

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00547 vom 28. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00547](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00547)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00547 du 28 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00547 del 28 settembre 2018

## Erwägungen

### E. 28

Abs. 2 IVG). 1. 4 1.4 .1

Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers oder einer Rentenbezügerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen). 1. 4 .2

Zweifellose Unrichtigkeit im wiedererwägungsrechtlichen Sinn liegt etwa vor, wenn die Verfügung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet wurden. Weiter kann eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung auch bei unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts gegeben sein. Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ( Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit . c ATSG). Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient somit der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts. 1.4 .3

Das Bundesgericht hielt fest, dass das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit die Wiedererwägung nicht zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung von Dauerleistungen werden lassen dürfe. Es entspricht nicht dem Sinn der Wiedererwägung, laufende Ansprüche zufolge nachträglich gewonnener besserer Einsicht der Durchführungsorgane jederzeit einer Neubeurteilung zuführen zu können ( Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 248/06 vom 25. August 2006, E. 3.2 ). Einer einmal in Rechtskraft erwachsenen Leistungssprache muss schon im Hinblick auf die Rechtssicherheit eine gewisse Beständigkeit zuerkannt werden, weshalb ein späteres

Zurückkommen auf früher gefällte Entscheide von vornherein nur bei Vorliegen triftiger Gründe in Betracht fallen darf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1012/2008 vom 17. August 2009, E. 4.1). Erscheinen die Beurteilung der materiellen Anspruchsvoraussetzungen, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente Ermessenszüge aufweist und regelmässig komplex ist - was für die Invaliditätsbemessung mit Einschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsunfähigkeit, Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen usw. optima forma zutrifft - und insbesondere die einzelnen Schritte bei der Feststellung der Voraussetzungen vor dem Hintergrund der massgeblichen Sach- und Rechtslage zur Zeit der Leistungszusprechung als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_760/2010 vom 17. November 2011, E. 2 mit Hinweisen).

Um wiedererwägungsweise auf eine verfügte Leistung zurückkommen zu können, genügt es nicht, wenn ein einzelnes Anspruchselement rechtswidrig festgelegt wurde. Vielmehr hat sich die Leistungszusprache auch im Ergebnis als zweifellos unrichtig zu erweisen. So muss etwa, damit eine zugesprochene Rente wegen einer unkorrekten Invaliditätsbemessung wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann, - nach damaliger Sach- und Rechtslage - erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (BGE 140 V 79 f. E. 3.1). 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1.6

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

In der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2017 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die mit Verfügung vom 1. Februar 2013 zugesprochene ganze Rente mit Wirkung ab Mai 2011 sowie Dreiviertelrente ab Juni 2012 habe sich auf die psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, (ICD-10: F33.1) sowie einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit vor allem emotional instabilen und histrischen Anteilen (ICD-10: F61.0) gestützt. Dem Gutachten seien jedoch kaum Befunde zu entnehmen, weshalb die Diagnose nicht nachvollziehbar sei. Gestützt auf das Gutachten hätte damals nicht von einem invalidenrelevanten psychiatrischen Leiden ausgegangen werden dürfen. Die Rentenzusprache sei als zweifellos unrichtig zu betrachten. Die entsprechende Verfügung

sei daher aufzuheben. Da aktuell ebenfalls davon auszugehen sei, dass kein invalidenrelevanter Gesundheitsschaden vorliege, erübrige sich ein Einkommensvergleich und die Invalidenrente sei für die Zukunft einzustellen. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 16. Mai 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf das Gutachten der C.\_\_\_\_ AG könne abgestellt werden, würden die psychischen Befunde im Teilgutachten doch ausführlich dargestellt werden. Es sei dem Urteil des Gutachters überlassen, die Befunde aufgrund seiner Erfahrung und Kenntnisse zu werten und eine entsprechende Diagnose zu stellen. Die Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung sei absolut nachvollziehbar und begründet. Weiter sei es keineswegs ein Widerspruch, dass sich die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung in Verbindung mit einer depressiven Störung im Rahmen der Arbeitsfähigkeit einschränkend auswirke, sei sie doch in der Prüfung nach den Foerster Kriterien unter dem Titel Komorbiditäten beachtet worden. Entsprechend sei die vom Gutachter festgestellte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit begründet. Ausserdem würden die Behauptungen des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin selbst den Ausführungen des RAD-Arztes widersprechen - sowohl das erste als auch das zweite Gutachten der C.\_\_\_\_ AG betreffend. Die Voraussetzung einer Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG, namentlich die zweifellose Unrichtigkeit, sei nicht gegeben. Im Übrigen sei die Beschwerdegegnerin in keiner Weise auf die im Einwand des Beschwerdeführers gemachten Ausführungen eingegangen. Damit verletze sie das rechtliche Gehör. Es sei dem zweiten Gutachten der C.\_\_\_\_ AG zu folgen, welches keine Veränderung des Gesundheitszustandes erkenne, und dem Beschwerdeführer sei die Dreiviertelsrente weiterhin auszurichten. 3.

Zur medizinischen Vorgeschichte – vor der erstmaligen Begutachtung durch die C.\_\_\_\_ AG – ist Folgendes festzuhalten: 3.1

Während der Arbeit brach der Beschwerdeführer am 11. Mai 2010 mit einem Kernbohrgerät im Arm auf einem Gerüst durch eine Schalungsplatte durch und blieb mit dem Becken/Gesässbereich hängen. Dabei zog er sich Prellungen am Gesäss zu (Urk. 6/11/36). Am 12. Mai 2010 folgte auf Veranlassung der behandelnden Rheumatologin und Hausärztin eine Magnetresonanztomographie (MRI) der Lendenwirbelsäule (LWS), wobei eine dorsalbetonte Osteochondrose auf Höhe L5/S1 sowie eine Retrolisthesis von L5 gegenüber S1 (4 - 5 mm) bei geringgradiger bilateraler Protrusion der knöchernen überbrückten Bandscheibe mit dadurch entstehender gering kombinierter ossärer/ discaler Neuroforamenstenose auf Höhe L5/S1 objektiviert wurde (Urk. 6/11/34f.). Im Zuge einer von Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, durchgeführten Untersuchung wurde ein posttraumatisches, lumboradikuläres Schmerzsyndrom links, mit sensiblen Ausfällen L5/S1 links, hinweisend auf eine leichte Schädigung sensibler Anteile der Wurzeln L5 und S1 diagnostiziert. Eine relevante Wurzelläsion würde jedoch nicht vorliegen. Sowohl die Motorik der Beine sei seitengleich intakt als auch die Leitmuskeln der Segmente L5 und S1 links seien in der Elektromyographie (EMG) unauffällig und ohne Hinweise für eine akute Schädigung dieser Wurzeln gewesen (vgl. Bericht vom 31. Mai 2010; Urk. 6/11/31-33). Die behandelnde Rheumatologin Dr. F.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin, bestätigte die gestellten Diagnosen und führte aus, es würden nach wie vor Lumbalgien mit Ausstrahlungen ins linke Bein bestehen, verbunden mit Dysästhesien sowie auch Hyposensibilität über Dermatome L5 und S1 links. Die Beweglichkeit habe sich seit dem Unfall hingegen wesentlich gebessert (vgl. Bericht vom 27. Juli 2010; Urk. 6/11/28). Sie

attestiert dem Beschwerdeführer seit dem Unfall eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Arztbericht vom 7. September 2010; Urk. 6/4). 3.2

Aufgrund persistierender Beschwerden wurde der Beschwerdeführer in der Klinik G.\_\_\_\_ vorgestellt, wo eine Wirbelsäulenfehlhaltung in Form einer leicht linkskonvexen skoliotischen Fehllhaltung sowie einer leichten lumbalen Hyperlordose festgestellt wurde. Körperliche Einschränkungen seien allenfalls durch die intermittierenden Beschwerdeexazerbationen im Zusammenhang mit dem lumboradikulären Syndrom L5 und S1 links sowie dem sensorischen Ausfallsyndrom L5 und S1 links möglich. Ausserdem hätten sich Hinweise auf eine psychosoziale Belastungssituation bei depressiver Symptomatik und Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung ergeben. Hinsichtlich der Auswirkung auf die Arbeit äusseren die Ärzte, von einer längerfristigen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht auszugehen. Bei genannter depressiver Symptomatik bei psychosozialer Belastungssituation sowie Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung sei jedoch die Beurteilung durch den behandelnden Psychiater einzuholen. Ab dem 1. November 2010 sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (vgl. Bericht vom 25. Oktober 2010; Urk. 6/12). Am 11. November 2010 fand eine konsiliarische Untersuchung bei Dr.

H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, statt, über welche er am 20. November 2010 berichtete (Urk. 6/64). Dr. H.\_\_\_\_ konstatierte, die geklagten Beschwerden seien mit den nachweisbaren körperlichen Befunden und den Ergebnissen der bildgebenden Abklärungen nicht hinreichend zu erklären. Selbst wenn man die Angaben über die früher stattgefundenen Traumatisierungen der LWS (28. Oktober 2001 [Urk. 6/11/47], 14. November 2005 [Urk. 6/11/44], 8. Oktober 2007 [Urk. 6/11/40]) mitberücksichtige. Die anhaltende vertebrogene Symptomatik (> 24 h) mit zunehmendem Verlauf seit sieben Monaten, die permanente mittlere Schmerzintensität trotz Einnahme potenter Analgetika, trotz kontinuierlicher physiotherapeutischer Behandlung und trotz vollständiger Arbeitsdispensierung, die stark positiven Waddellzeichen im Stehen, die generalisierten Druck- und Klopfdolenzen im unteren Wirbelsäulenbereich, die Provokation von Lumbalgien bei Rotation im Thorakalabschnitt, die strumpfförmig herabgesetzte Oberflächensensibilität am linken Bein, die Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und den klinisch fassbaren Befunden sowie den bildgebenden Abklärungen würden für ein abnormes Schmerzgebaren und für eine Symptomausweitung sprechen. Aus rheumatologischer Sicht sei eine weitere Arbeitsdispensierung nicht gerechtfertigt. 3.3

Im Januar 2011 begab sich der Beschwerdeführer zu

Dr. I.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (zwei Mal pro Woche). Diese hielt in ihrem Bericht vom 7. Juli 2011 (Urk. 6/30) zu Händen der Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer sei kooperativ, wach und zu allen Modalitäten vollkommen orientiert. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und die Merkfähigkeit seien schwankend und teilweise bis zur kognitiven Blockade

herabgesetzt. Das formale Denken sei umständlich, weitschweifig und eingengt auf die nach dem Unfall entwickelte Störung. Inhaltlich sei er auf die traumatisierende Vergangenheit sowie die sinnlose Zukunftslosigkeit eingengt. Der affektive Rapport sei herstellbar. Der Beschwerdeführer wirke rat- und hoffnungslos, niedergeschlagen, gefühlsvorarm, innerlich unruhig und habe Schuld- und Insuffizienzgefühle. Es sei ausser

dem eine Impulskontrollverminderung auszumachen. Der Beschwerdeführer reagiere unangemessen heftig mit Ärger und Aggression. Ferner leide er an Ein- und Durchschlafstörungen. Er habe von suizidalen Gedanken und sozialem Rückzug berichtet. Dr. I. \_\_\_ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), eine Panikstörung (ICD-10: F41.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Sie bescheinigte dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, betonte aber, dass unter konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung eine Besserung des gesundheitlichen Zustands des Beschwerdeführers zu erwarten sei. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit konnte Dr. I. \_\_\_ in ihrem Verlaufsbericht vom 18. November 2011 (Urk. 6/43) trotz kleiner therapeutischer Fortschritte jedoch noch nicht attestieren. Vom 21. Dezember 2011 bis 17. Februar 2012 begab sich der Beschwerdeführer in stationäre Behandlung in die Privatklinik J. \_\_\_, wo er eine multimodale Behandlung bestehend aus Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Bewegungs- und Ergotherapie erhalten habe. Interaktionell seien Schwierigkeiten aufgetreten, so könne der Beschwerdeführer unter anderem nur schlecht mit Frustrationen und Zurückweisungen umgehen und würde in starke Anspannungszustände geraten, die beim Umfeld grosse Sorge von Impulsdurchbrüchen auslösen würden. Die situativ getriggerten Impulskontrollverluste mit erhöhtem Aggressionspotenzial (selbst- und fremdgerichtet) habe man im stationären Rahmen verhaltenstherapeutisch sowie medikamentös kontrollieren können. Der therapeutische Fokus solle auch weiterhin darauf gerichtet werden (vgl. Bericht vom 19. März 2012; Urk. 6/66). 3.4

Nach einem Treppensturz Anfang 2011 habe der Beschwerdeführer auf beiden Seiten Knieschmerzen verspürt. In der Folge wurde

das Kniegelenk arthroskopiert sowie eine beidseitige Teilmenishektomie vorgenommen (vgl. Operationsbericht vom 28. Februar 2011 [Urk. 6/34/5-6]), wobei die Schmerzen nach der Operation deutlich schlimmer gewesen seien als noch vor der Operation. Daraufhin sei auf der rechten Seite erneut eine Arthroskopie und Teilmenishektomie durchgeführt worden (vgl. Operationsbericht vom 6. Juni 2011 [Urk. 6/34/3-4]). Die Ärzte der Universitätsklinik Balgrist berichteten, bei völlig unkoordiniertem Gangbild zeige sich ein massiv schmerzüberlagertes Kniegelenk mit diffusem Schmerzcharakter auf beiden Seiten ohne intraartikulären Erguss. Auch bildgebende Befunde würden kein morphologisches Korrelat für die Beschwerden zeigen (vgl. Bericht vom 6. Januar 2012; Urk. 6/52). 3.5

Im Rahmen der Zusprache der Invalidenrente vom 1. Februar 2013 (Urk. 6/92 und Urk. 6/93) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_ AG vom 18. Juni 2012 (Urk. 6/69). Die Untersuchungen fanden am 21. und 25. Mai sowie am 1. Juni 2012 statt.

Die C. \_\_\_ -Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 6/69 S. 21): - Panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Gering eingeschränkter LWS-Beweglichkeit, deutlichere Minderung der LWS- Belastbarkeit - Röntgenologisch diskrete basale Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 und im MRI 2010 dokumentierte geringe bilaterale Neuroforamenstenosen L5/S1 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - Gemischte Persönlichkeitsstörung mit vor allem emotional instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10: F61.0)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Gonalgie beidseits mit/bei Status nach ASK beider Kniegelenke 02/2011 bei vorbestehenden Meniscopathien und nach Re-Arthroskopie rechtes Kniegelenk 06.06.2011 mit Entfernung eines Resthinterhorns des medialen Meniskus rechts - Status nach Treppensturz und Rippenprellung 28.10.2001, keine Langzeit-Folgen - Status nach Leiterabsturz und Rückenprellung 14.11.2005 und 08.10.2007, keine Langzeit-Folgen - Status nach Sturzverletzung und erneuter Rückenprellung 11.05.2010, keine Langzeit-Folgen - Somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Ursachen (ICD-10: F45.41) - Migräne mit und ohne Aura 3. 5. 1

Der begutachtende Facharzt für Orthopädie und Traumatologie hielt fest, die Wirbelsäule erscheine insgesamt als funktionell weitgehend unauffällig. Eine cervicale Pathologie - korrelierend mit den mitgeteilten Halbseiten- und Hinterkopfschmerzen - sei weder klinisch noch im Röntgen feststellbar gewesen. Die Rumpfbeweglichkeit sei bei der Rechts-Linksrotation endphasig als schmerzhaft empfunden worden. Die bildgebenden Befunde vom 21. Mai 2012 würden eine diskrete basale Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 zeigen, diejenigen vom 12. Mai 2010 geringe bilaterale Neuroforamenstenose.

Bezugnehmend auf die Anamnese und die lumbale und lumbosacrale Symptomenmanifestation seien künftig schwere und den Rücken belastende Tätigkeiten, wie dies unter anderem als Betonbohrer gebräuchlich sei, nicht mehr zumutbar. Im Jahr 2011 habe eine zweimalige arthroskopische Revision des rechten Kniegelenkes und eine einmalige arthroskopische Revision des linken Kniegelenkes stattgefunden (vgl. E. 3. 4 vorstehend). Folgen einer hypothetisch vorliegenden Kniegelenkbinnenschädigung seien nicht mehr auszumachen. Beide Kniegelenke seien frei beweglich und die Muskulatur beider Beine gelte als suffizient. Sowohl das Gangbild als auch die differenzierten Stand- und Gangarten seien als vollständig uneingeschränkt festgestellt worden. Es wurde folgendes orthopädisch somatisches Belastungsprofil zusammengefasst: Geeignet seien rückenadaptierte leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Zu meiden seien Arbeiten in längerfristigen, den Rücken belastenden Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend und einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten solle mit 15 Kilogramm limitiert bleiben. In derart angepassten Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit seit Oktober 2010 (Urk. 6/69 S. 18f.). 3. 5. 2

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde festgehalten, nach dem letzten Arbeitsunfall (im Mai 2010) habe sich eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Schmerzstörung mit Ausweitung und Vermeidungsverhalten manifestiert, die eine Reintegration in den Arbeitsprozess bisher verunmöglicht habe. Zusätzlich werde eine Entwicklung einer depressiven Stimmungslage wechselnder Ausprägung beschrieben, die mit einer verminderten Frustrationstoleranz, Impulskontrollstörungen und der Entwicklung aggressiver Interaktionsmuster einhergehe.

Bei der Untersuchung habe der Beschwerdeführer zunächst seine Schmerzproblematik ins Zentrum gestellt, vor allem den Rücken und den Kopf betreffend. Die Stimmung werde mit Freud- und Perspektivverlust sowie ausgeprägtem sozialem Rückzug als deutlich beeinträchtigt beschrieben. Beständige passive Todeswünsche würden formuliert werden. Gleichzeitig bestehe eine deutliche Verbitterung mit Ärger über die fehlende Unterstützung seitens Behandler. Während der Exploration hätten sich Symptome einer Kontaktstörung mit inadäquat-aggressivem, bedrohlichem Verhalten, welches die Position des

Beschwerdeführers unterstreichen soll t e, aber ohne Bedenken der Folgen stattfindende, gezeigt. Panikattacken würden nicht beschrieben werden, jedoch eine ausgeprägte Licht- und vor allem Lärmempfindlichkeit, welche schmerzassoziiert auftritt und zu Rückzug führe. Zusammenfassend zeige sich während der Exploration das Bild einer somatoformen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Ursachen, die bereits einen mehrjährigen Verlauf aufweise. Zudem könne eine Persönlichkeitsstörung mit vor allem histrionischen und emotional instabilen Anteilen diagnostiziert werden, die spätestens mit dem letzten Arbeitsunfall vom Mai 2010 exazerbiert sei und mittlerweile eine pathologische Ausprägung bei der Beziehungsgestaltung des Beschwerdeführers angenommen habe. Zusätzlich bestehe eine leicht bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Diese sei für die willentliche Überwindung der Schmerzproblematik sowie die Arbeitsfähigkeit an sich beeinträchtigend.

Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung werde in allen bisherigen psychiatrischen Berichten unterstrichen. Bezüglich der depressiven Begleiterkrankung seien unterschiedliche Angaben aus den Akten zu entnehmen. So würden eine starke depressive Symptomatik (vgl. Urk. 6/11/8-12), eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (vgl. Urk. 6/23 S. 16) oder eine mittelgradige depressive Episode (Urk. 6/30, Urk. 6/42, Urk. 6/43 und Urk.

6/54) erwähnt werden, wobei alle diese verschiedenen Schweregrade der depressiven Störung unter der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung subsummiert werden könnten.

Hinweise auf eine Störung der Persönlichkeit finden sich in den Berichten der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. 3.3 vorstehend), was sich insbesondere durch die Impulskontrollstörung, Stimmungsschwankungen, Defizite in der sozialen Anpassungsfähigkeit ausdrücke. Auch die im Austrittsbericht der Privatklinik

J.\_\_\_\_ vom 19. März 2012 beschriebenen interaktionellen Schwierigkeiten, starke Anspannungszustände, das erhöhte Aggressionspotenzial, welches selbst- und fremdgerichtet sei, sowie die ausgeprägten Schwierigkeiten mit Frustration und Zurückweisung um zu gehen (vgl. E. 3.3 vorstehend), würden die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung unterstreichen, auch wenn sie in der Diagnostik der Privatklinik J.\_\_\_\_ lediglich das Ausmass einer akzentuierten Persönlichkeit erreicht hätten.

Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, die zuletzt ausgeübte, körperlich schwere Tätigkeit als Betonfräser auszuüben. Limitierend sei hier die Schmerzstörung in Verbindung mit einer deutlichen depressiven Komponente, welche die Überwindbarkeit der Schmerzproblematik verunmögliche. In einer Verweistätigkeit sei ihm jedoch eine seinem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeit im Umfang von 50% zuzumuten. Eine Arbeitstätigkeit sei auch therapeutisch sinnvoll, um über Tagesstrukturierung und Erhöhung des Selbstwertes eine Stabilisierung der Situation herbeizuführen (Urk. 6/69 S. 35-37). 3. 5. 3

Der neurologische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, aufgrund der neurologischen Befunde könne derzeit nicht von einem radikulären Syndrom ausgegangen werden. Die angegebenen Missempfindungen seien nicht segmental gegliedert, die Angabe einer Differenz der Vibrationsempfindung und des Lage sinns seien mit hoher Wahrscheinlichkeit funktionell bedingt. Es würden auch keine Reflexdifferenzen bestehen, sodass unter Berücksichtigung, dass auch röntgenologisch keine Hinweise für eine

Diskushernie bestünden, davon auszugehen sei, dass die Beschwerden keine neurologische spinale oder cerebrale Grundlage besitzen würden. Die angegebenen Schmerzen seien eher weichteilbedingt oder würden allenfalls auch einer Schmerzausweitung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung entsprechen. Die geklagten Kopfschmerzen würden einer Migräne mit oder ohne Aura entsprechen. Eine in der Privatklinik J.\_\_\_\_ durchgeführte Kernspintomographie des Schädels habe minimale unspezifische Veränderungen gezeigt, sodass eine intrakranielle Raumforderung ausgeschlossen werden könne. Auch seien die kernspintomographisch gefundenen Veränderungen weder typisch für eine Entzündung noch für eine Encephalomyelitis disseminata. Es dürfe entsprechend gefolgert werden, dass es aufgrund der Anamnese höchst unwahrscheinlich sei, dass von neurologischer Seite her ein organischer Kern für die Beschwerden bestehe. Der begutachtende Neurologe attestierte dem Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/69 S. 42f.). 4. 4.1

Im Rahmen der revisionsweisen Überprüfung des Rentenanspruchs lagen im Wesentlichen die Arztberichte der behandelnden Psychiaterin (Urk. 6/99 und Urk. 6/107), der behandelnden Rheumatologin (Urk. 6/103), der Privatklinik J.\_\_\_\_ (Urk. 6/106) sowie das Folgegutachten durch die C.\_\_\_\_ AG vom 13. April 2016 (Urk. 6/116) auf. 4.2

Dr. I.\_\_\_\_ bestätigte in ihrem Verlaufsbericht vom 5. Februar 2015 (Urk. 6/99) zu Händen der Beschwerdegegnerin ihre im Jahr 2011 gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.3 vorstehend). Es sei eine Zunahme impulsiver und aggressiver Ausbrüche zu verzeichnen und eine Stabilisierung des Zustands sei bisher nicht erfolgt. Der Beschwerdeführer begab sich vom 2. Februar bis 10. März 2015 abermals in stationäre Behandlung in der Privatklinik J.\_\_\_\_ (vgl. Arztbericht vom 16. Juli 2016; Urk. 6/106).

Der Alltag des Beschwerdeführers zeige sich jedoch auch nach dem stationären Klinikaufenthalt immer noch chaotisch und ohne Tagesstruktur. Eine Stabilisierung habe nicht erreicht werden können (vgl. Bericht vom 3. September 2015; Urk. 6/107). In Bezug auf die somatischen Beschwerden gab die behandelnde Rheumatologin an, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom bei Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 sowie bilaterale r

Neuroforamenstenose L5/S1 bei Status nach sensiblem Ausfall L5/S1 links sowie Protrusion L5/S1. Ferner zeige sich ein chronisches Schmerzsyndrom an beiden Knien bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie beidseits im Februar 2011 sowie Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie am rechten Knie im Juni 2011. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer könne seine Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr ausüben, ihm seien jedoch sämtliche rücken- und knieschonende Arbeiten während drei bis vier Stunden pro Tag zuzumuten (vgl. Arztbericht vom 30. Januar 2015; Urk. 6/103). 4. 3

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin führte die C.\_\_\_\_ AG am 7. März 2016 eine bidisziplinäre Abklärung (Psychiatrie, Orthopädie/Traumatologie) durch. Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/116 S. 9): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10: F61) - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Degeneration der unteren LWS ohne Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik - Inzipiente Gonarthrosen beidseits ohne Funktionseinschränkung, ohne aktivierten Reizzustand bei guter

## muskulärer Stabilisierung

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und somatoformen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie der ausgeprägte Senk-Spreizfuss mit Hallux valgus Fehlbildung auf der rechten Seite.

Die Gutachter äusserten, aus orthopädisch- traumatologischer Sicht könnten diejenigen Befunde bestätigt werden, die bereits anlässlich der Vorbegutachtung vom 18. Juni 2012 vorgelegen hätten (vgl. vorstehend E. 3.5). Eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands könne aus orthopädischer Sicht nicht festgestellt werden. Unverändert sei die bisherige Tätigkeit als Betonfräser nicht mehr zumutbar. In einer leidensadaptierten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer aber unter Berücksichtigung des Belastbarkeitsprofils tätig sein. Vor dem Hintergrund einer fortbestehenden depressiven Erkrankung und einer Persönlichkeitsstörung fände sich aus psychiatrischer Optik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50% (Urk. 6/116 S. 9).

Der begutachtende Psychiater konstatierte im psychiatrischen Teilgutachten, im Vergleich zur Vorbegutachtung zeige sich beim Beschwerdeführer kein wesentlicher neuer Aspekt. Subjektiv beschreibe er das Gefühl vollständiger Invalidisierung. Die Schilderungen zur Vorgeschichte, zur aktuellen Krankheitsanamnese sowie zu den aktuellen Beschwerden und den daraus resultierenden Einschränkungen würden aber Inkonsistenzen aufzeigen, welche darauf hindeuten würden, dass das vom Beschwerdeführer dargestellte, schwere psychische Leiden nicht vorliege. Die diagnostischen Algorithmen einer posttraumatischen Belastungsstörung seien keinesfalls erfüllt und die von der behandelnden Psychiaterin erwogene Differentialdiagnose könne nicht bestätigt werden. Im Hinblick auf die geschilderte Krankheitsentwicklung und die dokumentierten Vorbefunde sei allerdings von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, wobei der Ausprägungsgrad aktuell lediglich einer leichten Depression entspreche. Wie man bereits anlässlich der Vorbegutachtung diskutiert habe, sei ausserdem eine weit in die Psychobiographie zurückreichende, kombinierte Persönlichkeitsstörung zu bestätigen. Der Beschwerdeführer sei unter schwierigen und defizitären Sozialisationsbedingungen aufgewachsen, wobei es ihm vor diesem Hintergrund nicht gelungen sei, hinlänglich stabile Persönlichkeitsstrukturen zu entwickeln. Im Zuge des erlittenen Unfalls und der damit verknüpften Veränderung im psychosozialen Umfeld, insbesondere der Arbeitslosigkeit, habe die Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, impulsiven Zügen sowie einer deutlich histrionischen Akzentuierung dekompenziert. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bleibe die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Dabei sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer einerseits durchaus über Ressourcen in der komplexen Ich-funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Intentionalität verfüge und andererseits kein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen bestehe. Auch die Interaktionsfähigkeit des Beschwerdeführers sei, unter Berücksichtigung des während der Exploration gezeigten, dysphorischen, hintergründig gereizt-unzufriedenen Gesamteindrucks ausreichend. Ebenso wenig verhindere die psychiatrische Komorbidität eine willentliche Überwindung schmerzbedingter Hemmungen. Zusammenfassend sei mithin gegenüber der Vorbegutachtung (vgl. vorstehend E. 3.5) keine wesentliche Veränderung eingetreten, lediglich der Ausprägungsgrad der Depression sei noch etwas geringer als zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung. Unter Berücksichtigung der Wechselwirkung zwischen Persönlichkeitsstörung und rezidivierender Depression verbleibe es allerdings bei der

bislang vertretenen Einschätzung einer aus psychiatrischen Gründen um 50 % reduzierten Arbeitsfähigkeit ( Urk. 6/116 S. 26) . 4.4

RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_

stützte sich in seiner Stellungnahme vom 22. April 2016 ( Urk. 6/120) auf das Gutachten der C.\_\_\_\_ AG (vgl. vorstehend E. 4.3) und führte aus, es bestehe weiterhin ein Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit mittel- und langfristig beeinträchtigt. Der Gesundheitszustand habe sich nicht verändert. In angepasster Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig. Medizinisch-theoretisch könne unter Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen, psychopharmakologischen Behandlung eine Arbeitsfähigkeit in der Größenordnung von 80 % erreicht werden. 5. 5.1

Zu prüfen ist nun zunächst, ob die Verfügung vom 1. Februar 2013, mit welcher dem Beschwerdeführer der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab Mai 2011 sowie eine Dreiviertelsrente ab Juni 2012 zugesprochen wurde (Urk. 6/92 und Urk. 6/93 ), von der Beschwerdegegnerin zu Recht in Wiedererwägung gezogen wurde bzw. ob die Wiedererwägungsvoraussetzungen (vgl. vorstehend E. 1. 4 ) vorliegen. 5.2

Wie dem entsprechenden Feststellungsblatt für den Beschluss zu entnehmen ist (vgl. Urk. 6/80 S. 3), ging die Beschwerdegegnerin bei der Rentenzusprache vom 1. Februar 2013 davon aus, dass dem Beschwerdeführer (seit Februar 2012) eine rückenadaptierte leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne den Rücken belastende Zwangshaltungen zu 50

% zumutbar sei. Dieser Einschätzung lagen die Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin sowie des psychiatrischen Gutachters zugrunde. Es gingen sowohl Dr. I.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. Juli 2011 ( vgl. vorstehend E. 3.3; Urk. 6/30) als auch der begutachtende Psychiater, Dr. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Gutachten vom 18. Juni 2012 (vgl. vorstehend E. 3.5.2; Urk. 6/69) übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer

aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt sei. 5.3

Im Rahmen der wiedererwägungsweisen Aufhebung der ursprünglichen Rentenverfügung ging die Beschwerdegegnerin davon aus, sowohl die Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung als auch diejenige einer rezidivierenden depressiven Störung seien nicht genügend begründet und entsprechend nicht nachvollziehbar,

weshalb gestützt darauf keine Arbeitsunfähigkeit hätte festgestellt werden dürfen. 5.4

Dies erscheint insofern nicht einleuchtend, als das umfassende C.\_\_\_\_ -Gutachten der konkreten medizinischen Situation Rechnung trug und in nachvollziehbarer Weise aufzeigte, dass die bereits länger dauernde und sich chronifizierende Situation sowie die Persönlichkeitsproblematik für eine eingeschränkte Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers spreche.

In Bezug auf die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Diagnosestellung einer Persönlichkeitsstörung bleibt anzumerken, dass invalidenversicherungsrechtlich einzig erheblich ist, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie - ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts I 817 /05 vom 5. Februar 2007 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen, BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294) . Der begutachtende Psychiater nahm ausdrücklich Stellung zu den Vorakten und berücksichtigte

die Einschätzung der behandelnden Psychiater. Vor dem Hintergrund, dass auch diese Hinweise auf eine Störung der Persönlichkeit fanden (Impulskontrollstörung, Stimmungsschwankungen, Defizite in der sozialen Anpassungsfähigkeit, erhöhtes Aggressionspotenzial, interaktionelle Schwierigkeiten etc. ; vgl. vorstehend E. 3.3 )

und im Austrittsbericht der Privatklinik J.\_\_\_\_\_

das Ausmass einer akzentuierten Persönlichkeit erreicht

haben, kann die Feststellung der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht derart falsch resp. zweifellos unrichtig sein.

Die Rechtsprechung zur Auswirkung einer mittelgradigen Depression auf die Arbeitsfähigkeit ist zudem facettenreich. So findet man etwa im Urteil des Bundesgerichts 9C\_980/2010 vom 20. Juni 2011 die Unterscheidung zwischen einer depressiven Episode und einer depressiven Störung (E. 5.3). Gemäss Urteil des Bundesgerichts 8C\_953/2010 vom 29. April 2011 reicht sodann eine leichte depressive Episode zur Anerkennung eines dauerhaften invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht aus (E. 5.3), wobei im Urteil des Bundesgerichts 8C\_808/2009 vom 4. Januar 2011 festgehalten wurde, dass auch eine leichte depressive Episode im Einzelfall die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen könne, wenn sie zusammen mit anderen Befunden – wie etwa eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung – auftrete (E. 4.3). Gemäss Urteil des Bundesgerichts 9C\_1041/2010 vom 30. März 2011 erscheint es allerdings nicht bundesrechtswidrig, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode anzunehmen (E. 5.2). Auch im Urteil 9C\_210/2012 vom 9. Juli 2012 äusserte sich das Bundesgericht dahingehend, eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung sei, sofern sie nicht bloss eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit darstelle, nicht von vornherein auszuschliessen (E. 4.2).

Nach dem Gesagten steht jedenfalls fest, dass die Rechtsprechung in Bezug auf die Diagnose einer depressiven Episode, wie sie beim Beschwerdeführer vorliegt, Raum lässt, um eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in relevantem Ausmass zu berücksichtigen. Dass diese ursprüngliche Rentenzusprache demnach zweifellos unrichtig gewesen wäre, kann entgegen den diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht gesagt werden. So weist

das umfassende medizinische Gutachten nicht derart gravierende Mängel auf, dass es als offensichtlich ohne Beweiswert zu bezeichnen wäre.

Das C.\_\_\_\_\_ -Gutachten ( vgl. vorstehend E. 3.5 ) erfüllt grundsätzlich die praxisgemässen Anforderungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1. 6 ). Denn Dr. K.\_\_\_\_\_ verfügte als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie über eine für die Beurteilung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers angezeigte fachmedizinische Weiterbildung, setzte sich in Kenntnis der Vorakten in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründete die von ihm dem Beschwerdeführer attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in nachvollziehbarer Weise. Es ist ausserdem zu beachten, dass auch der RAD-Arzt die von den Gutachtern dargestellte Einschätzung (vgl. Urk.

6/80 S. 3) teilte und empfahl darauf abzustellen. 5.4

Zu der von dem begutachtenden Psychiater gestellten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist anzumerken, dass bereits damals eine solche Diagnose

allein nicht den Schluss auf das Vorliegen einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit erlaubte. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt jedenfalls das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Das kann vorliegend nicht in Abrede gestellt werden. So begründete Dr. K. \_\_\_ sowohl die Diagnosestellung als auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit damit, dass die Fähigkeit zur willentlichen Überwindung der Schmerzproblematik sowie die Arbeitsfähigkeit durch eine leicht bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung beeinträchtigt werde (vgl. vorstehend E. 3.5.2; Urk. 6/69 S. 35f.). Folglich lag eine hinreichende Erklärung für die Schmerzangaben vor, weshalb von einem fachärztlich schlüssig ausgewiesenen psychischen Leiden gesprochen werden kann. 5.5

In Würdigung der gesamten Umstände erscheint die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Beschwerdegegnerin bei Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 1. Februar 2013 (Urk. 6/92 und Urk. 6/93), welche insbesondere gestützt auf die Einschätzung

der C. \_\_\_ - Gutacher vom 18. Juni 2012 (vorstehend E. 3.5)

seit Februar 2012

von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ausging, insgesamt nicht als gänzlich unvertretbar beziehungsweise nicht als gänzlich in Widerspruch zur damaligen medizinischen Aktenlage und Rechtslage zu stehen. Insbesondere ist darauf hin zuweisen, dass Dr. K. \_\_\_ bereits in Bezug auf die bescheinigte 50%ige Arbeitsfähigkeit infolge der chronifizierten Situation und der Persönlichkeitsproblematik Bedenken äusserte, eine Arbeitstätigkeit hingegen therapeutisch sinnvoll erachtete, um über Tagesstrukturierung und Erhöhung des Selbstwertes eine Stabilisierung der Situation herbeizuführen (vgl. vorstehend E. 3.5.2; Urk. 6/69 S. 37). Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Beurteilungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin bei Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung noch innerhalb des ihr im Bereich der materiellen Anspruchsvoraussetzungen zustehenden Ermessenspielraums zu liegen kamen.

Unter diesen Umständen erscheint die ursprüngliche Verfügung vom 1. Februar 2013 (Urk. 6/92 und 6/93) nicht als zweifellos unrichtig. Demzufolge fehlt es vorliegend bereits an dem für eine Wiedererwägung vorausgesetzten Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit. 6.6.1

Zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, welcher eine Aufhebung der seit Mai 2011 zugesprochenen Invalidenrente per Ende März 2017 rechtfertigt. 6.2

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes ist auf das Gutachten der C. \_\_\_ AG vom 13. April 2016 (vgl. vorstehend E. 4.3) abzustellen. Das Gutachten berücksichtigte die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers und wurde ferner in Kenntnis der Vorakten erstellt, zu welchen auch Stellung genommen wurde.

Übereinstimmend mit der Sachlage zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache waren vor allem die psychischen Faktoren entscheidend für die Beurteilung der

Arbeitsunfähigkeit. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit wurden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 6.3

Demzufolge sind vorliegend als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10: F61) ausgewiesen. Die medizinische Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter wurde unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechungspraxis gemäss BGE 141 V 281 abgegeben.

Die C.\_\_\_\_-Gutachter berichteten von keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der Vorbegutachtung. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischen Gründen nach wie vor zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (vgl. vorstehend E. 4.3). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ empfahl auf das C.\_\_\_\_-Gutachten abzustellen, fügte aber an, dass unter Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen, psychopharmakologischen Behandlung eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % erreicht werden könne (vgl. vorstehend E. 4.4).

Nach dem Gesagten ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die funktionellen Einschränkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage,

insbesondere auch der Sachverhalt, wie er neuerdings zur Prüfung der Standardindikatoren herangezogen werden müsste, nicht wesentlich geändert haben. 6.4

Da die ursprüngliche Rentenzusprache demnach nicht zweifellos unrichtig war und sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Lage der Akten seither nicht wesentlich verbessert hat, entbehrt die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Rentenaufhebung per 3. April 2017 einer rechtlichen Grundlage und erweist sich somit als unzulässig.

Die angefochtene Verfügung ist mithin, in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde, aufzuheben, wobei festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung hat. 7.

7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Ausgangsgemäss steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. April 2017 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Regula Aeschlimann Wirz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
Hurst-Stadler

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