

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00455 vom 7. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00455

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00455 du 7 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00455 del 7 ottobre 2008

Erwägungen

E. 6

E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). 3.3

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 24. April 2018 (Urk. 2) dargelegt, weshalb aus ihrer Sicht seit dem 1. April 2016 kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente besteht.

Aus dem Entscheid geht zum einen klar hervor, auf welche medizinische Beurteilung - nämlich jene der Dres. Z. ___ und A. ___ - abgestellt wurde. Zum anderen nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zum Einwand des

Beschwerdeführers und dem damit eingereichten Arztbericht, wobei sie an ihrer Auffassung festhielt, dass auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten abgestellt werden könne und ein Revisionsgrund vorliege. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern der Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt worden sein sollte. Insbesondere durfte sich die Beschwerdegegnerin auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken. Dem Beschwerdeführer war es im Übrigen möglich, sein Anliegen im Beschwerdeverfahren sachgerecht vorzutragen. 3.4

Sodann ist auf den Antrag des Beschwerdeführers, es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, keine Rückforderungsverfügung zu erlassen, nicht einzutreten. Im gegenwärtigen Zeitpunkt besteht kein rechtlich geschütztes Interesse daran, dass das Gericht über die Frage des Erlasses einer künftigen Rückforderungsverfügung zu entscheiden hat. Sollte sie eine solche erlassen, kann diese in der Folge angefochten und überprüft werden (Art. 56 Abs. 1 ATSG). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht revisionsweise aufgehoben hat. Als Vergleichsbasis

für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Eine Mitteilung nach Art. 74 ter

lit. f und Art. 74 quater Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), mit der eine Revision von Amtes wegen mit der Feststellung

abgeschlossen wurde, es sei keine Änderung der Verhältnisse eingetreten, ist einer rechtskräftigen Verfügung gleichgestellt (Urteil des Bundesgerichts 9C_143/2017 vom 7. Juni 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

Diese Voraussetzungen erfüllt im konkreten Fall einzig die Verfügung vom 7. Oktober 2008, mit welcher dem Beschwerdeführer erstmals rechtskräftig eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde (Urk. 7/43). Im ersten Revisionsverfahren von 2008/2009 holte die Beschwerdegegnerin lediglich einen vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein, ohne den RAD um eine Stellungnahme zu ersuchen (vgl. Urk. 7/51). Dies entspricht keiner rechtskonformen Sachverhaltsabklärung in Sinne der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2). Gleiches gilt für das in den Jahren 2014/2015 durchgeführte Revisionsverfahren, welches am 18. September 2015 mit einer Mitteilung abgeschlossen wurde (Urk. 7/91). Im Rentenrevisionsverfahren von 2011 holte die Beschwerdegegnerin zwar eine RAD-Stellungnahme ein (Urk. 7/71/3). Der RAD wiederholte jedoch einerseits im Wesentlichen bloss die Ausführungen der behandelnden Ärzte, welche insbesondere in psychiatrischer Hinsicht knapp ausgefallen waren (vgl. Urk. 7/68/6 ff.). Andererseits fehlt es an einer kritischen Würdigung

der vorgelegten Arztberichte, was insbesondere angesichts des Umstands, dass nach Ansicht der RAD-Ärztin seit der erstmaligen Rentenzusprechung trotz ursprünglich anderslautenden Prognosen (vgl. Urk. 7/13/8, 7/33/4) keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten war, zu erwarten gewesen wäre. Die von der Verwaltung getroffenen Vorkehren hätten im Falle eines inhaltlich anderen Ergebnisses jedenfalls keine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen vermocht. Insgesamt lag daher auch der rentenbestätigenden Mitteilung vom 13. Mai 2011 (Urk. 7/72) keine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung zu Grunde. 4.2 4.2.1

Die erstmalige Rentenzusprechung beruhte in erster Linie auf verschiedenen Arztberichten sowie einer Stellungnahme des RAD. Die behandelnden Ärzte des B.____ stellten in ihrem Bericht vom 5. Dezember 2007 im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/13/7): - seronegative Polyarthritis, differentialdiagnostisch Spondylarthropathie (Erstdiagnose etwa November 2006) - mediolinkslaterale

Discushernie L4/5 ohne sichere Neurokompression - schwere depressive Episode (Konsilium Psychiatrie vom 30. November 2007) - Migräne

Der Beschwerdeführer sei vom 23. bis 30. November 2007 hospitalisiert gewesen und habe bei Eintritt von einer Schmerzexazerbation vor allem im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule berichtet. Es hätten Synovitiden in den einzelnen MCP-Gelenken sowie am oberen Sprunggelenk links festgestellt werden können. Szintigraphisch habe zudem eine Anreicherung in allen grossen Gelenken vorgelegen. Die bisherigen Basistherapeutika hätten eine maximale Besserung von 20 % gebracht; eine Umstellung sei vorgesehen. Seit dem 8. Juni 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/13/8). 4.2.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 23. Mai 2008 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21; Urk. 7/33/2). Die psychische Symptomatik stehe in einem kausalen Zusammenhang mit dem Auftreten der rheumatologischen Erkrankung. Aktuell seien die Konzentration leicht und der Antrieb beträchtlich vermindert. Der Beschwerdeführer sei zudem affektiv mittelgradig deprimiert. Der Beschwerdeführer berichte von Suizidgedanken ohne Absichten, Morgentief sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Bewusstseins-, Denk-, Wahrnehmungs- oder mnestiche Störungen hätten sich nicht objektivieren lassen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Präsenzzeit von zwei bis drei Stunden pro Tag in einem geschützten Rahmen möglich, wobei die Tätigkeit wenig Konzentration und kein Heben von Lasten erfordern sollte. Darüber hinaus sollte n wenig Termindruck herrschen und Fehler toleriert werden (Urk. 7/33/3 und 7/33/7). 4.2.3

In ihrer RAD-Stellungnahme vom 3. Juni 2008 gelangte Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, zum Schluss, dass in Anbetracht der rheumatologischen und psychiatrischen Leiden seit Juni 2007 ein invalidenversicherungrechtlich relevanter Gesundheitsschaden sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft ausgewiesen seien. Die von Dr. C.____ attestierte Arbeitsfähigkeit beziehe sich nur auf den geschützten Rahmen. Aus medizinischer Sicht sei eine rasche Revision nach vier Monaten angezeigt, da der Zustand als besserungsfähig beurteilt worden sei (Urk. 7/35/3 f.). Gestützt auf diese Beurteilung sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. Oktober 2008 ab dem 1. Juni 2008 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/43). 5. 5.1

Dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. Z.____ und A.____ vom 2. respektive 3. November 2017, welches als massgebliche Grundlage für die angefochtene Verfügung (Urk. 2) diene, sind im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/140/25): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden bei - seronegativer Polyarthritits (Erstdiagnose Oktober 2007) - Behandlung mit zahlreichen Basismitteln ab Oktober 2007 sowie dem TNF-Blocker Cimzia ab Januar 2016, seither und gegenwärtig in Remission: • klinisch: keine Synovitiden oder Arthritiden und keine Gelenksergüsse bei normaler Beweglichkeit der Gelenke, keine klinischen Hinweise auf akute oder durchgemachte entzündlich-rheumatische Schübe • bildgebend: ohne entzündliche oder degenerative Veränderungen der rechten Hand und beider Vor- und Rückfüsse, des Schulter- und Beckengürtels sowie der ganzen Wirbelsäule und beider Iliosakralgelenke mit kräftiger Muskulatur der ganzen Wirbelsäule sowie des Schulter- und Beckengürtels ohne Enthesitiden der Sehnenansätze • rheuma-immunologisch: normale Entzündungszeichen, normaler Rheumafaktor und normale Anti-Citrullinantikörper sowie normale antinukleäre Antikörper und unauffälliger ausgedehnter ENA-Suchtest - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Halswirbelsäule bei - kleiner paramedianer Diskushernie C5/C6 mit Kontakt zum Myelon, ohne Myelopathie und ohne Kompression neurogener Strukturen (MRI Oktober 2017) - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule bei - flacher medianer bis mediolateraler Diskushernie L4/L5 links mit deutlichem Kontakt zur Nervenwurzel L4 links ohne Kompression, bildgebend seit zehn Jahren im Wesentlichen unverändert (MRI Oktober 2017 gegenüber MRI September 2007).

Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde demgegenüber bezüglich folgender Erkrankungen verneint (Urk. 7/139/76, 7/140/9): - Nikotin-Abusus - Migräne ohne Aura,

gegenwärtig ohne medikamentöse Migräne-Prophylaxe - mögliche leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) . 5.2

Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung seien gemäss Dr. Z.____ sowohl der normale Gang als auch der Zehen- und Fersengang unauffällig gewesen. Die Brust- und Halswirbelsäule sei normal beweglich gewesen . Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule habe infolge Gegenspannung nicht geprüft werden können. Radikuläre Zeichen hätten sich nicht ergeben. Auch die grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich gewesen. Gelenksergüsse, Synovitiden , Arthritiden oder überwärmte Gelenke hätten sich nicht eruieren lassen. Insbesondere die im Februar 2007 noch festgestellten beidseitigen Ellbogensynovitiden mit leichtem Streckdefizit seien nun nicht mehr vorhanden gewesen. Klinische Hinweise auf akute oder durchgemachte rheumatische Entzündungen hätten nicht bestanden (Urk. 7/139/77). Insgesamt liege aufgrund der strukturellen Befunde eine verminderte Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule vor. Ausserdem bestehe eine seronegative Polyarthritis respektive eine Spondylarthropathie , die in Remission sei, denn es gebe weder klinisch , noch bildgebend , noch rheuma-immunologisch Hinweise auf eine aktive Polyarthritis oder Spondylarthropathie . Die Diagnosen hätten zwar Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; eine leidensangepasste Tätigkeit sei jedoch uneingeschränkt zumutbar (Urk. 7/139/79). Es sollte sich dabei insbesondere um eine sitzende oder wechsel belastende Tätigkeit mit leichtem Belastungsniveau bis zehn Kilogramm handeln . Die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte ab April 2016, da nach Beginn der Behandlung mit dem TNF-Blocker Cimzia im Januar 2016 eine Remission eingetreten sei (Urk. 7/139/81 f.). 5.3

Befragt nach seiner psychischen Verfassung habe der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration durch Dr. A.____ berichtet, dass es ihm «einfach schlecht gehe». Er fühle sich müde und unternehme tagsüber kaum etwas, weil er keine Energie habe. Nichts bereite ihm Freude; er habe keine Interessen und keine Lust. Zudem schlafe er wenig, da nachts sein Nacken brenne und er nachts zu viel nachdenke. Auch sein Appetit sei vermindert. Im Weiteren habe er oft «schlechte Gedanken» und denke dann über sein gesundheitliches Schicksal nach, weshalb Gott ihn bestrafen wolle mit all seinen Schmerzen und seiner körperlichen Erkrankung (Urk. 7/140/6).

Im Rahmen der Untersuchung sei der Beschwerdeführer allseits orientiert und bewusstseinsklar gewesen. Psychomotorisch habe sich keine Verlangsamung gezeigt. In einzelnen Momenten habe der Beschwerdeführer etwas angespannt gewirkt, nicht aber regelrecht agitiert. Mimik und Gestik seien ordentlich gewesen. Während der Begutachtung hätten sich keine interaktionellen Schwierigkeiten ergeben. Sprachmotorisch hätten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten eruieren lassen. Die Intelligenz wie auch die allgemeinen kognitiven Ressourcen hätten in der Bandbreite der Norm gelegen. Im formalen Denken habe der Beschwerdeführer eine Einengung auf seine körperlichen Beschwerden und die psychosoziale Situation gezeigt. Ansonsten sei ein das formale wie auch das inhaltliche Denken vollständig unauffällig gewesen. Der Gesichtsausdruck habe keinerlei Hinweise für eine Müdigkeit, Depressivität oder Avitalität gezeigt. Wie die Grundstimmung habe der Gesichtsausdruck jedoch dysphorisch gewirkt; in einzelnen Situationen habe sich allenfalls eine leichte depressive Grundstimmung gezeigt. Es sei allerdings weder eine Affektverarmung, -verflachung oder gar -starre aufgetreten; die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Gegen Ende der Untersuchung habe der Beschwerdeführer zu weinen begonnen und mehrmals mitgeteilt, dass er alleine schuld sei an seiner Krankheit, dass er aber nicht wisse, weshalb er an dieser Krankheit leiden müsse.

Ansonsten habe er keine Affekt labilität gezeigt. Der affektive Rapport sei vor dem Hintergrund der dysphorischen Grundstimmung ordentlich etablierbar gewesen (Urk. 7/140/8 f.).

Die objektiven Untersuchungsbefunde hätten in den spezifischen Parametern zur innerpsychischen Vitalität insgesamt keine relevanten Einbussen ergeben. Der Beschwerdeführer sei sozial gut eingebettet. Es bestehe keine Pathologie der Persönlichkeit. Eine mögliche leichte depressive Episode liege dagegen vor, welche jedoch nicht durch eine zusätzlich psychiatrische Diagnose begleitet werde, sodass keine psychiatrische Komorbidität festgestellt werden könne. Die kognitiven Ressourcen hätten im klinischen Eindruck unauffällig imponiert. Vor diesem Hintergrund sei mit Blick auf die sogenannten ICF-Kriterien keine der damit abgebildeten qualitativen Funktionsfähigkeiten relevant beeinträchtigt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Da die zur Verfügung gestellten Akten – sofern aus psychiatrischer Sicht von Relevanz – Mängel und Inkonsistenzen enthielten, könne der Verlauf einer allfälligen Affektpathologie retrospektiv in keiner Weise verlässlich beurteilt werden. Aus diesem Grund gelte das Begutachtungsdatum als Beginn der attestierten Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/140/14 f.). 5.4

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer die Hals- und Lendenwirbelsäule schonenden, sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeit möglich sei. Tätigkeiten mit lang andauernder repetitiver Handbelastung oder solche in Nässe, Kälte oder grossen Temperaturschwankungen seien nicht zumutbar. Das Hantieren mit Lasten bis zu zehn Kilogramm sei möglich. Eine in dieser Form angepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar, wobei dies seit dem Datum der psychiatrischen Untersuchung am 31. Oktober 2017 gelte (Urk. 7/140/26).

E. 6.1

Die Expertise der Dres. Z.____ und A.____ vom 2. beziehungsweise 3. November 2017 beruht auf umfassenden rheumatologischen sowie psychiatrischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/139/6 ff., 7/140/3). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den beiden Sachverständigen seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils eingehend befragt. Er konnte sich insbesondere zu verschiedenen Themenbereichen wie dem Krankheitsverlauf, der sozialen Situation sowie dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern (Urk. 7/139/66 f., 7/140/3 ff.). Die geklagten Leiden fanden darüber hinaus im Rahmen der Diagnostik Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und nachvollziehbar erläutert wurden (Urk. 7/139/76 ff., 7/140/9 ff.). Die Gutachter setzten sich ausserdem mit voran gegangenen ärztlichen Beurteilungen auseinander (Urk. 7/140/16 ff.), wobei Dr. Z.____

in diesem Kontext darauf hinwies, dass ihr zu den somatischen ärztlichen Einschätzungen keine Stellungnahme möglich sei, da in den Berichten keine Abgrenzung zwischen psychiatrischen und somatischen Diagnosen erfolgt sei (Urk. 7/139/83). Gesamthaft erfüllt das bidisziplinäre Gutachten somit die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4).

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin erachtete einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützt auf das Gutachten der Dres. Z.____ und A.____ als gegeben, da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprechung wesentlich verbessert habe (vgl. Urk. 2 S. 2).

Dr. Z.____ gelangte aus rheumatologischer Sicht zum Schluss, dass sich die seronegative Polyarthrititis seit der Behandlung mit dem TNF-Blocker Cimzia

seit Januar 2016 und auch gegenwärtig in Remission befinde (Urk. 7/139/76, 7/139/82). Sie konnte im Rahmen der klinischen Untersuchung – bei normaler Beweglichkeit der Gelenke

– keine Synovitiden, Arthritiden oder Gelenksergüsse mehr feststellen (Urk. 7/139/77). Im Weiteren ergaben die im Oktober 2017 durchgeführten MRI-, Röntgen- und szintigraphischen Untersuchungen, dass weder im Bereich der Vor- und Rückfüsse noch der PIP-Gelenke der Hände Weichteilschwellungen erkennbar waren. Darüber hinaus waren an den Händen sowie im Bereich des Schultergürtels auch keine nicht-floriden entzündlichen Veränderungen sichtbar (Urk. 7/139/78, 7/139/94 ff.). Verglichen mit den ärztlichen Beurteilungen, welche der erstmaligen Rentenzusprechung im Oktober 2008 zu Grunde lagen, zeigt sich somit eine deutliche Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes. Damals waren nicht nur Synovitiden in verschiedenen Gelenken, sondern szintigraphisch

auch Anreicherungen in allen grossen Gelenken feststellbar (Urk. 7/13/7 f., 7/22/27 und 7/139/120). Im Übrigen ergibt sich auch aus den Verlaufseinträgen der behandelnden Ärzte des B.____, dass sich die Umstellung der Basistherapie auf Cimzia ab Januar 2016 positiv auswirkte und insbesondere zu einem Rückgang der Synovitiden führte (Urk. 7/139/102 ff.).

Eine erhebliche Verbesserung des somatischen Gesundheitszustandes seit der erstmaligen Rentenzusprechung im Jahr 2008 ist vor diesem Hintergrund klar ausgewiesen.

Es liegt somit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor, weshalb

der Rentenanspruch im Folgenden in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen ist (vgl. E. 1.3). Es kann dahingestellt bleiben, ob sich die gesundheitliche Situation auch aus psychiatrischer Sicht erheblich verbessert hat oder ob in diesem Kontext bloss eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts vorliegt (vgl. Urk. 1 S. 6).

E. 6.3.1

In rein somatischer Hinsicht kann auf die überzeugende Schlussfolgerung von Dr. Z.____ abgestellt werden, wonach dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Kurierfahrer nicht mehr zumutbar ist, da er aufgrund der Polyarthrititis nicht Kälte, Nässe oder grossen Temperaturschwankungen ausgesetzt sein sollte. Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 7) erweist sich angesichts der von der Gutachterin erhobenen Befunde auch die Beurteilung als nachvollziehbar, dass die Ausübung einer sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeit ohne lang andauernde repetitive Handbewegungen und ohne das Hantieren mit Lasten über zehn Kilogramm in einem 100%-Pensum möglich ist (Urk. 7/139/81 f.). Damit wurde namentlich den festgestellten leichten Funktionseinschränkungen an der Hals- und Lendenwirbelsäule hinreichend Rechnung getragen. Es besteht auch in Anbetracht des Umstands, dass keine fachärztlichen

Berichte vorliegen, welche sich aus somatischer Sicht gegen eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit aussprechen, kein Anlass, die Einschätzung von Dr. Z.____ in Frage zu stellen.

E. 6.3.2

Von psychiatrischer Seite hielt Dr. A.____ fest, dass eine mögliche leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) vorliege, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 7/140/9). Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, dass diese Beurteilung dem Bericht der Fachärzte der E.____ vom 26. Januar 2018 (Urk. 7/156 = Urk. 3/3) widerspreche, wonach eine schwere depressive Episode sowie – mutmasslich – eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen vorlägen, was mindestens eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe (Urk. 1 S. 7 f.).

Dieser Argumentation ist zunächst die Erfahrungstatsache entgegenzuhalten, dass 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).

Ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist daher nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen.

Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Solche Gesichtspunkte lassen sich dem Bericht des E.____ vom 26. Januar 2018 nicht entnehmen. Dieser erweist sich vielmehr in verschiedener Hinsicht als nicht schlüssig. Zum einen ist nicht nachvollziehbar, dass trotz der diagnostizierten schweren depressiven Episode vom Beschwerdeführer nur rund alle drei Wochen eine ambulante Sitzung in Anspruch genommen wird. Zum anderen legt auch der Umstand, dass er auf die Einnahme jeglicher Psychopharmaka verzichtet, keinen erheblichen Leidensdruck nahe (Urk. 7/140/6 f.). Hinzu kommt, dass sich der im Bericht gehegte Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mangels objektiver Befunde nicht nachvollziehen lässt. In Bezug auf die bestätigten Symptome einer depressiven Störung bleibt unklar, ob und inwiefern die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers einer kritischen Würdigung unterzogen wurden (vgl. dazu Urk. 7/140/14).

Schliesslich wird auch nicht dargelegt, welche konkreten krankheitsbedingten Funktions- einschränkungen eine mindestens 60%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen. Gesamthaft kann somit auf den Bericht des E.____ vom 26. Januar 2018 aus diversen Gründen nicht abgestellt werden, weshalb dieser auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. A.____ nicht in Zweifel zu ziehen vermag.

In Anbetracht dieser Gegebenheiten kann auf das vom Bundesgericht grundsätzlich für sämtliche psychische Leiden für anwendbar erklärte indikatorengelitete Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 verzichtet werden. Ein solches bleibt aus Verhältnismässigkeitsgründen namentlich dort entbehrlich, wo im Rahmen fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und

gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3 und 143 V 418 E. 7.1). Dr. A.____ erläuterte detailliert und in schlüssiger Weise, weshalb auf der Grundlage der von ihm erhobenen, weitgehend unauffälligen objektiven Untersuchungsbefunde keine psychische Störung mit Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit vorliegt (Urk. 7/140/8 f.). Dabei trug er nicht nur der innerpsychischen Struktur des Beschwerdeführers, sondern insbesondere auch den festgestellten Inkonsistenzen Rechnung (Urk. 7/140/

E. 6.3.3

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. Z.____ und A.____ vom 2. respektive 3. November 2017 voller Beweiswert zukommt. Weitere medizinische Abklärungen etwa in Form eines Gerichtsgutachtens (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) sind nicht angezeigt, da von diesen keine entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seiner angestammten Tätigkeit als Kurierfahrer krankheitsbedingt nicht mehr nachgehen kann. In Bezug auf leidensadaptierte Tätigkeiten besteht jedoch im Gegensatz zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprechung im Oktober 2008 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

E. 6.4

Davon ausgehend hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad korrekt anhand eines Einkommensvergleichs ermittelt (Urk. 2 S. 2, Urk. 7/149). Dieser wurde seitens des Beschwerdeführers weder im Vorbescheid- noch im Beschwerdeverfahren beanstandet (vgl. Urk. 1, Urk. 7/157), und es besteht auch von Amtes wegen kein Anlass für eine abweichende Beurteilung. So hat die Beschwerdegegnerin bei der Festlegung der Vergleichseinkommen insbesondere die Nominallohnentwicklung berücksichtigt und das Invalideneinkommen zu Recht anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) festgelegt. Auf den nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 6 %

(vgl. E. 1.2) kann daher abgestellt werden. Die von der IV-Stelle verfügte Rentenaufhebung erweist sich demzufolge im Grundsatz als rechtmässig. 7. 7.1

Zu prüfen bleibt, ob sich eine Renteneinstellung auch rückwirkend rechtfertigt. Während sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellt, die Rente sei rückwirkend per 1. April 2016 aufzuheben (Urk. 1), erachtet der Beschwerdeführer eine Rentenaufhebung frühestens ab dem 1. November 2017 als zulässig (Urk. 2 S. 9). 7.2

Hinsichtlich der zeitlichen Wirkung einer Aufhebung bzw. Herabsetzung ist Folgendes zu berücksichtigen: Wenn invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion stehen, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt in diesem Bereich daher in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Rückwirkend wird die Rente nur herabgesetzt oder aufgehoben, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder er der ihm gemäss Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (vgl. die seit

1. Januar 2015 geltende Fassung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV; vgl. BGE 142 V 259 E. 3.2.1). Trifft dies zu, sind solcherart widerrechtlich bezogene Leistungen gemäss den Vorgaben von Art. 25 ATSG zurückzuerstatten (Urteile des Bundesgerichts 9C_491/2012 vom 22. Mai 2013 E. 2.2 und 8C_191/2013 vom 16. August 2013 E. 4.3).

Gemäss Art. 77 IVV haben die Versicherten jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, unter anderem eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit sowie gegebenenfalls der wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen. Für den Tatbestand der Meldepflichtverletzung ist ein schuldhaftes Fehlverhalten erforderlich, wobei nach ständiger Rechtsprechung bereits eine leichte Fahrlässigkeit genügt (BGE 118 V 214 E. 2a; SVR 2012 IV Nr. 12 S. 61 E. 4.2.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_245/2012 vom 29. Oktober 2012 E. 4.1 und 8C_127/2013 vom 22. April 2013 E. 4.1). 7.3

Im Rahmen der Behandlung der seronegativen Polyarthritits erfolgte im Januar 2016 eine Umstellung der Basismedikation auf Cimzia (Urk. 7/139/107). Die Ärzte des B.____ wiesen in der Folge in ihrem Verlaufseintrag vom 20. April 2016 darauf hin, dass keine Arthralgien oder Synovitiden mehr feststellbar gewesen seien. Zudem habe der Beschwerdeführer nicht mehr auf Steroide zurückgreifen müssen; er fühle sich aber noch sehr schwach (Urk. 7/139/106). Wenngleich der Beschwerdeführer subjektiv eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht bestätigte, weisen bereits die Ausführungen der behandelnden Ärzte im Frühjahr 2016 auf eine entsprechende Veränderung hin.

Dies wird mit Blick auf die Ergebnisse der von der Helvetia unter anderem an zwei Tagen im März 2016 veranlassten Observation umso deutlicher (zu deren Verwertbarkeit vgl. Urteil IV.2017.00808 vom 31. Januar 2018, Urk. 7/152/7 f.). Am 30. März 2016 war der Beschwerdeführer in der Lage, mutmasslich in einer Apotheke einen Einkauf zu tätigen und in Begleitung seiner Tochter eine Poststelle aufzusuchen. Den Observanten erschien der körperliche Bewegungsablauf unauffällig und augenscheinliche psychische Beeinträchtigungen konnten sie ebenfalls nicht ausmachen (Urk. 8 S. 17 f. und 29 f.). Zuvor war der Beschwerdeführer am 23. März 2016 nicht nur wiederholt in der Lage gewesen, einen Personenwagen zu lenken, sondern hatte auch drei Männer bei einem Fahrzeugkauf

begleitet und danach zwei Pneuengeschäfte aufgesucht. Insgesamt war er mehrere Stunden ausserhalb seiner Wohnung unterwegs

gewesen und mit diversen Personen in Kontakt getreten (Urk. 8 S. 14 ff. und 23 ff.). Dabei konnten die Observanten keine Auffälligkeiten betreffend den körperlichen Bewegungsablauf oder offensichtliche psychische Einschränkungen erkennen (Urk. 8 S. 17). Im Gegensatz dazu hatte der Beschwerdeführer im Mai 2008 gegenüber Dr. C.____

über fehlenden Antrieb, Lust- und Hoffnungslosigkeit sowie mangelndes Konzentrationsvermögen geklagt. Darüber hinaus hatte er berichtet, zu Hause tatenlos zu sein, keine Interessen zu haben und keinen Aktivitäten nachzugehen (Urk. 7/33/3). Auch anlässlich des Revisionsverfahrens in den Jahren 2014/2015 hatte er noch geklagt, zu nichts in der Lage zu sein und dass es ihm sehr schlecht gehe (Urk. 7/83/2). Dr. C.____ hatte die Befunde damals als unverändert bezeichnet und unter anderem auf eine Inaktivität und einen sozialen Rückzug hingewiesen. Diverse psychische Funktionen hatte er dadurch als mittel- bis schwergradig eingeschränkt erachtet, unter anderem die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Fahrtauglichkeit (Urk. 7/79/1 f.). Das vom Beschwerdeführer einige

Monate später an den Tag gelegte Aktivitätsniveau widerspiegelt somit eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprechung, was auch aus den nach Durchsicht der Observationsunterlagen erfolgte

Stellungnahmen des Gesellschaftsarztes der Helvetia, Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin sowie des RAD hervor geht (Urk. 7/105/24 f. und 7/107/5). Namentlich am 23. März 2016 zeigte der Beschwerdeführer ein Verhalten, welches nicht mit einer vollständigen Invalidisierung in Einklang zu bringen ist.

Bei pflichtgemässer Aufmerksamkeit musste dem Beschwerdeführer spätestens im April 2016 – über zwei Monate nach der Umstellung der Medikation und unabhängig davon, ob ihm die behandelnden Ärzte eine Arbeitsfähigkeit attestierten (vgl. Urk. 1 S. 9 f.) – bewusst sein, dass er nicht basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente beziehen konnte, wenn es ihm zeitgleich möglich war, die im Rahmen der Observation dokumentierten Aktivitäten,

wie mehrfaches Erledigen von Einkäufen, Pflegen von sozialen Kontakten, Fahren eines Autos auch über längere Distanzen, selbständig und ohne sichtbare Einschränkungen psychischer Art oder am Bewegungsapparat zu bewältigen.

Obschon er im Rahmen der diversen Rentenrevisionsverfahren jeweils ausdrücklich auf seine Pflicht hingewiesen worden war, jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse unverzüglich der IV-Stelle mitzuteilen (Urk. 7/52/1, 7/72/1 und 7/91/1), unterliess er es, die wesentliche Verbesserung seines Gesundheitszustandes der IV-Stelle zu melden.

Insgesamt ist eine schuldhafte, mit anderen Worten mindestens fahrlässig begangene, Meldepflichtverletzung ausgewiesen, weshalb die IV-Stelle die Invalidenrente zu Recht in Anwendung von Art. 77 in Verbindung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV

rückwirkend per 1. April 2016 aufgehoben hat. 8.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer erstmals mit Verfügung vom 7. Oktober 2008 (Urk. 7/43) zugesprochene ganze Invalidenrente zu Recht rückwirkend per 1. April 2016 aufgehoben hat. Die angefochtene Verfügung vom 24. April 2018 (Urk. 2) ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch -
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, 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

E. 10

ff.). Im Übrigen ist auch der Vorwurf des Beschwerdeführers, dass der Gutachter zu Unrecht auf eine Kontaktaufnahme mit den behandelnden Ärzten verzichtet habe (Urk. 1 S. 8), nicht zu hören. Es liegt im Ermessensspielraum des Sachverständigen, ob er das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte für notwendig erachtet oder nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 2 8. Februar 2012 E. 4.3 mit Hinweisen).

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