneider könne als adaptiert angesehen werden. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe somit aufgrund der kardialen Erkrankung seit Juli 2013 eine

50%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei grundsätzlich in der Lage, seinen Beruf als Schneider, den er ohne grosse Hilfe von aussen durchführen könne, zu erledigen (S. 32 Ziff. 7.2).

Es sei dringend indiziert, dass der Beschwerdeführer einer regelrechten psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung zugeführt werde. Er habe postoperativ keine Rehabilitation durchgeführt, was sich im Nachhinein als sehr negativ her ausgestellt habe. Der Beschwerdeführer müsse die Rehabilitation unbedingt noch nachholen, um wieder Zutrauen zu seinem Herzen zu gewinnen. Die kardiovaskuläre Risikokonstellation mit persistierendem Nikotin, Übergewicht und Hypertonie sei zu optimieren. Eine pneumologische Abklärung sei indiziert und ein Sistieren des persistierenden Nikotinabusus notwendig (S. 33 Ziff. 7.3). 4.4

RAD-Arzt Dr. C.____ legte in seiner Stellungnahme vom 14. Oktober 2015 (Urk. 7/81/4-5) dar, dass das Gutachten der Z.____ umfassend und schlüssig sei. Seit der Rentenrevision sei von einem gebesserten Gesundheitszustand auszugehen. Seit Juli 2013 bestehe in der bisherigen als auch in einer angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit zusätzlichem Pausenbedarf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. 4.5

Med. pract. D.____ und Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, F.____, legten in ihrem Schreiben vom 31. März 2016 (Urk. 7/95) dar, dass der Beschwerdeführer dreimal in ihrem Ambulatorium zu Gesprächen erschienen sei. Die übrigen Gespräche hätten im Rahmen von Vorstellungsgesprächen für die Akut tagesklinik beziehungsweise Tagesklinik stattgefunden. Aus psychiatrischer Sicht zeige der Beschwerdeführer ein mittelgradig depressives Zustandsbild mit Niedergedrücktsein, Interessenverlust und Antriebslosigkeit bis hin zu Suizidgedanken und Schlafstörungen. Er sei durch seine schwierige psychosoziale Situation stark belastet und zum Teil überfordert. Die Belastbarkeit und Stresstoleranz seien momentan deutlich reduziert, wodurch aktuell von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. 4.6

Die Ärzte des B.____, Klinik für Pneumologie, berichteten am 1. September 2016 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/88/6-8 = Urk. 7/106/1-3) und legten dar, dass sich keine Hinweise für eine Pneumopathie als Ursache der durch den Beschwerdeführer geschilderten Probleme finden würden. Es bestehe keine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung, allenfalls eine leichtgradige Überblähung ohne klinische Relevanz (S. 3 Mitte). 4.7

Der psychiatrische Gutachter der Z.____, med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/98/1) hin zum Schreiben der Ärzte der F.____ vom 31. März 2016 (vgl. vorstehend E. 4.5) am 12. September 2016 Stellung (Urk. 7/103) und führte diesbezüglich aus, dass er in seinem Teilgutachten unter Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Störung sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen Zügen aufgeführt habe (vgl. Urk. 7/75/2-36 S. 26 Ziff. 5.5.2; vgl. auch vorstehend E. 4.3). Er halte weiterhin an seiner Beurteilung bezüglich Diagnosen und Arbeitsfähigkeit fest. 4.8

Ein Arzt des B.____, Universitäres Herzzentrum, Klinik für Kardiologie, nannte in seinem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 19. Oktober 2016 eingegangenen Bericht (Urk. 7/104/1-5) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine bikuspidale Aortenklappe und eine

koronare 3-Gefässerkrankung (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei aus kardialer Sicht arbeitsfähig, gegebenenfalls liege eine psychiatrische Diagnose vor (Ziff. 1.6). In der bisherigen Tätigkeit als Schneider sei er aus kardialer Sicht nicht eingeschränkt (Ziff. 1.7).

4.9

Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 16. Februar 2017 (Urk. 7/88/1-5 = Urk. 7/110/2-5) aus, dass es trotz psychiatrischer Behandlung in der Muttersprache des Beschwerdeführers und Einsatz von Psychopharmaka zu keiner wesentlichen Linderung der Beschwerden gekommen sei, sodass der Beschwerdeführer weiterhin unter Depressionen mit Pessimismus, Schlafstörungen, Morgentiefen, sozialem Rückzug sowie immer wieder vorkommenden Suizidgedanken leide (Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer werde seit November 2000 medikamentös behandelt, die Psychotherapie finde im B.____ statt, dort sei er mehrmals hospitalisiert gewesen (Ziff. 3.1). Die Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei aus somatischer wie auch aus psychischer beziehungsweise psychiatrischer Sicht massiv eingeschränkt, sodass eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft kaum möglich sei (Ziff. 2.2, vgl. Ziff. 2.1). 4.10

Die Ärzte des B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten am 20. Februar 2017 (Urk. 3/3) über die gleichentags erfolgte Notfallkonsultation und diagnostizierten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 6.2

Der Einkommensvergleich hat bei Selbständigerwerbenden 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen.

Nach der Rechtsprechung kann die Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit als zumutbar erscheinen, wenn davon eine bessere erwerbliche Verwertung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann und der berufliche Wechsel unter Berücksichtigung der gesamten Umstände (Alter, Aktivitätsdauer, Ausbildung, Art der bisherigen Tätigkeit, persönliche Lebensumstände) als zumutbar erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I 116/03 vom 10. November 2003 E. 3.1 und I 145/01 vom 12. September 2001 E. 2b).

E. 6.3

Die Frage der Zumutbarkeit der Betriebsaufgabe kann vorliegend offengelassen werden, da dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als selbständiger Schneider seit Juli 2013 wieder zu 50 % zumutbar ist. Da die bisherige Tätigkeit als selbständiger Schneider

einer angepassten Tätigkeit entspricht, genügt zur Bemessung des Invaliditätsgrades ein Prozentvergleich (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2014 vom 16. Juni 2014 E. 3.4 mit Verweis auf BGE 114 V 310 E. 3a). Dabei resultiert ein Invaliditätsgrad von 50 % (Valideneinkommen:

100, Invalideneinkommen: 50).

E. 6.4

Im Rahmen der Invaliditätsbemessung stellt sich zudem die Frage, ob der 1957 geborene Beschwerdeführer angesichts des schon fortgeschrittenen Alters nach allgemeiner Lebenserfahrung seine (Rest-)Arbeitsfähigkeit als selbständiger Schneider erwerblich verwerten kann.

E. 6.5

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 5.1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (Urteil

des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 107 V 17 E. 2c).

Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweisen).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast gebieten

grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten. Gemäss BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbs tätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 6.6

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen dies bezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (vorstehend E. 6.5). Dies war vorliegend erst mit Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2017 (Urk. 2) der Fall, da im Vorbescheidverfahren noch diverse Arztberichte eingereicht und eingeholt wurden, die von der Beschwerdegegnerin für die Entscheidungsfindung berücksichtigt wurden (vgl. Feststellungsblatt vom 17. März 2017, Urk. 7/111). Der am 1. Januar 1957 geborene Beschwerdeführer war in dem für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung 60 Jahre und 2 Monate alt war, was für sich allein die Verwertbarkeit noch nicht ausschliesst.

Der Beschwerdeführer ist gelernter Schneider und betrieb seit 1994 ein eigenes Nähatelier. Seit 2012 war er zu 100 % krankgeschrieben und seither nicht mehr erwerbstätig (vorstehend E. 4.3). Zum Begutachtungszeitpunkt führte die Ehefrau des Beschwerdeführers das Geschäft weiter, obwohl es infolge seines Gesundheitszustands und den daraus resultierenden unregelmässigen Öffnungszeiten praktisch zum Erliegen kam (vgl. Urk. 7/75/2-36 S. 15 Ziff. 3.1.1). Da dem Beschwerdeführer gestützt auf das Gutachten der Z. ___ die ange stammte Tätigkeit als selbständiger Schneider wieder zu 50 % zumutbar ist (vor stehend E. 5.13), spricht nichts gegen die Wiederaufnahme der selbständigen Tätigkeit im eigenen Betrieb. Dass sich der Beschwerdeführer selber körperlich und psychisch als schwer krank und nicht mehr arbeitsfähig sieht (vgl. vorstehend E. 5.8; Urk. 7/75/2-36 S. 26 Ziff. 5.9; Urk. 7/75/37-39 S. 3 Ziff. VIII), vermag daran nichts zu ändern.

Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der relativ hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen ist festzu halten, dass die verbleibende Aktivitätsdauer im massgebenden Zeitpunkt knapp 5 Jahre bis zum ordentlichen Pensionsalter beträgt und die gesundheitliche Beeinträchtigung nicht derart einschränkend ist, dass sich der Schluss rechtfertigt, eine Wiederaufnahme der selbständigen Tätigkeit als Schneider im eigenen Betrieb sei nicht mehr realistisch.

E. 6.7

Es kann festgehalten werden, dass neu ein Invaliditätsgrad von 50 % vorliegt (vorstehend E. 6.3), weshalb der Beschwerdeführer nur noch Anspruch auf eine halbe Rente hat (vgl. vorstehend E. 1.2). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die bisher ausgerichtete ganze Rente – unter Berücksichtigung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) – auf eine halbe Rente herabgesetzt hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Abdullah Karakök - 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, zuzu stellen.

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

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. 10

F43.2) sowie Kontakttänze mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59; S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer leide unter zahlreichen Belastungsfaktoren, die er nicht alleine bewältigen könne, wie insbesondere die belastende finanzielle Situation. Zusätzlich werde die Situation durch starke kardiale und respiratorische Beschwerden verstärkt (S. 2 Mitte). 4.11

Die Ärzte des B.____, Universitäres Herzzentrum, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 27. Februar 2017 (Urk. 3/7/1-3) folgende Diagnosen (S. 1): - bikuspidale Aortenklappe bei schwerer Aorteninsuffizienz mit Anulusdilatation - Aneurysma Aorta ascendens, dilatierte Sinusportion - koronare 3-Gefässerkrankung - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ 2 ohne medikamentöse Therapie - Verdacht auf COPD - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion - Migräne mit Aura

Der Beschwerdeführer habe über die Zeitdauer von drei Monaten regelmässig am Rehabilitationstraining teilgenommen. Er habe das Programm mit einigem Effort absolvieren können, es habe jedoch vor allem auch die psychisch schwierige Situation immer wieder im Vordergrund gestanden. Die weitere Betreuung des Beschwerdeführers

erfolge hausärztlicherseits durch Dr. A.____ sowie psychiatrisch durch Dr. med. H.____ (S. 2). 4.12

RAD-Arzt Dr. C.____ verwies in seiner Stellungnahme vom 2. März 2017 (Urk. 7/111/4-5) auf seine frühere Einschätzung (vgl. vorstehend E. 4.4). 4.13

Die Ärzte des B.____, Universitäres Herzzentrum, führten in ihrem – nach Verfügungserlass erstellten – Bericht vom 21. März 2017 (Urk. 3/8/1-3) aus, dass die geplante Stressechokardiographie nicht durchgeführt worden sei, da sich der Beschwerdeführer dazu nicht in der Lage gefühlt habe (S. 2 unten f.). 4.14

Dr. H.____ führte in seinem – nach Verfügungserlass erstellten – Bericht vom 18. Juli 2017 (Urk. 11) aus, dass er den Beschwerdeführer seit Oktober 2016 psychiatrisch beziehungsweise psychotherapeutisch behandle. Er nannte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) als Diagnosen (S. 1 Mitte).

Die ambulante Behandlung beinhalte eine medikamentöse Therapie und psychotherapeutische Gespräche. Die Therapiegespräche fänden zirka jede zweite bis dritte Woche statt (S. 2 Mitte). 5. 5.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache mit Verfügung vom 28. Februar 2014 (Urk. 7/47) basierte auf einer diagnostizierten koronaren 3-Gefässerkrankung, einer aneurysmatischen Aorta ascendens sowie einer mittelschweren Aorteninsuffizienz, mithin einem somatischen Leiden und der diesbezüglichen – haupt sächlich durch den Hausarzt Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.4) – attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 18. Januar 2012 (vorstehend E. 3.8-3.9; vgl. Urk. 7/31/5). Das Beschwerdebild wurde ausserdem von einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode mitbestimmt (vorstehend E. 3.6). Mit Schreiben vom 4. Oktober 2013 (Urk. 7/32 = Urk. 7/37/1-2) wurde dem Beschwerdeführer eine Schadenminderungspflicht auferlegt, indem er angehalten wurde, sich einer psychiatrischen Behandlung von mindestens 6 Monaten zu unterziehen.

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2017 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom September 2015 (vorstehend E. 4.3), in welchem die Gutachter eine valvuläre und koronare Herzkrankheit, ein kardiovaskuläres Risikoprofil und eine Dyspnoe mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie atypische Präkordialgien, eine leichte bis mittelgradige depressive Störung und eine akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen Zügen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten. Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer eine seit Juli 2013 bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit aufgrund seiner kardiologischen Einschränkungen.

5.2

Das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom September 2015 (vorstehend E. 4.3) umfasst die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Kardiologie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel und waren somit in ihren Fachgebieten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt (vgl. Urk. 7/75/2-36 S. 1). Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers und erstellten ihren jeweiligen Teil des Gutachtens in Kenntnis der Vorakten. Sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit werden im Gutachten

ausführlich begründet und sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 5.3

Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass der Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit zu 50 % eingeschränkt ist (vorstehend E. 4.3). So hätten die kardiologischen Untersuchungen postoperativ vorwiegend einen stabilen guten kardialen Befund, jedoch einen auffallend depressiven Zustand gezeigt. Der Beschwerdeführer sei sehr gut operiert worden. Leider seien die kardiovaskulären Risikofaktoren noch vorhanden und es sei ein grosser Fehler, dass der Beschwerdeführer nach der Operation keine Rehabilitation durchgeführt habe. Es zeige sich, dass der Beschwerdeführer kein Zutrauen zu seinem Herzen habe (Urk. 7/75/2-36 S. 32 Ziff. 7.1.1; vgl. Urk. 7/75/37-39 S. 2 Ziff. III, S. 3 Ziff. V).

Zudem legten die Gutachter in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass aus allgemein-internistischer Sicht eine Fortsetzung der kardialen Risikofaktoren bestehe, die optimiert werden sollten. Der bestehende Nikotinabusus mit Dyspnoe sollte fachärztlich beurteilt und eine Abstinenz dringend angestrebt werden. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei für leichte und mittelschwere Arbeiten gegeben (Urk. 7/75/2-36 S. 31 Ziff. 6.2.3, vgl. S. 19 f. Ziff. 4.1; vgl. vorstehend E. 4.3).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die kardiologischen Einschätzungen ein gutes kardiales Resultat zeigen würden. Die Einschätzung des Hausarztes Dr. A.____ vom 24. Januar 2015 (vgl. vorstehend E. 4.1), wonach die Prognose ungünstig und der Beschwerdeführer arbeitsunfähig sei, könne aus kardiologischer Sicht nicht geteilt werden (Urk. 7/75/2-36 S. 33 Ziff. 8.1; vgl. Urk. 7/75/37-39 S. 3 Ziff. IX). 5.4

In Bezug auf die Berichte der Hausarztes Dr. A.____ vom 24. Januar 2015 (vorstehend E. 4.1) und vom 16. Februar 2017 (vorstehend E. 4.9) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125

V

351 E. 3b/cc). Ausserdem legte Dr. A.____ in seinen Berichten nicht näher dar, weshalb der Beschwerdeführer aus somatischer Hinsicht in seiner Arbeitsfähigkeit mehr als 50 % eingeschränkt sein soll (vgl. auch vorstehend E. 5.3). Die beiden Berichte von Dr. A.____ vermögen daher nichts am Beweiswert des Gutachtens der Z.____ zu ändern.

Ein Arzt der Klinik für Kardiologie des B.____ kam am 19. Oktober 2016 (vorstehend E. 4.8) zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Schneider aus kardialer Sicht nicht eingeschränkt. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgte jedoch sehr rudimentär und ohne nähere Ausführungen, weshalb dieser Bericht nicht geeignet ist, die Einschätzung der Z.____ Gutachter umzustossen.

Dem Bericht der Ärzte der Klinik für Pneumologie des B.____ vom 1. September 2016 (vorstehend E. 4.6) ist schliesslich zu entnehmen, dass keine Hinweise für eine Pneumopathie vorlägen. Die Ärzte machten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weshalb dieser Bericht ebenfalls nicht geeignet ist, am Beweiswert des Gutachtens der Z.____ etwas zu ändern. 5.5

Es kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht seit Juli 2013 in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Schneider als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % eingeschränkt ist. In somatischer Hinsicht liegt somit – gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. C. ___ (vgl. vorstehend E. 4.4, E. 4.1 2) – seit der ursprünglichen Rentenzusprache eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vor.

Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach nicht davon ausgegangen werden könne, dass er aus kardialer Sicht vollständig arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 11 Rz 52), erweist sich somit als unbegründet. 5.6

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierten die Gutachter eine leichte bis mittel gradige depressive Störung (ICD-10 F32.0/1) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen Zügen (ICD-10 Z73.1). Sie erachteten diese Diagnosen jedoch nicht als auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend (vorstehend E. 4.3; vgl.

Urk. 7/75/2-36 S. 26 f. Ziff. 5.5).

In Bezug auf die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit histrionischen Zügen ist festzuhalten, dass akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermögen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen) .

In Bezug auf die diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Störung ist nachfolgend, obwohl die Gutachter diese als nicht auf die Arbeitsfähigkeit einschränkend beurteilten, aus rechtlicher Sicht zu prüfen, ob diesbezüglich eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist (vgl. nachstehend E. 5.7). 5.7

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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). 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 unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist,

eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext 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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisschwerlastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 5.8

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nebst den somatischen Einschränkungen an einer leichten bis depressiven Symptomatik mit herabgesetzter Grundstimmung und verminderter Lebenslust, Ängsten, Schlafstörungen und berichteter Abnahme der Vitalität leidet (Urk. 7/75/2-36 S. 25 Ziff. 5.4.3). Es zeigt sich zwar, dass der Beschwerdeführer mit verschiedenen psychosozialen Aspekten wie der Wohnungssuche und der Krankenkasse überfordert ist, jedoch kommen diese psychosozialen Faktoren nicht als alleinige Ursache der depressiven Störung in Betracht (vgl. Urk. 7/75/2-36 S. 25 Ziff. 5.4.3).

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bisher, mithin zum Begutachtungszeitpunkt, nie in einer adäquaten, längerfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung war und auch keine antidepressiven Medikamente einnimmt (Urk. 7/75/2-36 S. 24 Ziff. 5.4.1,

S. 30 Ziff. 6.2.2, S. 32 Ziff. 7.1.1). Der psychiatrische Gutachter, med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, war sodann der Ansicht, dass eine psychiatrisch-psycho the rapeutische Behandlung dringend indiziert sei und innerhalb von 6 bis 12

Mona ten eine deutliche Besserung bringen würde (S. 25 Ziff. 5.4.3, vgl. S. 31 Ziff. 6.2.3; vgl. auch vorstehend E. 4.3). Dies deutet auf eine positive Prognose hin.

In Bezug auf die Komorbidität ist festzuhalten, dass zwar eine akzentuierte Per sönlichkeit mit his trionischen Zügen, mithin eine Z-Diagnose vorliegt, diese kann jedoch von vornherein keine Komorbidität darstellen kann (vgl. Urteil des Bun desgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1). Das fehlende Vertrauen in die Herzfunktion ist therapeutisch sodann gut behandelbar.

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass zwar eine akzentuierte Per sönlichkeit mit his trionischen Zügen vorliegt. Es ist gestützt auf das Gutachten der Z.____ jedoch nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer wesentlich in Anpassung an Regeln und Routinen, in Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie Anwendung fachlicher Kompetenz eingeschränkt ist. Auch in der Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Gruppenfähigkeit, intimen Beziehun gen, in der Spontanaktivität und in der Selbstpflege ist er nicht eingeschränkt. Er ist hingegen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie in der Ent schei dungs- und Urteilsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit leicht eingeschränkt (Urk. 7/75/2-36 S. 25 Ziff. 5.4.4). Somit verfügt der Beschwerdeführer durchaus über persönliche Ressourcen.

Zum Komplex sozialer Ko ntext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau und den beiden gemeinsamen Kindern zusammenlebt und zumin dest einige Aktivitäten im Tagesablauf zeigt. Am Morgen erwacht er zwischen 4.00 Uhr und 5.00 Uhr, trinkt danach Tee oder Kaffee, raucht und schaut fern. Später weckt er die Kinder, bereitet diese für die Schule vor, bringt sie zur Schule und nimmt Termine mit den Kindern wahr. Später bereitet er das Frühstück zu, geht etwas Spazieren oder trifft sich mit Kollegen auf einen Kaffee. Das Mittag essen wird von seiner Ehefrau zubereitet. Den Nachmittag verbringt er erneut mit Spazieren, Kollegen treffen oder Terminen einhalten. Seine Ehefrau verrichtet den Haushalt und führt das Geschäft. Das Nachtessen wird um 18.30 Uhr einge nommen. Den Abend verbringt der Beschwerdeführer mit TV schauen und den Kindern bei den Hausaufgaben behilflich sein. Er schläft jeweils im Wohn zimmer vor dem Fernseher ein (Urk. 7/75/2-36 S. 15 Ziff. 3.1.1, S. 16 Ziff. 3.1.3, vgl. S. 21 Ziff. 5.2.1, S. 24 Ziff. 5.4.1). Obwohl der Beschwerde führer über wenige soziale Kontakte verfügt und keine Hobbys mehr hat (Urk. 7/75/2-36 S. 21 Ziff. 5.2.1), verfügt er durch aus über gewisse Ressourcen.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleich mässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebens bereichen ist festzuhalten, dass diesbezüglich keine gleichmässigen Ein schränkungen bestehen. Der Beschwerdeführer geht seit 2012 keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühlt sich körperlich und psychisch sehr krank und nicht mehr in der Lage zu arbeiten (vorstehend E. 4.3; Urk. 7/75/2-36 S. 23 Ziff. 5.4.1, S. 26 Ziff. 5.9). Daneben zeigt der Beschwerdeführer einige Aktivitäten im Tagesablauf und es lassen sich regelmässige Kontakte mit Kollegen erheben. Zudem hilft der Beschwerdeführer im Haushalt mit, indem er den Boden aufnimmt, Kleinigkeiten kocht, die Küche aufräumt oder kleinere Sachen einkauft

(Urk. 7/75/2-36 S. 16 Ziff. 3.1.4). Ferner fährt er kurze Strecken mit dem Auto, wenn er sich gut fühlt (Urk. 7/75/2-36 S. 21 Ziff. 5.2.1).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bisher nie in einer adäquaten, längerfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung war und auch keine antidepressiven Medikamente einnimmt (Urk. 7/75/2-36 S. 24 Ziff. 5.4.1, S. 30 Ziff. 6.2.2, S. 32 Ziff. 7.1.1). Dies spricht gegen einen erheblichen Leidensdruck. 5.9

Zusammengefasst führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass dem Gutachten der Z.____, wonach der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig ist (vgl. vorstehend E. 4.3, E. 5.6), schlüssig und widerspruchsfrei gefolgt werden kann und somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass aus psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als selbständiger Schneider als auch in einer angepassten Tätigkeit seit Juli 2013 eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. 5.10

In Bezug auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ vom 31. März 2016 (vorstehend E. 4.5) sowie des Hausarztes Dr. A.____ vom 24. Januar 2015 (vorstehend E. 4.1) und 16. Februar 2017 (vorstehend E. 4.9) ist erneut auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die diagnostische Einschätzung von Dr. E.____ (vorstehend E. 4.5), wonach ein mittelgradiges depressives Zustandsbild vorliege, stimmt zwar mit der Beurteilung der Z.____ Gutachter überein, nicht jedoch die diesbezüglichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. E.____ begründete die volle Arbeitsunfähigkeit insbesondere mit der schwierigen psychosozialen Situation des Beschwerdeführers, was nicht genügt. Ferner ist dem Bericht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer erst dreimal durch die Psychiaterin behandelt wurde. Der Bericht von Dr. E.____ vermag deshalb an der Beurteilung der Z.____ Gutachter nichts zu ändern.

In Bezug auf die Berichte des Hausarztes Dr. A.____ (vorstehend E. 4.1, E. 4.9) ist festzuhalten, dass er nicht über den entsprechenden Facharztstitel verfügt, um den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fachärztlich zu beurteilen.

Dem Bericht der Ärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des B.____ vom 20. Februar 2017 (vorstehend E. 4.10), wonach eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage vorliege, sind sodann keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu entnehmen, weshalb auch dieser Bericht nichts am Beweiswert des Gutachtens der Z.____ zu ändern vermag.

Bezüglich des nach Verfügungserlass erstellten Berichtes von Dr. H.____ vom 18. Juli 2017 (vorstehend E. 4.14) gilt, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheides in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfugung sein (BGE

131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) verändert hat, ist dem Bericht von Dr. H.____ nicht zu entnehmen. Ausserdem machte er keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 5.11

Die Z.____ Gutachter kamen in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, erachteten jedoch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als dringend indiziert (vgl. vorstehend E. 5.8 5.9). Dies ist nicht widersprüchlich, anerkannten doch die Gutachter, dass der Beschwerdeführer psychisch eingeschränkt ist, jedoch nicht in einer Schwere, welche eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8 Rz 37) erweist sich somit als unbegründet.

Der Beschwerdeführer machte ferner geltend, die Feststellungen des psychiatrischen Gutachters stünden im Widerspruch zu den Feststellungen im kardiologischen Gutachten, wonach der Beschwerdeführer sehr depressiv wirke und sich in einem auffallend depressiven Zustand befände (Urk. 1 S. 9 Rz 38; vgl.

Urk. 7/75/37-39 S. 38 Ziff. III). Dabei verkennt der Beschwerdeführer, dass der kardiologische Gutachter den kardiologischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beurteilte und die Gutachter gemeinsam zum Schluss kamen, es liege aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (vorstehend E. 3.4). Der diesbezügliche Einwand erweist sich somit ebenfalls als unbegründet. 5.12

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist.

Sollte sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) wesentlich verschlechtert haben, so ist es ihm unbenommen, dies durch aktuelle Berichte zu belegen, die im Rahmen eines neuen Verfahrens geprüft werden müssten. 5.13

Zusammenfassend ist somit der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Rentenzusprache im Februar 2014 wesentlich verbessert hat. Gestützt auf das Z.____ Gutachten vom September 2015 ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ab Juli 2013 auszugehen. Ab diesem Zeitpunkt war dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als selbständiger Schneider als auch eine angepasste Tätigkeit wieder zu 50 % zumutbar. 6.

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