

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00895 vom 12. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00895

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00895 du 12 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00895 del 12 novembre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs.

E. 1.2

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) 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; vorbehalten bleibt die Rechtssprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f. und 133 V 108 E. 5.4 S. 114 mit Hinweis

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.

E. 2

ATSG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre rentenanspruchsverneinende Verfügung vom Juli 2012 (Urk. 2) damit, der Beschwerdeführer sei gestützt auf das psychiatrische Gutachten in jeglicher Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig und könne mit der Ausübung einer Erwerbstätigkeit ein rentenausschliessen des Einkommen erzielen (S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde vom September 2012 (Urk. 1) geltend, auf das psychologische Gutachten vom Mai 2011 könne nicht abgestellt werden. So sei die Arbeitsfähigkeit von 70 % nicht nachvollziehbar begründet (S. 6 f. Ziff. 2, S. 8 lit. d, S. 9 lit. b, S. 10 lit. d). Vielmehr sei auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters abzustellen, wonach es unvorstellbar sei, dass er irgendeine Arbeitsleistung erbringen könne. Zudem habe sich sein Gesundheitszustand aktenkundig verschlechtert und es sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 7 lit. b, S. 8 lit. a, S. 9 f. lit. c). Aufgrund des langjährigen komplexen Krankheitsbildes, des nicht vorhersehbaren Krankheitsverlaufs und der geringen Schulbildung könne nicht mehr von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 8 lit. c).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich seit der mit Verfügung vom 1. Februar 2006 (Urk. 7/44) erfolgten Einstellung der Invalidenrente der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verändert hat. 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich

eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung bildet der Sachverhalt im Zeitpunkt

der Verfügung vom 1. Februar 2006 (Urk. 7/44). Die damalige Einstellung der Invalidenrente beruhte auf der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 7/43).

E. 3.2

Dr. Z.____ konnte in seinem Bericht vom 23. Januar 2006 (Urk. 7/40) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung und Verhaltensproblematik mit der kulturellen Eingewöhnung (ICD 10 FZ 60.3), bestehend seit 1999 (lit. A). Dr. Z.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 6. Juni 2002 bei ihm in Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 19. Dezember 2005 stattgefunden habe (lit. D Ziff. 1-2).

Der Beschwerdeführer sei vom 6. bis 12. Februar 2004 hospitalisiert gewesen und sei per FFE durch den Notfallpsychiater wegen Selbstgefährdung ins A.____ eingewiesen worden. Die damals angegebene Diagnose mit Verdacht auf chronisch paranoide Schizophrenie könne er nicht bestätigen, da der Beschwerdeführer seit seiner Entlassung keine Medikamente nehme und seither adäquat sei und keine Verfolgungsideen mehr habe. Aufgrund seines Fahrausweises nach dem Autounfall habe sich der Beschwerdeführer einen Anwalt genommen. Bis jetzt habe der Beschwerdeführer Mühe, mit Geld umzugehen, da er sich nach dem Autounfall verschuldet habe. Deswegen sei ihm ein Beistand zur Seite gestellt worden (lit. D Ziff. 3). Seit 2004 nehme der Beschwerdeführer keine Medikamente und es sei zu keinen Ausfällen oder Rückfällen gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Prognose gut (lit. D Ziff. 7). Der Beschwerdeführer fühle sich derzeit gut und möchte am liebsten einen Beruf erlernen oder eine Arbeitsstelle finden (lit. D Ziff. 4).

4. 4.1

Zum Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung (Juli 2012) präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt:

Dr. med. B.____,

Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 25. Mai 2010 (Urk. 7/66 = Urk. 3/8) aus, beim Beschwerdeführer liege

diagnostisch ein vollentwickeltes Wahnsystem mit multiplen psychosozialen Problemen, komplizierten Familienverhältnissen, mangelnden Deutschkenntnissen und mangelnder Integration vor. Die invaliditätsfremden Probleme seien nicht die Ursache der Arbeitsunfähigkeit, sondern die Krankheit für sich alleine begründe diese genügend. Die paranoide Schizophrenie bewirke beim Beschwerdeführer Realitäts-, Energie- und Sinnesverlust. Er sei vornehmlich mit seinen Wahnideen und Halluzinationen beschäftigt und könne sich nicht mehr auf äusserere Wahrnehmungen einstellen und Handlungen nicht mehr zielgerecht, spektiv und konzentriert erledigen (S. 2).

Er leide rezidivierend an Flash-backs, gekennzeichnet vom Wiedererleben

traumatischer Situationen in Form von Bildern, Gedanken und unmittelbaren Wahrnehmungen und Alpträumen. Ebenso bestehe eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität in Form von Interessenverlust und Isolation und ein erhöhtes Erregungsniveau, welches sich in Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit ausdrücke. Der Beschwerdeführer sei zu keinem geordneten Gedankengang fähig. Weitere Symptome der Erkrankung seien die Unfähigkeit einer realitätsgerechten Einschätzung einer unerwarteten Situation, ein übermässiges Misstrauen mit Gefühlen des Nichttrauenkönnens und einem unrealistischen Gefährdungsgefühl, eine klinisch auffällige Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Dissoziation) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung.

Dr. B.____

hielt fest, der Beschwerdeführer habe sich von der Realität stark abgekoppelt. Seine auffällige Erscheinung, sein merkwürdiges Auftreten und seine bizarren Ideen machten es unvorstellbar, dass er irgendeine Arbeitsleistung erbringen könnte. Seine Negativsymptomatik (Verlangsamung, Schwerbesinnlichkeit) verunmöglichten es ihm, in irgendeinem Erwerbszweig produktiv zu werden (S. 1). 4.2

Am 3. Mai 2011 erstattete

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 7/82). Er stellte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 9

Ziff. 5.1): - polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (ICD-10 F23.0) - Differenzialdiagnose: paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0)

Dr. C.____ führte aus, laut Angaben des Beschwerdeführers befinde sich dieser seit etwa einem Jahr in ambulant-psychiatrischer Behandlung von Dr. B.____, mit unregelmässiger, etwa dreiwöchentlich stattfindender Gesprächstherapie sowie pharmakologischer Behandlung. Er nehme die Medikamente zur Prävention ein. Aktuell fühle er sich normal und in psychischer Hinsicht nicht krank (S. 5 Ziff. 3.1). Er sei 1999 aus politischen Gründen asyloschenden in die Schweiz emigriert und habe sich 2006 in D.____ mit einer Landsfrau verheiratet, die ihm von seiner Mutter vermittelt worden sei. Aus dieser Ehe seien zwei Töchter hervorgegangen, geboren 2007 und 2011, die beide gesund seien (S. 6 Ziff. 3.3). Der Beschwerdeführer habe sodann ausgeführt, im E.____ sechs Jahre die Grundschule besucht, dort aber keine Berufsausbildung absolviert und auch nicht gearbeitet zu haben. Nach der Immigration in die Schweiz 1999 sei er von Februar bis August 2002 als Küchenhilfe tätig gewesen. Seither sei er keiner Arbeit mehr nachgegangen und habe auch keinen Arbeitsversuch unternommen (S. 6 Ziff. 3.4). Seit dem Führerscheinentzug im Jahr 2004 fahre er nicht mehr selbständig Auto. Seine Ehe sei soweit intakt und er kümmere sich mit seiner Ehefrau um die beiden Töchter (S. 7 Ziff. 3.5). Er stehe morgens zwischen 7 und 8 Uhr mit der Familie auf und bringe seine Tochter zur Spielgruppe und lege sich anschliessend nochmals bis 11 Uhr ins Bett. Nach dem Essen einer Banane gehe er mehrere Stunden alleine spazieren, manchmal bis 15 Uhr. Den Haushalt wie auch die Einkäufe erledige die Ehefrau selbständig. Zu Mittag esse er in der Regel nichts und das Nachtessen nehme er mit der Familie zu sich. Anschliessend gehe er noch bis 23 Uhr spazieren und um etwa 1 Uhr lege er sich zum Schlafen ins Bett (S. 7 Ziff. 3.6).

Der Beschwerdeführer habe darüber berichtet, sich in psychischer Hinsicht eigentlich gesund zu fühlen. Andere Menschen in seiner Umgebung würden behaupten, er sei nicht normal und erzähle Unwahrheiten. Dies sei jedoch falsch. Nach Ansicht des Beschwerdeführers seien die anderen nicht normal. Er beobachte häufig andere Menschen und erkenne dann an deren Mimik und Gestik Signale, die gegen ihn gerichtet seien. Er fühle sich ständig beobachtet und von anderen Menschen verfolgt (S. 7 Ziff. 3.7).

Dr. C.____ führte aus, das äussere Erscheinungsbild habe etwas verwahrlost gewirkt, so habe die Hose mehrere kleine Löcher aufgewiesen. Ein Rapport sei zufriedenstellend herstellbar gewesen. Die Grundstimmung sei leichtgradig gedrückt und ängstlich, die affektive Schwingungsfähigkeit ebenfalls leichtgradig eingeschränkt. Die Beschwerdeschilderungen an sich seien glaubhaft und der Beschwerdeführer habe weitgehend authentisch gewirkt. Der formale Gedankengang sei geordnet und nachvollziehbar, inhaltliche Denkstörungen mit wahnhaftem Erleben im Sinne paranoider Befürchtungen seien zu eruieren. Allfällige akustische Halluzinationen (Stimmenhören) seien vom Beschwerdeführer vage bejaht worden. Alternativ zu den beschriebenen schizophreniformen Symptomen könnte es sich hierbei auch um paranoide Anteile im Rahmen einer allfälligen Persönlichkeitsstörung handeln. Die Gedächtnisfunktionen sowie die Aufmerksamkeit, Konzentration und die Intelligenz seien klinisch intakt. Das Antriebsverhalten sei unauffällig, psychomotorisch wirke der Beschwerdeführer mittellebhaft. Zwangsgedanken oder -handlungen sowie Ich-Störungen liessen sich nicht eruieren (S. 8 f. Ziff. 4).

Der E inschätzung von Dr. B.____ , dass beim Beschwerdeführer von einer paranoiden Schizophrenie mit Realitäts-, Energie- und Sinnesverlust aus zugehen sei, könne vom Referenten nicht geteilt werden. Die Angaben d e s B e schwerdeführers und die Krankheitsanamnese insgesamt seien zu vage und teilweise auch zu inkonsistent und das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers passe nicht zu einer Schizophrenie. So kümmere er sich um die beiden Töchter und habe 2006 in D.____ eine Landsfrau geheiratete und stehe im Kontakt zu der in F.____ lebenden Mutter. Der formale Gedankengang sei zudem, unty pisch für eine Schizophrenie , geordnet und nachvollziehbar und die kognitiven Funktionen seien klinisch intakt (S. 10 Mitte).

Aus vers icherungsmedizinischer Sicht sei auf psychiatrischem Fachgebiet ab Datum der aktuellen Untersuchung von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit aus zugehen. Eine retrospektive Einschätzung des Gesundheitszustandes sei auf grund der spärlichen Verlaufsberichte nicht möglich (S. 11 Ziff. 6.2). Die beim Beschwerdeführer bestehende psychiatrische Erkrankung wirke sich naturge mäss auf jegliche berufliche Tätigkeiten gleichermassen aus (S. 11 Ziff. 6.3). Prognostisch sei unter Weiterführung der psychotherapeutisch- psychopharma kologischen Behandlung medizinisch-theoretisch innerhalb der kommenden sechs bis zwölf Monate eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit auf 100 % möglich. Aufgrund der Tendenzen zur Selbstli mitierung und der fehlenden Motivation hinsichtlich des Erlernens der deut schen Sprache und beruflichen Wiedereingliederung habe diese Einschätzung aber eher medizinisch-theoretischen Charakter (S. 12 Ziff. 6.5). Die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sei durch einen psychischen Gesundheitsschaden verursacht und werde aber auch durch andere invaliditätsfremde Fak toren ungünstig be einflusst. Zu den invaliditätsfremden Faktoren zählten in diesem Falle wirt schaftliche Gründe wie Arbeitslosigkeit und schwierige Wirtschaftslage und persönliche Gründe wie mangelnde Sprachkompetenz und niedriges Ausbil dungs niveau usw. (S. 12 f. Ziff. 6.7). 4.3

Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom 1 5. September 2011 (Urk. 7/101 = Urk. 7/104/1-2 = Urk. 3/10) folgende Diagnosen (S. 1): - paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild, wahrscheinlich im Rahmen ei ner Erkrankung aus dem schizophre nen Formenkreis (ICD-1 0 F20.0) - differenz ialdiagnostisch: schi zoaffektive Störung Angst-Glückspsy chos e im Sinne von Prof. G.____

Dr. B.____

hielt fest , bei der letzten Konsultation habe sich eher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gezeigt. Er habe im Gespräch reizbar und unausgeglicheng ewirkt. Beim geringsten Anlass sei er in grosse Anspannung geraten und habe die Konsultation verlassen. Es

sei ausgeschlossen, dass sich der Beschwerdeführer in den Arbeitsprozess integrie ren lasse (S. 1). 4 .4

Dr. C.____ führte in seiner Stellungnahme vom 1 8. November 2011 (Urk. 7/105) aus, er teile die von Dr . B.____ gemachte diagnostische Einschätzung, dass beim Beschwerdeführ er von eine Erkrankung aus dem s chi zophrenen Formenkreis auszugehen sei , nicht. Er sei bereits in seinem Gutach ten explizit darauf eingegangen. Ergänzend sei diesbezüglich festzuhalten, dass die Diagnose „Schizophrenie“ eine weitaus schwerwiegendere und in d er Regel dauerhaft invalidisierende psychische Erkrankung darstelle, als die von ihm di agnostizierte psychiatrische Störung. Die von Dr. B.____ diagnosti zierte Schizophrenie sei

im Übrigen auch nicht von Dr. Z.____ (vgl. Urk. 7/ 17, Urk. 7/ 40) und auch nicht von den Ärzten des A.____

(vgl. Urk. 7/ 20) geteilt worden .

Dr. C.____ hielt fest, aus rein psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht lasse sich keine dauerhafte vollständig Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität begründen. Psychosoziale Belastungsfaktoren und die beschriebenen Persönlichkeits- sowie Verhaltensauffälligkeiten seien beim Beschwerdeführer zweifelsfrei vorliegend und könnten auch zu temporär bestehender Arbeitsunfähigkeit führen (S. 2 f.). 4 .5

Dr. B.____

hielt in seinem Bericht vom 8. Dezember 2011 (Urk. 7/107 =

Urk. 3/11) fest, aufgrund der Anamnese und der von ihm erhobenen Befunde kämen zwei mögliche Differenzialdiagnosen in Betracht. Die Diagnosen polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (ICD-10 F23.0) und Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20.0) beinhalteten beide das gemeinsame Auftreten charakteristischer Merkmale . Das häufig emotionale Aufgewühltsein mit intensiven Glücksgefühlen und Ekstase, die Angst und Reizbarkeit , wie beim Beschwerdeführer vorhanden, seien

vielfältig, unbeständig und für das gesamte klinische Bild charakteristisch. Da die Symptome andauerten, sollte die Diagnose in eine anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F.22) geändert werden. Es stelle sich die Frage, ob man sich auf die Diagnose oder auf die entscheidenden Symptome und ihren Verlauf und die Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit fixieren wolle (S. 1).

Es liege eine komplexe multifaktorielle Störung wie eine andauernde Persönlichkeitsänderung mit folgenden Merkmalen vor: belastende Erlebnisse mit Kriegs- und Foltererfahrungen, misstrauische Haltung der Welt gegenüber, Entfremdung, keine Krankheitseinsicht vorhanden.

Im Zentrum der Problematik stünden die Schwierigkeiten der Regulation von Gefühlen, was sich in den verschiedenen Lebensbereichen niederschlage. Die zwischenmenschlichen Beziehungen seien sehr wechselhaft geprägt durch Misstrauen, Kränkbarkeit und Angst. Starke Stimmungsschwankungen und Dissoziation erzeugten einen hohen Leidensdruck und belasteten die mit menschlichen Beziehungen. Diese Persönlichkeitsänderung bestehe seit Jahren.

Dr. B.____ führte aus, er stehe im ständigen Kontakt mit den betreuenden Sozialarbeitern und der Ehefrau, die bestätigten, dass jegliche Bemühungen um eine Arbeitsintegration oder eine Beschäftigung gescheitert seien. Auch nach der Zusprache einer Invalidenrente habe er diese abgelehnt, mit der Begründung , er sei nicht verrückt oder krank im Kopf. Der Beschwerdeführer sei für alle Arbeitgeber vollumfänglich unzumutbar (S. 2). 4.6

Dr. C.____ führte in seiner Stellungnahme vom 13. April 2012 (Urk. 7/112/1-2 = Urk. 3/12) zum Bericht von Dr. B.____ vom Dezember 2011 (vorstehend E. 4 . 5) aus, dass dieser keine wahnhaftige Symptomatik im eigentlichen Sinne beschreibe, sondern eher die beim Beschwerdeführer bestehende psychiatrische Problematik etwas umfangreicher darlege, als dies in den bisherigen Befundsberichten der Fall gewesen sei. Gemäss ICD-Klassifikation sei eine wahnhaftige Störung charakterisiert durch die Entwicklung eines einzelnen

Wahns oder mehrerer aufeinander bezogene r Wahninhalte, die im allgemeinen lange, manchmal lebenslang andauern. Eindeutige Wahnideen würden von Dr. B. ___ nicht genannt, sondern es würden unspezifische psychopathologische Phänomene beschrieben, welche sich nicht eindeutig einer psychiatrischen Störung zuordnen liessen. Wie bereits im Gutachten ausführlich dargelegt, hätten sich beim Beschwerdeführer keine Hinweise für eine „anhaltende wahnhaftige Störung“ ergeben (S. 2) . 4.7

Dr. B. ___ führte in seinem Bericht vom 15. Mai 2012 (Urk. 7/116 /1-2 = Urk. 3/9) aus, aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde, der Aktenlage, der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers „ sowie aufgrund fremdanamnestischer Auskünfte (nach Entlassung aus dem Gefängnis, als Folge Auseinandersetzung mit der Ehefrau) “ , müssten beim Beschwerdeführer zum heutigen Zeitpunkt folgende psychiatrische Diagnosen gestellt werden (S. 1): - Borderline-Persönlichkeitsstörung mit paranoiden Zügen (ICD-10 F60.31) - Differenzialdiagnose: schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.2) - rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - unverarbeitete posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Dr. B. ___

berichtete, beim Beschwerdeführer müsse aus psychiatrischer Sicht eine hohe emotionale Instabilität, insbesondere bezüglich aggressiver Impulse sowie der Angst festgestellt werden. Er habe ein äusserst beschädigtes Selbstbild und nur instabile positive innere Ressourcen. Er sei unsicher im Kontakt mit Menschen und habe kein stabiles Selbstwertgefühl. Er habe eine ständig hoch geladene emotionale Spannung verbunden mit dem Verdacht auf eine bipolare affektive Prognose mit gemischten Episoden. Der Beschwerdeführer müsse als multipel traumatisiert beurteilt werden. Das Trauma liege wohl mehrheitlich in den Foltererfahrungen in seinem Heimatland (S. 1) . Der Beschwerdeführer leide an einer schweren Persönlichkeitsstörung. Er zeige eine deutliche Unausgeglichenheit in der Einstellung und im Verhalten in mehreren Funktionsweisen. Es betreffe dies die Affektivität, den Antrieb, insbesondere die Impulskontrolle, die oft paranoide Wahrnehmung sowie das Denken, das psychotisch anmutet. Eventuell komme es beim Beschwerdeführer auch zu Mini-Psychosen mit vor allem paranoidem Inhalt . Das Verhaltensmuster des Beschwerdeführers, welches durchwegs als auffällig beurteilt werden müsse, sei tiefgreifend und bestimme alle persönlichen Lebenssituationen.

Neben der erwähnten Persönlichkeitsstörung bestünden beim Beschwerdeführer sicherlich rezidivierende depressive Episoden. Das Selbstwertgefühl des Beschwerdeführers sei schon aufgrund der Persönlichkeitsstörung massiv beeinträchtigt . Hierzu gesellten sich aber noch eine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung, eine negative pessimistische Zukunftsperspektive, erhebliche Schlafstörungen, eine Libidoverminderung, die fehlende Möglichkeit sich in einer angenehmen Umgebung zu entspannen sowie soziophobische Symptome. Der Beschwerdeführer sei sicherlich nur noch knapp in der Lage, sein Leben ohne Hilfe zu Hause zu richten. Die Prognose sei ernst und die Krankheit des Beschwerdeführers schwerwiegend. Er benötige dringend weiterhin psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung, soziale Begleitung sowie einen Beistand oder Vormund.

Es könne von einer psychiatrischen Behandlung allerdings keine rasche Heilung erwartet werden. Es gehe vielmehr um eine sozial-psychiatrische Betreuung und Stabilisierung eines an sich höchst instabilen psychischen Gleichgewichts. Beim Beschwerdeführer liege ein

Komplex psychischer Störungen vor, welche r eine deutliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe.

Aufgrund des eingengten Denkens sei die Umstellung auf andere , auch arbeitsbe zogene Themen , nicht möglich. Tief g reife Persönlichkeitsstörungen verursachten länger dauernde, die Reizbarkeit kurz anhaltende Beeinträchtigung en der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung von Dr. C.____ sei nicht nachvoll ziehbar (S. 2). 5 .

5 . 1

Vorab ist festzuhalten, dass sich der medizinische Sachverhalt seit der Einstel lung der Invalidenrente im Februar 2006 und der vorliegenden Situation verän dert hat.

Während zum Zeitpunkt der Verfügung im Jahr 2006 noch in sämtlichen Tätig keiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestand (vorstehend E. 3.2) , lie gen heute psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Auf die Neuanmeldung ist demnach zu R echt eingetreten worden. Zu prüfen ist im Folgenden, ob eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invali ditätsgrades ei n g e treten ist. 5.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Einschätzung von Dr. C.____ vom Mai 2011 (vorstehend E. 4.2) davon aus, dass der Beschwerdeführer in jeg licher Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei.

Das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ ist mit den entsprechenden ergänzenden Stellungnahmen

für die Beantwortung der gestellten Fragen um fassend , beruht auf den erforderli chen Untersuchungen , berücksichtigt die ge klagten Beschwerden und setzt sich mi t diesen sowie dem Verhalten des Be schwerdeführers auseinander. Schliesslich wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten abgegeben , leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten sind begründet. Es erfüllt daher die praxisgemäs sen Kriterien an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Hingegen vermögen die davon abweichenden Einschätzungen von Dr. B.____

(vorstehend E. 4 .1 , E. 4.3, E 4.5 und E. 4.7) , mit denen sich Dr. C.____ ausführlich auseinander setzte, nicht zu überzeugen. Ganz ab gesehen davon, dass Dr. B.____

immer wieder andere Diagnosen stellt e , äussert e er sich auch nicht schlüssig und nachvollziehbar zur Frage der Arbeitsfähigkeit. Insbesondere berücksichtigt e er zu Unrecht auch invaliditäts fremde Gesichtspunkte, das heisst psychosoziale und soziokulturelle Belas tungsfaktoren wie komplizierte Familienverhältnis se, mangelnde Deutschkennt nisse und mangelnde Integration

mit, welche vom sozialversicherungsrechtli chen Gesichtspunkt aus unbeachtlich sind.

Auch soweit Dr. B.____

sinngemäss geltend macht e , der Beschwerdeführer sei keinem Arbeitgeber mehr zumutbar und somit die Verwertung einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit sozi alpraktisch nicht zumutbar sei , ist dem entgegenzuhalten, dass hie r für nicht al lein gesundheitliche, sondern - soweit ersichtlich auch massgeblich - invalidi tätsfremde Gründe ausschlaggebend sind. Dies mindert den Beweiswert seiner Einschätzung entscheidend.

Anzufügen ist, dass auch der langjährig behandelnde Psychiater Dr. Z.____ im Oktober 2004 (vgl. Urk. 7/17) – wie später Dr. C.____ - eine polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (ICD-10 F23.0) diagnostiziert hatte.

Diese Diagnose wurde von den Ärzten des A.____

(vgl. Urk. 7/20) im Dezember 2004 bestätigt. 5.3

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass auf das Gutachten von Dr. C.____ abgestellt werden kann und der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten ist, dass der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. 6.

Es kann offen bleiben, ob die Voraussetzungen für die Ermittlung des Invaliditätsgrads durch Prozentvergleich gegeben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_100/2010 vom 23. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen). Aufgrund der Akten können jedenfalls weder Validen- noch Invalideneinkommen anhand des tatsächlich erzielten Verdienstes vor und nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestimmt werden (vgl. IK-Auszüge; Urk. 7/6, Urk. 7/69).

Im Zweifel sind beide Einkommensgrössen auf tabellarischer Grundlage zu bestimmen. Dabei ist vom selben Tabellenlohn auszugehen. Unter diesen Umständen entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichts 9C_100/2010 vom 23. März 2010 E. 2.3.2.2 mit Hinweisen). Bei einem höchstens gerechtfertigten -lebensbedingten Abzug von 10 % ergäbe sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ein Invaliditätsgrad von 37 % ($[1 - 0,7 \times 0,9] \times 100\%$), bei welchem Ergebnis kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - O.____ - 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. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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