

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00766 vom 2. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00766

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00766 du 2 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00766 del 2 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

als Personal leiter bei der Y.____

(Urk.

E. 1.1

Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurück kommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (sogenannte Wiedererwägung; Art. 53 Abs. 2 und 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG BGE 144 I 103 E. 2.2, 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1 mit Hinweis).

E. 1.2

Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG für ein wieder erwägungsweises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung (oder einen formell rechtskräftigen Einspracheentscheid) gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2, Art. 88 bis Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Dabei ist – wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung (oder des Einspracheentscheides) zu ermitteln (BGE 144 I 103 E. 4.4.1 mit Hinweisen, 141 V 9 E. 2.3).

Eine substituierte Begründung, wie sie das Gericht gestützt auf den Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen in seinem Entscheid vornehmen kann (BGE 125 V 368 E. 3b mit Hinweis), ist in jedem möglichen Verhältnis unter den in Betracht fallenden Rückkommenstiteln (Revision nach SchlBest., materielle Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, prozessuale Revision nach Art. 53 Abs. 1 ATSG und Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG) zulässig (Urteile des Bundesgerichts 9C_800/2016 vom 9. Mai 2017 E. 2 und 8C_634/2017 vom 20. Februar 2018 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen 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 einander 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.). 1. 4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinerner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung vom 17. Juli 2017 die wiedererwägungsweise Aufhebung der Mitteilung vom 27. Juli 2010 damit, dass diese auf ungenügenden Abklärungen im Sinne einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nach Art. 43 Abs. 1 AT SG beruht habe, da das Z.____-Gutachten vom 10. März 2010 unvollständig und widersprüchlich gewesen sei. Es stütze sich in weiten Teilen auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers. Auffallenderweise fänden sich darin keine Angaben zur Ermüdbarkeit während der Untersuchung, obwohl ein chronisches Erschöpfungssyndrom diagnostiziert worden sei. Auch weise der Tagesablauf nicht auf eine schwere Störung hin. Deshalb hätte die IV-Stelle nicht darauf abstellen dürfen. Somit sei die Rentenbestätigung vom 27. Juli 2010 zweifellos unrichtig. Nach dem Untersuchungsbericht des RAD vom 23. Mai 2016 sei aus orthopädischer Sicht höchstens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% zu begründen. Aus psychiatrischer Sicht werde lediglich eine Dysthymie ausgewiesen, weshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese medizinische Einschätzung stimme auch mit den Ergebnissen der verkehrsmedizinischen Untersuchung vom 8. September 2016 überein. Folglich sei die Mitteilung vom 27. Juli 2010 wiedererwägungsweise aufzuheben und die Invalidenrente einzustellen. Der Beschwerdeführer habe Eingliederungsmassnahmen abgelehnt, da er sich subjektiv nicht in der Lage dazu gefühlt habe (Urk. 2). 2.2.

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde geltend, die Mitteilung sei nicht zweifelslos unrichtig gewesen, da die IV-Stelle auf das Z.____-Gutachten habe abstellen können. Dieses sei weder widersprüchlich noch unvollständig gewesen. Das Gutachten sei damals auch vom RAD geprüft und nach Einholung einer Ergänzung zur Arbeitsfähigkeit für die Beurteilung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers als geeignet bezeichnet worden. Des Weiteren liefere die verkehrsmedizinische Begutachtung des Beschwerdeführers keine verwendbaren Erkenntnisse. Diese sei lediglich im Hinblick auf die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers erfolgt (Urk. 1). 3. 3.1

Der rentenbestätigenden Mitteilung vom 27. Juli 2010 (Urk. 5/58) lagen der Bericht von Dr. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Oktober 2009 (Urk. 5/41), der Bericht von Dr. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 4. November 2019 sowie

das interdisziplinäre

Z.____-Gutachten vom 10. März 2010

zugrunde (Urk. 5/50). 3.2

Dr. C.____ nannte in seinem Bericht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein seit 1998 bestehendes

Chronic-Fatigue-Syndrom (ICD-10: F48.0)

sowie eine rezidivierende mittel bis schwergradige depressive Störung

(ICD-10: F33.2). Der Beschwerdeführer befinde sich bei E.____, Psychotherapeutin FSP, in delegierter Psychotherapie. Es bestehe ein chronifizierter Zustand mit hochgradiger Apathie, depressiver Antriebshemmung, hochgradiger körperlicher, psychischer und geistiger Belastungsintoleranz, hochgradiger Erschöpfbarkeit, schwerer chronischer Schlafstörung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie chronischer innerer

Anspannung. Der Verlauf sei intra psychisch therapeutisch nicht mehr beeinflussbar und es bestehe eine anhaltend schwere soziale Isolation. Der Beschwerdeführer könne pro Tag maximal zwei Stunden leichteste Aktivitäten ausüben. Ansonsten müsse er ruhen. Es fände eine Gesprächspsychotherapie in grösseren Abständen statt. Zurzeit nehme der Beschwerdeführer keine Medikamente ein. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0% (Urk. 5/41/ 1- 3). 3.3

Im Bericht von Dr. D.____

wurde ein

Chronic -Fatigue-Syndrom sowie eine gemischte Angst- und depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie PHS li mit sub akromealem

Impingement, Tendovaginitis seit Januar 2005 auf. Der Zustand sei bezüglich Gedächtnis- und Konzentrationsschwächen sowie Kopf- und Gelenkschmerzen unverändert geblieben. Es liege eine rasche Ermüdbarkeit und eine nur langsame Erholung vor. Zudem bestünden Schlafprobleme mit Einschlaf- und Durchschlafstörungen sowie eine tagsüberzeitliche Müdigkeit ohne Schlafvermögen. Es sei keine Verbesserung in Sicht trotz eines seit einigen Jahren stabilen Gesundheitszustands. In seiner bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig, während er in angepassten Tätigkeit eine Stunde pro Tag arbeiten könne (Urk. 5/42/ 7 -10). 3. 4

Im Z.____ -Gutachten wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 5/50/23): - Mässige Osteochondrose mit Diskusprotrusionen C5-7 ohne neurale Kompression - Rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen und schwer depressiven Episoden, bestehend seit etwa 1998 (ICD-Nr. F33.0, F33.10, F33.2) - Neurasthenie (chronisches Erschöpfungssyndrom), bestehend seit 1998 (ICD-Nr. F48.0) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleiben: - Acromioclaviculargelenksarthrose rechts und links - Leichte

femoro-patelläre Inkongruenz und reduziertes femoro-tibiales Aligment links - Ellbogenschmerzen rechts und links - Hüftschmerzen rechts und links - Knieschmerzen rechts - Leichte laterale OSG-Bandinstabilität links - Senkfüsse beidseits In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde festgehalten, dass die Nackenschmerzen nur teilweise auf die im Magnetic

Resonance Imaging (MRI) nachgewiesene Osteochondrose mit Diskusprotrusion C5-7 ohne neurale Kompression zurückgeführt werden könnten. Insbesondere kontrastiere das Ausmass der Beschwerden und speziell die massiven abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule (HWS) mit den relativ geringen degenerativen Veränderungen im MRI. Die medialen und lateralen Schmerzen im Ellbogen rechts und links könnten bei unauffälligem klinischen und radiologischen Befund nicht plausibilisiert werden. Auch die Schmerzen in der Hüfte lateral rechts und links könnten bei normalem radiologischem Befund nicht objektiviert werden. Zudem sei auch der Untersuchungsbefund des rechten Kniegelenks unauffällig, obwohl Schmerzen medial und lateral angegeben würden. Links sei radiologisch eine leichte femoro-patelläre

Inkongruenz sowie ein reduziertes femoro-tibiales Aligment sichtbar, was die Beschwerden teilweise erklären könne. Im psychischen Zustand lasse sich seit etwa 1998 eine rezidivierende depressive Störung mit leichten bis mittelgradigen und schweren

depressiven Episoden sowie neurasthenischen Beschwerden erheben . Trotz langjähriger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung habe sich das psychische Zustandsbild bis dato nicht wesentlich gebessert. Zusätzlich e medikamentöse antidepressive Behandlungen hätten wenig Erfolg gebracht . Des Weiteren seien SSRI , wie von

Dr. F.____ am 30.

November 2001 beschrieben , nicht vertragen worden. Seit einem Jahr nehme der Beschwerdeführer keine Antidepressiva ein. Die depressiven Episoden würden über mehrere Wochen dauern und dazwischen bestehe während

zwei bis drei Wochen eine bessere psychische Verfassung, jedoch durchgehend mit bedrückter Stimmungslage. Hinzu kämen soziale Rückzugstendenzen. Der Beschwerdeführer habe seit fünf Jahren nur noch wenige Kontakte. Die emotionale Belastbarkeit , die geistige Flexibilität, die Interessen , die Motivation, der Antrieb , die Konzentrationsfähigkeit , die Aufmerksamkeit und die Dauerbelastbarkeit erschienen beeinträchtigt und es sei eine Störung der Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung anzunehmen. Je nach Intensität der depressiven Störung verfüge der Beschwerdeführer nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen und diese seien durch eine zumutbare Willensanstrengung nur eingeschränkt zu überwinden. Bei Vorliegen einer leichten depressiven Episode sei keine Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und -bewältigung anzunehmen . Der Beschwerdeführer verfüge dann ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen und diese seien durch eine zumutbare Willensanstrengung ausreichend überwindbar (Urk. 5/50/22). Die Arbeitsfähigkeit wurde anlässlich der orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung bei voller Stundenpräsenz in bisheriger Tätigkeit als Personalleiter seit 2001 auf 0% festgelegt, da aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit leichten bis mittelgradigen un d

schweren depressiven Episoden mit neurasthenischen Beschwerden die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, die Interessen , die Motivation , der Antrieb, die Konzentrationsfähigkeit , die Aufmerksamkeit und die Dauerbelastbarkeit erheblich beeinträchtigt seien . Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass die regelmässig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Kopfhaltung eingenommen werde und Gegenstände über 5

kg gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit häufigem Laufen auf Treppen und Leitern verbunden seien ,

könnten gesamthaft bei voller Stunden präsenz seit mindestens der letzten Rentenrevision 2006 zu 50% zugemutet werden. Zudem dürften die Arbeiten keine erhöhte emotionale Belastung, keine Stressbelastung, keine erforderliche geistige Flexibilität, keine erhöhte Verantwortung, keine erforderliche überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit, keinen vermehrten Kundenkontakt und keine überdurchschnittliche Dauer - belastung aufweisen (Urk. 5/50/23) .

Im Einzelnen führte der psychiatrische Teilgutachter aus, dass sich der Beschwerdeführer seit Jahren in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befinde und eine antidepressive Medikation entweder schlecht vertragen worden sei oder nicht den

gewünschten Erfolg gebracht habe. Deshalb nehme der Beschwerdeführer seit etwa einem Jahr keine Antidepressiva ein. Durch die Fortsetzung einer regelmässigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung mit konsequenter antidepressiver Medikation sollte innerhalb von zwei Jahren eine Besserung und Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung zu erwarten sein (Urk. 5/50/19). 4. 4.1

Im Rahmen des amtlich eingeleiteten Revisionsverfahren im September 2015 (Urk. 5/75) wurden folgende medizinische Abklärungen vorgenommen: 4.2

Im Bericht der Hausärztin Dr. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 11. November 2015 wurde

als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ein seit 1998 bestehendes Chronisches -Fatigue-Syndrom (ICD-10: F48.0)

und eine rezidivierende mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD-10: F33.2)

festgehalten. Es liege ein unveränderter Befund vor. Der Verlauf bezüglich CFS sei stabil. Bezüglich Depressionen bestehe eine aktuell leichte Verschlechterung. Der Beschwerdeführer sei in regelmässiger psychologischer Behandlung bei Frau E.____. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 1999. Eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit sei aus ihrer Sicht nicht möglich, auch nicht in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 5/77/5-7). 4.3

Dr. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Frau

E.____

erhoben in ihrem Bericht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.2), ein Chronisches -Fatigue-Syndrom (ICD-10: F48.0) sowie

diverse somatische Beschwerden. Es bestünden unveränderte Befunde, teils aggraviert. Der Beschwerdeführer weise einen chronifizierten Zustand mit hochgradiger Apathie, deprimierter Antriebshemmung, sehr geringer Belastungstoleranz bei hochgradiger physischer Erschöpfbarkeit, chronischen Schlafstörungen, geringer Konzentrationsspanne sowie sozialer Isolation auf. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 1999. Es sei keine Veränderung mehr zumutbar. Alle zwei bis drei Wochen befinde sich der Beschwerdeführer in einer Gesprächstherapie zur Stabilisierung. Aus ihrer Sicht sei der Beschwerdeführer für jegliche Art von leistungsorientierter Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Es existiere kein zumutbares Arbeitsprofil (Urk. 5/79/1-3). 4.4

A.____ führte in seinem Untersuchungsbericht auf psychiatrischem Fachgebiet vom 23. Mai 2016 aus, dass sich der Beschwerdeführer subjektiv überzeugt von seinen langjährigen Einschränkungen, insbesondere von seiner schnellen Ermüdbarkeit und Unkonzentriertheit, zeige. Objektiv könnten diese subjektiven Beschwerden nicht festgestellt werden. Er habe die einstündige Anreise und die zweieinhalbstündige Untersuchung ohne objektiv erkennbare Ermüdungszeichen bewältigt. Zu beobachten seien eine gewisse Freudlosigkeit und eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit gewesen. Während der Untersuchung sei ein ungestörter Antrieb festgestellt worden. So habe der Beschwerdeführer in einer vorbereiteten Rede beispielsweise an die nötige Unabhängigkeit der Untersuchten appellieren und seine unerfreuliche Lage auf dem Arbeitsmarkt darstellen können. Diesem beobachteten erhaltenen Antrieb stehe seine glaubhafte Angabe gegenüber, dass er früher

einen höheren Antrieb (Lesen, Ferien, Töffe, Reisen, Besuche) gehabt habe. Mit Blick auf gewisse Freudlosigkeit und diese Antriebsabnahme könne eine Dysthymie

(ICD-10: F34.1) diagnostiziert werden. Der Schweregrad einer leichten depressiven Störung könne nicht erreicht werden. Somit bestehe keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nach ICD-10 (Urk. 5/93/4-5). 4. 5

Im Untersuchungsbericht von B. ___

auf orthopädischem Fachgebiet

vom 23. Mai 2016 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der HWS bei bekannten Osteochondrosen gestellt.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verblieben generalisierte Schmerzen ohne nachweisbares organisches Korrelat. Auch die Untersuchung zeige keine Hinweise auf schwerwiegende Pathologien des Bewegungsapparates. Es könne aus orthopädischer Sicht an der Einschätzung von Dr. I. ___, welcher eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20% für die angestammte Tätigkeit attestiert habe, festgehalten werden. Daher bestehe in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Personalleiter eine 80% - ige Arbeitsfähigkeit seit März 2010 (Urk. 5/94/7-8). 5.

E. 5

/

E. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die mit der angefochtenen Verfügung vom 17.

Juli 2018 (Urk. 2) erfolgte wiedererwägungsweise Aufhebung der Mitteilung vom 27.

Juli 2010 (Urk. 5/ 59) rechtens

ist. Ohne Weiteres ist dabei mit Blick auf den Charakter der mit der Bestätigung der zugesprochenen Invalidenrente als periodische Dauerleistung die Voraussetzung der erheblichen Bedeutung der Berichterstattung zu bejahen.

Zu prüfen bleibt, ob die Mitteilung vom 17. Juli 2018 zweifellos unrichtig und daher der erfolgten Wiedererwägung zugänglich war.

E. 5.2

Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass der Entscheid unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss – derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung – möglich. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung aufgrund falscher oder unzutreffender Rechtsregeln erlassen wurde oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders

verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (z.B. Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach-

und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2010 vom 1. Juli 2010, E. 3 mit Hinweisen).

E. 5.3

Die Bestätigung der ganzen Rente erfolgte aus psychiatrischen Gründen gestützt auf das bidisziplinäre

Z.____-Gutachten vom 10. März 2010 (Urk. 5/50). Dieses beruht auf umfassenden fachärztlichen orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst (Urk. 5/50/2 und Urk.5/9-11). Die vorhandenen Arztberichte wurden gewürdigt (Urk. 5/50/20 und Urk. 5/50/24). Die Gutachter haben detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben und die geklagten Beschwerden berücksichtigt (vgl. E. 1.3).

Der psychiatrische Teilgutachter stützte sich für die Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit auf die ihm vorliegenden medizinischen Akten, wobei er durchaus gewisse Restressourcen erkannte, weshalb er dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit auch eine 50% - ige Arbeitsfähigkeit attestierte (Urk. 5/50/ 17- 19).

Selbst Dr. J.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. K.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom RAD erachteten

das Gutachten , nach der Stellungnahme des Z.____ zur Zusatzfrage (Urk. 5/56) ,

als überzeugend (Urk. 5/57/5) . Folglich wurde auf das Gutachten abgestellt und die Rente auf grund der darin ausgewiesenen Verbesserung des Gesundheitszustands neu berechnet (Urk. 5 / 57/5) . Der neue Invaliditätsgrad betrug 74 % , weshalb der Beschwerdeführer immer noch Anspruch auf eine ganze Rente hatte (Urk. 5/54 und Urk. 5 / 57/6) . 5. 4

In Würdigung der gesamten medizinischen Aktenlage

zeigen sich entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der damaligen Sach- und Rechtslage keine überzeugenden Zweifel an der Vertretbarkeit der fachärztlichen Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers , zumal sich der Beschwerdeführer auch seit Beginn seiner Erkrankung in einer konsequenten

Psychotherapie befand und immer noch befindet. Des Weiteren stützt sich das psychiatrische Gutachten sicherlich auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers, was bei psychischen Erkrankungen in einem gewissen Umfang unumgänglich ist. Insbesondere wurde aber auch die bisherige Anamnese herbeigezogen, um die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung zu erheben. Auch beziehen sich die Konzentrationsschwäche und ein vermindertes Aufmerksamkeitsvermögen im Abschnitt «Defizite» nicht darauf, wie sich der psychische Status des Beschwerdeführers bei der Begutachtung präsentierte, sondern allgemein auf das anfangs ausgeprägte Chronic - Fatigue -Syndrom (ICD F48.0), welches ihm von den behandelnden Ärzten diagnostiziert wurde (Urk. 5/50/17). Hinzu kommt, dass bei einer bestätigten Arbeitsunfähigkeit von 50-Prozent ein strukturierter Tagesablauf im vorliegenden Umfang durchaus noch gegeben sein kann (Urk. 5/50/15), wenn die Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet wird. Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass das Gutachten gewisse Schwachpunkte aufweist, indem unter anderem kein aktueller Schweregrad der depressiven Störung angegeben wird oder keine Angaben zur Ermüdbarkeit zu finden sind. Allerdings wiegen diese

insgesamt nicht so schwer, dass die damalige Annahme einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit als schlechterdings unvertretbar erachtet werden könnte. Demnach kann die Mitteilung vom 27. Juli 2010 nicht als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne bezeichnet werden. 6. 6.1

In einem weiteren Schritt ist zu prüfen, ob die angefochtene Verfügung mit der Begründung der Revision zu schützen ist. Im orthopädischen RAD- Untersuchungsbericht wurde eine unveränderte Arbeitsfähigkeit von 20% in an gestammter Tätigkeit festgehalten (E. 4. 3) und es wurde explizit erwähnt, dass sich im Vergleich zu den von Dr.

I. ___ im Rahmen des Gutachtens erhobene Befunden im Februar 2010 keine wesentlichen Änderungen ergeben hätten (Urk. 5/94/8). Während im psychiatrischen RAD- Untersuchungsbericht einerseits nicht einmal eine leichte

rezidivierende depressive Störung

und keine Neurasthenie diagnostiziert wurden und somit eine volle Arbeitsfähigkeit festgestellt wurde (E. 4.4),

hält der RAD-Psychiater andererseits fest, dass

der aktuelle Befund weitgehend mit dem Befund im Gutachten 2010 auf Seite 11 übereinstimmt, weshalb von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen sei. Auch sei die Leistungsfähigkeit gleich

geblieben (Urk. 5/93/6).

6.2

In den RAD-Untersuchungsberichten, welche zuverlässig und schlüssig erscheinen (E. 1.4), wurde mithin überaus deutlich festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung im Jahr 2010 nicht verändert haben. Darüber hinaus sind auch die geklagten Beschwerden unverändert geblieben. Da

eine lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts

keine Anpassung im Sinne von Art. 17 ATSG zu rechtfertigen vermag (E.

1. 2), lässt sich die 2010 ergangene Mitteilung nicht unter diesem Titel abändern.

Daran vermag auch das verkehrsmedizinische Gutachten nichts

zu ändern. Es trägt nicht zur Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes bei, da es keine Äusserung zur Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers enthält. 7.

Dies führt zusammengefasst zum Schluss, dass die Mitteilung vom 27. Juli 2010 nicht zweifellos unrichtig gewesen ist und deshalb nicht in Wiedererwägung gezogen werden kann, sowie, dass auch die Voraussetzungen einer revisionsweisen Anpassung nicht gegeben sind. Demnach ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der gegen sie erhobenen Beschwerde mit der Feststellung aufzuheben, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat.

E. 7

). Am 30. Oktober 2001 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf ein seit September 1998 bestehendes Chronic Fatigue Syndrom bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 5/3).

Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 5/2), holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 5/7) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 5/

E. 8

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstWantz

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