

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00662 vom 23. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00662](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00662)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00662 du 23 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00662 del 23 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Renten an spruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Fer ner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachver halts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

### **E. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen ein ander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht,

die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 22. Mai 2017 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 8. Juni 2017 Beschwerde und beantragte die Weiterausrichtung der bisherigen Rente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juli 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 28. August 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest (Urk. 9). Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Oktober 2017 auf Duplik (Urk. 11), was dem Beschwerdeführer am 4. Oktober

2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Am 13. November 2018 fand eine Parteibefragung und die Hauptverhandlung statt (Protokoll S. 5 ff.). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte die Rente mit der Begründung ein (Urk. 2), es sei spätestens ab September 2016 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Die Tätigkeit als Eisenbieger sei dem Beschwerdeführer weiterhin nicht mehr möglich, eine angepasste Tätigkeit sei ihm jedoch zu 80 % zumutbar (S. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), das Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin stütze, leide an näher bezeichneten gravierenden formellen Mängeln (Ziff. 3 S. 3 f.). Es liege gegenüber früheren Beurteilungen keine Veränderung des Gesundheitszustandes vor (Ziff. 4 S. 4). Die Beschwerdegegnerin lege nicht dar, inwiefern sich der Gesundheitszustand verbessert habe (Ziff. 5 S. 5), und es sei davon auszugehen, dass im Z.\_\_\_\_-Gutachten der gleichgebliebene Gesundheitszustand lediglich strenger beurteilt worden sei (Ziff. 6 S. 6). Das Gutachten sei mit zahlreichen näher dargelegten Mängeln behaftet (Ziff. 7 ff. S. 6 ff.). Es sei nicht überzeugend und nicht beweiswertig (Ziff. 19 S. 9).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derart verbessert hat, dass kein Rentenanspruch mehr besteht.

## **E. 3**

### **3.3.1**

Die Rentenbestätigung im Dezember 2010 erfolgte gestützt auf die Arztberichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Feststellungsblatt vom 16. Dezember 2010, Urk. 7/93). 3.3.2

Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte im am 4. November 2010 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 7/91) einen Status nach Titan Os frontale Ersatz nach Arbeitsunfall 2004 bei fraglicher Unverträglichkeit bezüglich Material, einen Status nach resistenten chronischen Kopfschmerzen, einen Status nach Commotio ev. Contusio cerebri rechts mit reaktiver depressiver Entwicklung und Schmerzsyndrom (Ziff. 1.1 S. 1). Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6 S. 2).

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer erlitt im November 2004 einen Arbeitsunfall. Die erst behandelnden Ärzte der Chirurgischen Klinik des Spitals A.\_\_\_\_

erhoben im Bericht vom 17. Dezember 2004 (Urk. 7/11/224) folgende Befunde: - Rissquetschwunde des Augenoberlides rechts - Mitverletzung der Augenlidkante, - Rissquetschwunde im Unterlidbereich - Druckschmerz im Bereich des Orbitaaberrandes - leicht fehlende Pupillen-Reaktion rechts - anamnestisch: rechtsseitige Doppelbilder - GCS 14

Das CT des Schädels zeigte eine

Orbitaaberrandfraktur mit Frakturausläufer in den Sinus

frontalis sowie in die vordere Schädelgrube mit Lufteinschlüssen, hingegen kein Retrobulbärhämatom. Der Beschwerdeführer wurde zur Weiterbehandlung ins B.\_\_\_\_ verlegt.

Am 3. Dezember 2004 wurde der Beschwerdeführer in der Augenklinik des B.\_\_\_\_ operiert. Die Ärzte stellten im Operationsbericht (Urk. 7/11/223) folgende Diagnosen: - Ablatio retinae rechts - schwere Contusio

bulbi rechts mit/bei - Vorderkammer (VK) -Blutung, Skleraschnitt mit negativem Seidel - Verdacht auf

ausgeprägtes Berlinödem superior mit Begleitblutung - zurzeit kein Anhaltspunkt für Perforatio

bulbi - Status nach Wundversorgung der Rissquetschwunde der Lider rechts - Hämatosinusmaxillaris rechts bei Fraktur der Lamina

papyracea - Trümmer-Fraktur des Sinus frontalis rechts (beide Wände) - minimales Pneumencephalon frontal rechts

Am 6. Dezember 2004 wurde ausserdem die Impressionsfraktur Sinus frontalis und Orbitadach rechts durch die Ärzte der Klinik für Wiederherstellungschirurgie am B.\_\_\_\_ folgendermassen operativ versorgt (Urk. 7/11/176): - Rekonstruktion des Margo orbitalis superior - Mucosa-Eradikation Sinus frontalis rechts - Obliterierung Ductus nasofrontalis mittels

Musculus (M.) temporalis - Plombe - Kontur-Korrektur mit Titan mesh und Deckung mit Periost-Lappen

### **E. 3.2**

Die Rentenzusprache im Januar 2008 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. März 2007 (Urk. 7/26; vgl. Feststellungsblatt vom 13. September 2007, Urk. 7/31), worin dieser eine mindestens mittelschwere Depression diagnostizierte. Diese sei am ehesten aus einer Anpassungsstörung her aus erklärbar (F43.2), welche sich zunehmend als eigenständige depressive Entwicklung im Sinne eines mittelgradigen depressiven Zustandes mit somatischem Syndrom (F32.11) entwickelt habe (Ziff. 4 S. 13).

Der Beschwerdeführer sei während der Exploration bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Auffassung sei erhalten gewesen, die Konzentration habe während des Gesprächs rasch und deutlich nachgelassen, nach dreissig Minuten habe der Beschwerdeführer Wasser trinken und ein Schmerzmedikament einnehmen müssen, nach fünf und vierzig Minuten habe er eine Auszeit und Ruhe benötigt und sei dann am Tisch eingeschlafen. Beim Testen der Konzentration (100

minus 7 zählen) habe er mehrere Fehler gemacht, die jedoch mit der Zeit dauer nicht zugenommen hätten. Von drei Begriffen habe er nach etwa zehn Minuten nur einen wiedergegeben, bei den Zahlenreihen habe er bis fünf Zahlen gut, rückwärts gezählt nur drei wiedergegeben. Das Denken sei verlangsamt und eingeengt auf die Beschwerden gewesen. Hinweise auf Ängste oder Zwänge hätten sich keine gefunden, ebenso wenig auf das Vorliegen von Wahnerleben oder Sinnestäuschungen, auch nicht auf Derealisationen und Depersonalisationen. Im Affekt habe der Beschwerdeführer oft ratlos und « staunig » gewirkt und habe Hoffnungslosigkeit angegeben. Des Öfteren habe er geweint. Er sei ruhig sitzen geblieben, zu Beginn beim Schildern der Beschwerden habe er nahezu ohne Unterbrechung gesprochen, zwischendurch habe er den Kopf bewegt, bis er dann nach fünfundvierzig Minuten eine längere Auszeit gebraucht habe und mit dem Kopf auf dem Tisch gelegen habe und sichtlich kurz eingenickt sei. Bezüglich Suizidalität habe er angegeben, dass er, auch wenn er manchmal nicht mehr leben wolle, keine Suizidgedanken habe (Ziff. 3 S. 12).

Es sei kaum mit einer realistischen Arbeitsfähigkeit mehr zu rechnen, unter geeigneten, behinderungsgerechten Bedingungen liesse sich eine Arbeitsfähigkeit von höchstens noch 20 % realisieren. Es dürfte hierbei sogar schwierig sein, den Beschwerdeführer in beschützendem Rahmen zu rehabilitieren (S. 14). In erster Linie seien der Antrieb, die Konzentration, die Durchhaltefähigkeit und die affektive Ausgeglichenheit massgeblich beeinträchtigt (Ziff. 7.1 S. 14 f.)

### **E. 3.3**

.3

Dr. med. E.\_\_\_\_

diagnostizierte im Bericht vom 2. Dezember 2012 (Urk. 7/92) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11; Ziff. 1.1 S. 1). Der Beschwerdeführer sei chronisch stark belastet durch die Unfallfolgen (praktisch kein Sehvermögen des rechten Auges, chronische Kopfschmerzen; Ziff. 1.4 S. 2). Er sei im Antrieb, in der Konzentration und im Denkvermögen beeinträchtigt (Ziff. 1.7 S. 2). Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.6 S. 2).

#### **E. 3.4.1**

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den folgenden medizinischen Berichten:

Dr. D. \_\_\_ stellte im am 22. Dezember 2015 eingegangenen Bericht (Urk. 7/116) die Diagnose eines Status nach Schädelhirn-Trauma mit chronischer Cephalaea, Konzentrationsstörungen, chronischem Cervikalsyndrom und Doppelbildern nach 10 Minuten Lesen (Ziff. 1.2 S. 1). Es habe sich keine Befundänderung ergeben (Ziff. 1.3 S. 1).

#### **E. 3.4.2**

Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte am 25. Januar 2016 (Urk. 7/118) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11; Ziff. 1.2 S. 1). Seit dem Bericht von Dezember 2010 bestehe eine unveränderte depressive Verfassung, die sich phasenweise immer wieder verschlechtere. Die soziale Isolierung, die andauernden Kopfschmerzen und die Blindheit auf dem rechten Auge blockierten den Beschwerdeführer immer wieder daran, dass er wochenlang nicht aus der Wohnung gehe. Psychopathologisch imponiere vor allem die starke Antriebsverminderung und die zeitweise schwere depressive Stimmung mit andauerndem Gedankendrehen um den Sinn des Lebens (Ziff. 1.3 S. 1). Die Prognose sei äußerst ungünstig, da infolge der körperlichen Beeinträchtigung keine Besserung des psychischen Zustandes zu erwarten sei (Ziff. 3.3 S. 3).

#### **E. 3.4.3**

Im polydisziplinären (allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische, neurologische und

ophthalmologische) Gutachten vom 20. Dezember

2016 (Urk. 7/134) stellten die Ärzte des Z. \_\_\_ folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 5.1 S. 33): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.1) - Status nach Schädel-Hirn-Trauma mit schwerer Kontusion

bulbi rechts am 23.11.2004 - Impressionsfraktur Sinus frontalis und Orbitadach rechts mit traumatischer Ablatio

retinae rechts, VK-Blutung - Limbus parallele Plombe, Kryotherapie rechts am 3.12.2004 - Wundversorgung der Rissquetschwunde der Lider rechts am 23.11.2004 - operative Rekonstruktion des Margo orbitale superior, Mukosa-Exzision, Sinus frontalis rechts, Obliteration der Duktus naso

frontalis mittels Mediotemporalis-Plombe, Konturkorrektur mit Titan-Mesh und Deckung mit Periost-Lappen, epiretinale

Fibrosiose am 6.12.2004 - Zykloplexie rechts bei okulärem

Hypertoniesyndrom mit Zyklodialyse am 17.2.2006 - Nachstarbehandlung am 5.12.2013 - posttraumatische Kopfschmerzen mit zusätzlichem schmerzmittelinduziertem Kopfschmerz - Visusbeeinträchtigung rechts - periphere Netzhautnarben nach Amotio

retinae rechts - traumatische Pupillenentrundung nach Bulbustrau ma - Hinterkammerlinsen-Pseudophakie - partielle Optikusatrophie rechts - Makulaatrophie rechts

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Ziff. 5.2 S. 33 f.): - chronische Schulter- und Nackenbeschwerden beidseits - radiologisch Tendinitis calcarea , deutliche Spondylose HWK6/7 und Unkovertebralarthrose (Röntgen und MRI 17.11.2016) - klinisch bis auf Hinweise für subakromiales

Impingement und mögliche frozen

shoulder der dominanten rechten Seite unauffälliger Befund - chronische Leistenschmerzen links - radiologisch bis auf kleine Ausziehungen trochantär unauffälliger Befund (Röntgen 17.11.2016) - klinisch unauffälliger Befund - chronische Kniebeschwerden rechts - radiologisch unauffälliger Befund (Röntgen 17.11.2016) - klinisch unauffälliger Befund - chronisches thorako - und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - funktionelle Hemihypästhesie rechts - Adipositas - BMI 32,8 kg/m<sup>2</sup> (Gewicht 104 kg, Grösse 178 cm) - arterielle Hypertonie - substituierte Hypothyreose - aktuell latente hypothyreotische Stoffwechsellage - angeborene Fehlsichtigkeit links ( Hyperopie , Astigmatismus) - Alterssichtigkeit links ( Presbyopie ) - chronische Benetzungsstörung an beiden Augen - Cataracta

incipiens links

Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine Befunde und Diagnosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Die Adipositas, die arterielle Hypertonie sowie die Hypothyreose könnten mit geeigneten Massnahmen behandelt werden und begründeten keine Arbeitsunfähigkeit für eine körperlich adaptierte Tätigkeit (S. 15).

Zurzeit stünden eher nicht-psychiatrische Beschwerden im Vordergrund. So beklage der Beschwerdeführer Augenprobleme und anhaltende Kopfschmerzen, Schulterschmerzen und deswegen eine Schlafstörung und einen raschen Konzentrationsabfall mit Ermüdung. Es lägen auch psychiatrische Befunde vor, der Beschwerdeführer zeige eine bedrückte Stimmungslage mit resignativer Lebenshaltung und einen partiellen sozialen Rückzug. Im Rahmen seiner Verwandtschaft halte er die Beziehungen jedoch aufrecht. Das Ausmass der depressiven Störung könne als leichtgradig eingestuft werden, dies auch in Anbetracht der vielfältigen Aktivitäten. Hinweise für eine schwergradige depressive Störung beständen nicht, der Beschwerdeführer habe bisher nie einen Suizidversuch unternommen, er habe nie in stationärer psychiatrischer Behandlung gestanden und die aktuelle Dosis des Antidepressivums entspreche einer Standarddosierung im Sinne einer Erhaltungstherapie. Er gebe auch an, Freude an seinen Kindern zu haben und wolle deshalb auch weiterleben (S. 18).

Auf orthopädischer Ebene könne zusammenfassend festgestellt werden, dass sich die seitens des Bewegungsapparates recht diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei der Leidensdruck bei Tendinitis calcarea und möglicher frozen

shoulder der dominanten rechten Seite, kaum aber die übrige, sehr inkonstant präsentierte Symptomatik, so dass von einer klaren nicht-organischen Beschwerdekomponente ausgegangen werden müsse (S. 26).

Von neurologischer Seite her stelle sich die Frage, ob der Beschwerdeführer damals eine relevante Hirnverletzung erlitten habe, welche Frage aufgrund der zeitnahen Berichte zu verneinen sei. Betreffend die beklagten intensiven Kopfschmerzen sei die Annahme eines Schmerzmittelübergebrauchs bei der angegebenen Menge von 3 g Dafalgan auch heute

noch gerechtfertigt. Bei der aktuellen Untersuchung sei eine Hemihypästhesie rechts angegeben worden, welche nicht durch das Trauma erklärt werden könne und welche auch jetzt wie schon damals 2005 als funktionell zu interpretieren sei. Hinweise für einen linkshemisphärischen Prozess hätten sich zu keinem Zeitpunkt ergeben. Auch wenn in der aktuellen Untersuchung nicht explizit beklagt, so ergäben sich aktuell auch keine Anhaltspunkte für kognitive Minderleistungen. So habe während der knapp einstündigen Untersuchung kein Anhalt für Einschränkungen der Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit bestanden. Gegen eine solche in der Vergangenheit mitgenannte Konzentrationsstörung spreche auch die weitere aktive Teilnahme am Strassenverkehr (S. 29).

Am rechten Auge bestehe eine partielle Optikus- und Makulaatrophie, die eine Reduktion der Sehschärfe und Gesichtsfelddefekte verursachen. Aufgrund einer traumatischen Pupillenerweiterung bestehe eine vermehrte Blendungsempfindlichkeit und aufgrund einer chronischen Benetzungsstörung in Kombination mit der Pupillenstörung gebe der Beschwerdeführer eine monokulare Doppelbildwahrnehmung an. Links zeige sich eine beginnende Linsentrübung, die eine geringe Reduktion der Sehschärfe verursache (S. 32).

Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %, wobei wiederholte Überkopfmänsöver vermieden werden sollten. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Aus ophthalmologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich adaptierte Tätigkeit von 15 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, wobei potentiell gefährliche Arbeiten, Arbeiten auf Gerüsten und an schnell drehenden Maschinen nicht mehr zumutbar seien. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % (S. 34 f.)

Zusammenfassend bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Dagegen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Koch als auch in einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar mit erhöhtem Pausenbedarf (S. 35).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass von oben genanntem Arbeits- und Leistungsprofil mit Sicherheit ab September 2016 ausgegangen werden könne. Hinweise für das Vorliegen einer mittel- oder schwergradigen depressiven Störung, was im Wesentlichen zur Berentung geführt habe, fänden sich keine mehr (S. 35).

Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, der sich aufgrund seiner Beschwerden für nicht mehr arbeitsfähig halte. Die Selbsteinschätzung könne aufgrund der vorliegenden polydisziplinären Befunde und Diagnosen jedoch nicht hinreichend begründet werden. Sie sei durch die frühe Berentung und die fürsorglichen Arbeitsunfähigkeitsatteste durch die behandelnde Psychiaterin gestützt worden. Es bestehe eine regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung, zudem gebe der Beschwerdeführer an, diverse Medikamente regelmässig einzunehmen, obwohl die abgenommenen Medikamentenserumspiegel im nicht nachweisbaren oder subtherapeutischen Bereich gelegen hätten. Dies könne ein Hinweis auf einen geringen Leidensdruck sowie auch für mangelnde Compliance sein. Die

anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers seien mit Vorsicht zu interpretieren (S. 35).

#### **E. 3.4.4**

Dr. E.\_\_\_\_ nahm zum psychiatrischen Teil des Gutachten s am 31. März 2017 Stellung (Urk. 3/4 = Urk. 7/151) und hielt einleitend fest ,

das Gutachten sei eigentlich nicht fehlerhaft, es sei lediglich eine andere quantitative Einschätzung sowohl in der Befunderhebung als auch in der Beurteilung des Schweregrades der Depression erfolgt. Bei ihr imponiere der Beschwerdeführer immer durch seine ausgeprägte Antriebshemmung, die sich während der Untersuchung ausdrücke, in der Langsamkeit und Seltenheit seiner Körperbewegungen, in seiner starren Mimik sowie in seinem langsamen Redefluss.

#### **E. 3.4.5**

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Kaderarzt Radiologie am Spital G.\_\_\_\_ , beur teilte das am 10. Mai 2017 durchgeführte MRI der Lendenwirbelsäule ( LWS ) nativ

folgendermassen (Urk. 3/5): Es zeige sich ein kleiner Einriss in den Anulus

fibrosus im Segment LWK 4/5 dorso -lateral im Bereich des Neuroforamens mit allen falls kurzstreckiger Kontaktzone zur austretenden Nervenwurzel L4 mit ansonsten keiner signifikante n

protruierenden

Diskopathie . Der Spinalkanal sei normal weit. Es sei eine leichtgradige Intervertebralgelenksarthrose zu erkennen.

#### **E. 3.4.6**

Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie , stellte im Bericht vom 29. Juni 2018 (Urk. 15) folgende Diagnosen: - chronische Migräne bei Status nach Schädelhirntrauma mit Schädelfraktur rechts frontal und Ablatio

retinae rechts - Schädel-CT vom 20.2.2005 ohne Hinweis auf intracerebrale Läsion - Status nach Rekonstruktion des Orbitadaches rechts und der Schädeldecke rechts frontal 2004 - Status nach vaso-vagaler Synkope während Infiltration des Nervus

supraorbitalis links am 15.11.2017 - depressive Entwicklung

Bezüglich Kopfschmerzen sei der Zustand unverändert. Während der Cranio sacraltherapiesitzungen seien wiederholte Zuckungen aufgefallen. Aufgrund der Videodokumentation könne mit grosser Wahrscheinlichkeit von einer funktionellen Störung auf dem Hintergrund einer depressiven Entwicklung ausgegangen werden. Aus neurologischer Sicht ergäben sich deshalb keine spezifischen Massnahmen.

#### **E. 4**

3

Die Beschwerdegegnerin ordnete am 6. Juli 2016 eine polydisziplinäre Begutachtung an, umfassend die Fachgebiete

Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Ophthalmologie und Psychiatrie und gab dem Beschwerdeführer die entsprechenden Fachärzte bekannt (Urk. 7/129). Im Zuge der

Begutachtung stellte sich offen bar heraus, dass der Beschwerdeführer auch orthopädisch untersucht werden sollte. Am 21. September 2016 wurde der Beschwerdeführer vom Z.\_\_\_\_ zur orthopädischen Begutachtung beim namentlich erwähnten Orthopäden eingeladen (Urk. 7/133). Eine Aufforderung zur orthopädischen Untersuchung mit Hinweis, dass gegen den vorgesehenen Gutachter Ausstandsgründe geltend gemacht werden können, kam dem Beschwerdeführer nach Lage der Akten seitens der Beschwerdegegnerin nicht zu. Die Ausdehnung der gutachterlichen Untersuchungen auf das Fachgebiet Orthopädie erfolgte demnach nicht korrekt. Allerdings machte der Beschwerdeführer weder im Einwandverfahren noch im Beschwerdeverfahren Ausstandsgründe gegen den orthopädischen Gutachter geltend, weshalb die Beweistauglichkeit des polydisziplinären Gutachtens allein durch die fehlerhafte Anordnung der orthopädischen Untersuchung nicht in Frage zu stellen ist.

#### **E. 4.1**

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen ( Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Die Beschwerdegegnerin ging nicht näher auf den Einwand des Beschwerdeführers ein, dass Z.\_\_\_\_-Gutachten leide an formellen Mängeln und sei daher nicht beweiskräftig. Sie hielt indessen fest, dass sie sich trotz Einwänden auf das Gutachten stütze und keine neuen, unberücksichtigten Fakten oder Tatsachen vorgebracht worden seien. Mit dieser Begründung brachte sie

klar zum Ausdruck, dass sie ihre Entscheidung trotz Einwänden auf die gutachterlichen Einschätzungen stütze. Damit ist sie ihrer Begründungspflicht genügend nachgekommen.

#### **E. 4.2**

Die Begutachtung durch die Ärzte des Z.\_\_\_\_ fand unter Mitwirkung einer türkisch sprechenden Dolmetscherin statt (vgl. Urk. 7/137 S. 12). Insoweit der Beschwerdeführer geltend machte, er sei alevitischer Kurde mit kurdischer Muttersprache, ist ihm entgegenzuhalten, dass die Hauptverhandlung vom 13. November 2018 unter Beizug einer Türkisch-Dolmetscherin stattfand und weder er noch sein Rechtsvertreter darauf hinwiesen, dass er nicht fähig sei, in türkischer Sprache zu kommunizieren. Im Übrigen steht er seit Jahren bei Dr. E.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung, welche gemäss Verzeichnis der Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ZGPP; [www.therapievermittlung.ch](http://www.therapievermittlung.ch)

) neben anderen Fremdsprachen türkisch, nicht aber kurdisch spricht. Angesichts dieser Umstände ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer mittels türkischer Dolmetscherin anlässlich der Begutachtung sehr wohl verständigen konnte.

Worauf sein Einwand, der Name der Dolmetscherin sei im Gutachten nicht erwähnt, obwohl dies gemäss Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten SGPP/SGVT gefordert werde, abzielt, ist aus der Beschwerde nicht ersichtlich. Jedenfalls machte er keine Ausstandsgründe gegen die Dolmetscherin geltend.

## **E. 5**

.4

Nach dem Dargelegten ergibt sich schlüssig, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Vergleichszeitraum insgesamt in revisions rechtlich erheblicher Weise verbessert hat. Ob der psychiatrisch gestellten Diagnose überhaupt eine invalidisierende Bedeutung zukommt, kann offenbleiben (strukturiertes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281), ist doch der Beschwerdeführer - wie im Folgenden zu zeigen sein wird - in der Lage, in einer 80%igen leichten bis mittelschweren adaptierten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen.

### **E. 5.1**

Ursprünglich wurde dem Beschwerdeführer die Invalidenrente im Jahr 2008 im Wesentlichen gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.2) zugesprochen. Dieser diagnostizierte eine mittelschwere Depression mit somatischem Syndrom.

Der Gutachter schilderte den Beschwerdeführer als einen zwar bewusstseinsklaren und allseits orientierten Exploranden, dessen Konzentration indessen während des Gesprächs rasch und deutlich nachliess und der nach 45

Minuten am Tisch einschief. Laut Gutachter weinte der Beschwerdeführer mehrmals und wirkte ratlos.

Der Psychiater des Z.\_\_\_\_ dagegen konnte keinen Konzentrationsabfall beobachten und konnte die beklagten Konzentrationsabfälle nach einer Stunde nicht bestätigen. Aufgrund der psychiatrischen Befunde wie bedrückte Stimmungslage mit resignativer Lebenshaltung und partieller sozialer Rückzug - der Beschwerdeführer ist in der Lage, soziale Kontakte zu seiner Familie aufrecht zu erhalten - kam er zum Schluss, dass eine (lediglich) leichtgradige depressive Störung vorliegt.

Insoweit der Beschwerdeführer geltend machte, aufgrund der kurzen Dauer der psychiatrischen Exploration sei eine Aussage über die Ausdauer für eine Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt nicht möglich, vermag dies das Z.\_\_\_\_-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Wohl dauerte die psychiatrische Exploration nach Angaben des Gutachters lediglich eine Stunde, indessen kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts nicht allein auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung

(statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_586/2015 vom 1. Dezember 2015 E. 3. 4).

Anhaltspunkte, dass der Z.\_\_\_\_-Gutachter die entsprechenden Vorgaben nicht beziehungsweise nur ungenügend beachtet hat, sind nicht erkennbar. Insbesondere fand auch der

neurologische Gutachter anlässlich seiner Untersuchung keinen Anhalt für Einschränkungen der Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit. Im Übrigen lenkt der Beschwerdeführer trotz seiner geklagten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, wenn auch angeblich nur selten und nur für kurze Strecken, ein Motorfahrzeug.

Was den Einwand betrifft, Dr. E. \_\_\_ kritisiere in ihrem Bericht zu Recht, dass kein entsprechen der Test durchgeführt worden sei, was zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Depressiven von grösster Wichtigkeit gewesen wäre, unterliess es auch Dr. E. \_\_\_ in ihren Berichten (E. 3.4.2 und E. 3.4.4), Resultate allfällig durch sie durchgeführter Tests anzuführen, sondern sie versuchte lediglich die vom Z. \_\_\_ -Gutachter erhobenen psychopathologischen Befunde durch selber erhobene Befunde zu widerlegen. In diesem Zusammenhang ist doch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen), weshalb ihre Berichte die Einschätzung des Z. \_\_\_ -Gutachtes nicht zu entkräften vermögen.

## **E. 6**

im privaten Sektor Fr. 5'340. (LSE, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung einer im Jahr 2016 geltenden betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen T

03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von rund Fr. 66'803. und bei einem 80%-Pensum von Fr. 53'442.

pro Jahr ergibt. Unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10% beträgt das Invalideneinkommen Fr. 48'098.-- (0.9 x Fr. 53'442). Verglichen mit dem Valideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'492. (Fr. 63'590. - Fr. 48'098.),

was einem Invaliditätsgrad von 24.4% entspricht, womit kein Rentenanspruch mehr besteht.

### **E. 6.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Laut Unfallmeldung vom 7. Dezember 2004 der Y. \_\_\_ AG war der Beschwerdeführer im Unfallzeitpunkt zu einem Gehalt von Fr. 55'900. (13 x Fr. 4'300.) angestellt (Urk. 7/11/228). Laut Arbeitgeberbericht vom 28. August 2006 (Urk. 7/13) hätte er ohne Gesundheitsschaden im Jahr 2006 einen Monatslohn von Fr. 4'400. erzielen können, was aufgerechnet einem Jahresgehalt von Fr. 57'200.

(13 x Fr. 4'400.) entspricht. Unter Berücksichtigung des Nominallohnindex für Männer von 2'014 Punkten im Jahr 200

## E. 7

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 vorliegend auf Fr.

1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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  
Mosimann  
Tiefenbacher

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