

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01084 vom 2. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01084 du 2 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01084 del 2 aprile 2014

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1983, gelernter Mechaniker (Urk. 6/1 Ziff. 5.2), war vom 1. August 2007 bis

E. 1.2

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV).

Nach Eingang eines Revisionsgesuchs ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie u.a. zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter zu respektieren hat (BGE 109 V 262 E. 3).

E. 1.3

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechts erheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 ff. E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2).

2.1

Die Beschwerdegegnerin trat mit ihrer Verfügung (Urk. 2) auf das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers nicht ein, mit der Begründung, dass er eine seit der letzten Verfügung vom 13. April 2011 eingetretene Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht glaubhaft darlegen könne. Aus medizinischer Sicht sei kein Anlass gegeben, auf das neue Gesuch des Beschwerdeführers einzutreten, da eine

richtungsweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht werden können

(S. 1 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, es sei eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten, und er sehe keine Möglichkeit, am Arbeitsmarkt eine Arbeit zu finden. Er habe das Gefühl, dass er immer beobachtet werde, und wenn er mit Menschen spreche, werde er schnell wütend, weil er sich nicht lange konzentrieren könne. Seit langem trinke er keinen Alkohol mehr und habe trotzdem noch starke Beschwerden. Die Diagnosen seien deshalb geändert worden und sein Rentenbegehren sei daher neu zu beurteilen. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auf das Rentenrevisionsgesuch des Beschwerdeführers vom 28. November 2011 zu Recht nicht eingetreten ist. Prozessthema bildet somit die Frage, ob der Beschwerdeführer im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht hat, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Zusprache

der Invalidenrente mit Verfügung vom 13. April 2011 (Urk. 6/59) bis zum Erlass der Verfügung vom 20. September 2012 (Urk. 2) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (BGE 130 V 64 E.

5.2.5 S. 68).

E. 1.4

unten).

E. 3

1. März 2009 bei der Y.____ als Prozessoperator tätig, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 4. September 2008 war (Urk. 6/1 Ziff. 5.4, Urk. 6/4 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7).

Er

meldete sich am 17. Juli 2009 unter Hinweis auf eine seit März 2002 bestehende psychische Erkrankung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 6/9, Urk. 6/17-18, Urk. 6/23), Unterlagen des Krankentaggeldversicherers (Urk. 6/12), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 6/4) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug;

Urk. 6/3) ein. Im Weiteren veranlasste sie ein psychiatrisches Gutachten, welches am 13. September 2010 erstattet wurde (Urk. 6/28).

Am 14. Oktober 2010 wurde dem Versicherten eine Schadenminderungspflicht auferlegt (Urk. 6/30).

Sodann nahm die IV-Stelle berufliche Abklärungen vor (Urk. 6/35, Urk. 6/38-39, Urk. 6/41, Urk. 6/43-44). Am 8. Februar 2011 teilte die IV-Stelle dem Versicherten die Beendigung der Integrationsmassnahme (Aufbautraining) mit (Urk. 6/45). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/50, Urk. 6/53) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 13. April 2011 und 7. Juli 2011 (Urk. 6/59 65) mit Wirkung ab 1. Januar 2010 eine ganze Invalidenrente und ab 1. Dezember 2010 eine halbe Invalidenrente zu.

E. 3.1

Bei der erstmaligen Rentenzusprache lagen unter anderem die folgenden medizinischen Berichte vor :

Die Ärzte der Klinik Z.____ , Erwachsenenpsychiatrie, A.____ , stellten in ihrem Austrittsbericht vom 21. Oktober 2008 (Urk. 6/12/9-13 = Urk. 6/17/6-10) nach Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 23. September bis 1. Oktober 2008 folgende Diagnosen (S. 1): - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) - akute Selbst- und Fremdgefährdung unter Alkoholeinfluss - Sinnesstörungen unter Alkoholeinfluss (Stimmenhören) - Low-dose Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.8)

Die Ärzte führten aus , der Beschwerdeführer sei per FFE aufgrund Selbst- und Fremdgefährdung unter Alkoholeinfluss eingewiesen worden. Die Eltern hätten die Stadtpolizei gerufen, nachdem der Beschwerdeführer zu Hause die Wohnung demoliert habe. Fremdanamnestic habe er Todeswünsche geäußert (S. 1). Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer unter Alkoholeinfluss psychotisch gezeigt . Er habe über Stimmen berichtet, die ihm befohlen hätten, sich etwas anzutun. Am nächsten Tag habe sich in nüchternem Zustand keine psychotische Symptomatik mehr gezeigt, affektiv habe er sich sehr angespannt, ängstlich und wenig schwingungsfähig gezeigt (S.

E. 3.2

Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 4. Oktober 2009 (Urk. 6/9/6-8) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1) : - komplexe Persönlichkeitsstörung (emotional-instabile Persönlichkeit im pulsiver Typ und ängstlich-vermeidende Persönlichkeit), bestehend seit Jahren - langdauernde Depression und Angst gemischt, bestehend seit etwa 7 Jahren - Neigung zu rascher psychischer Dekompensation und dabei übermäßigem Alkoholkonsum und unkontrollierte , zum Teil strafbare Affekt handlungen, bestehend seit Jahren

Dr. B.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 15. März 2002 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 1. Oktober 2009 erfolgt (Ziff. 1.2). In der letzten Zeit sei es zu mehreren psychiatrischen Hospitalisationen , meist durch FFE , gekommen (Ziff. 1.3).

Dr. B.____ führte aus, er kenne diverse Familienmitglieder des Beschwerdeführers recht gut. Deswegen sei die s er auch zu ihm gekommen, um sich medizinisch betreuen zu lassen. Zu Hause habe ein ständiger Konflikt zwischen den Eltern geherrscht. Seine Mutter sei vom Vater öfters geschlagen, gedemütigt und schlecht behandelt worden. Ausserdem habe es andere soziale, finanzielle und familiäre Probleme gegeben. Unter diesen sehr ungünstigen Verhältnissen habe sich der Beschwerdeführer psychisch nicht positiv entwickeln können. Er sei ängstlich und unsicher geworden und habe sich ständig minderwertig gefühlt. Die Mutter sei ihm gegen über überprotektiv gewesen. Er habe irgendwie zu ihr in einem Abhängigkeitsverhältnis gestanden, welches seine psychologische Entwicklung auch ungünstig beeinflusst habe. Mit den diversen Persönlichkeitsdefiziten habe er bis jetzt durch verschiedene Verdrängungsmechanismen mit Mühe und Not versucht, seine Schule und seine Lehre zu beenden (S. 2 Ziff. 1.4-5 oben).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer mit seinen ausgeprägten Persönlichkeitsdefiziten nicht mehr in der Lage , in der Gesellschaft ohne ständige Konflikte zu leben oder irgendwelche Tätigkeiten längerfristig auszuüben . Er könne nicht einmal

längerfristig in guter Beziehung zu seinen Familienmitgliedern bleiben. Es sei daher aus psychiatrischer Sicht notwendig, den Beschwerdeführer vom aktiven gesellschaftlichen Leben fernzuhalten, um einerseits weitere Verschlechterungen seines psychischen Gesundheitszustands und gefährliche bzw. strafbare Handlungen zu vermeiden, und andererseits ihn in Würde leben zu lassen. Diese Massnahme sei seines Erachtens die einzig wirksame Massnahme. Ob durch weitere psychiatrische Betreuungen die Persönlichkeitsstruktur günstig beeinflusst und dadurch seine Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne, könne zur Zeit nicht beantwortet werden. Man müsse erst einen ziemlich stabilen, zufriedenstellenden psychischen Zustand erreichen

(S. 3 Ziff.

E. 3.3

Die Ärzte der C.____, A.____, stellten in ihrem Bericht vom 3. März 2010 (Urk. 6/23) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20), gegenwärtig abstinent seit Dezember 2008 - emotional instabile Persönlichkeitsstörung impulsiver Typus (ICD - 10 F60.30) - mittelgradige depressive Episode (ICD - 10 F32.1) - Differenzialdiagnose: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

Die Ärzte der C.____ führten aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 9. Dezember 2008 bei ihnen in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 6. Oktober 2009 erfolgt (Ziff. 1.2). Vom 23. September bis 11. Oktober 2008 und vom 19. bis 24. November 2008 hätten stationäre Behandlungen stattgefunden (Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer befinde sich seit etwa acht Jahren in ambulanter Behandlung bei Dr. B.____, der auch eine psychopharmakologische Behandlung eingeleitet habe. Der Grund für die Behandlung sei eine langsam zunehmende depressiv-ängstliche Entwicklung des Beschwerdeführers gewesen. Seit 2006 habe er vermehrt Alkohol konsumiert und im Dezember 2008 habe er sich zur ambulanten Behandlung der Alkoholabhängigkeit in ihrer Fachstelle angemeldet.

Seit Anfang 2009 lebe er gemäss eigenen Angaben bezüglich

des Alkohols abstinent. Der Beschwerdeführer sei seit Dezember 2007 mit einer D.____ischen Frau verheiratet und wohne mit ihr und seinem Vater zusammen in einer Wohnung (S. 2 Ziff. 1.4).

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei im Kontakt verschlossen und zurückhaltend. In der Untersuchungssituation hätten sich keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der Konzentration und Auffassung ergeben, die Merkfähigkeit scheine leichtgradig vermindert. So seien von drei Gegenständen nach 10 Minuten noch zwei Erinnerungsfähigkeit gewesen. Der formale Gedankengang sei geordnet, flüssig und nachvollziehbar, jedoch etwas umständlich. Es bestünden Ängste vor der Zukunft sowie finanzielle Sorgen. Hinweise für inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen fänden sich keine, ebenso wenig Hinweise für Zwangshandlungen oder Zwangsgedanken. Die Stimmung sei zum depressiven Pol hin

verschoben. Affektiv würden Gefühle von Niedergeschlagenheit, Sorge und Selbstzweifel überwiegen. Der Beschwerdeführer beschreibe eine erhöhte innere Unruhe, Impulsivität und Nervosität. Der Antrieb sei gehemmt. Freude könne er nicht empfinden, Suizidgedanken würden verneint. Es bestünden keine Hinweise für akute Fremdgefährdung (S. 3 Ziff.

E. 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, erstattete am 13. September 2010 das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 6/28). Er stellte folgende Diagnosen (S. 11 Ziff. 5): - emotional instabile Persönlichkeitsstörung, aggressiver Typus, mit narzisstischen und unintelligenten Zügen (ICD-10 F60.30) - Dysthymie (ICD-10 F34.1) - Alkoholabhängigkeitsstörung, zurzeit abstinent (ICD-10 F 10.20)

Dr. E.____ führte aus, gemäss Angaben des Beschwerdeführers hätten sich seine Eltern oft gestritten. Seine Mutter sei aus psychischen Gründen Invalidenrentnerin gewesen. Die Eltern hätten vor den Augen der Kinder extreme Schlägereien gehabt. Seine Mutter sei am 18. November 2009 im Alter von 54 Jahren an einer Lungenentzündung und dem Schweinegrippevirus gestorben (S. 6 Ziff. 3).

Der Beschwerdeführer habe schon während der ganzen Kindheit schwere aggressive Verhaltensstörungen aufgewiesen. Zu spezifischen neuropsychologischen Entwicklungsstörungen scheine es nicht gekommen zu sein. Beim Beschwerdeführer falle auch ein sehr einfaches, unintelligentes Denken auf, welches offenbar mitbedingt habe, dass er in der sechsten Primarschulklasse in die Sonderschule wechseln musste und anschliessend die Oberschule besucht habe. Wohl wegen der disziplinarischen Schwierigkeiten habe er den Schulbesuch vorzeitig beendet (S. 11 Ziff.

E. 4

Mitte).

E. 4.1

Im Zusammenhang mit dem Gesuch um Rentenerhöhung gingen die folgenden medizinischen Berichte bei der Beschwerdegegnerin ein :

Dr. B.____

führte in seinem Bericht vom 24. Januar 2012 (Urk. 6/71 = Urk. 3/1) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit März 2002 regelmässig neurologisch-psychiatrisch. Während der erstmaligen Rentenzusprache

habe eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung im Vordergrund gestanden. Der Beschwerdeführer habe dabei noch eine ausgeprägte Depression und Angstzustände entwickelt und habe psychisch dekomponiert und sei ernsthaft entgleist mit übermässigem Alkoholkonsum und unkontrollierten, zum Teil strafbaren Affekthandlungen mit Selbst- und Fremdgefährdung (S. 1 Mitte).

Durch die intensive Betreuung und den Selbstwillen habe sich sein psychischer Gesundheitszustand im Laufe der Monate allmählich stabilisiert, er sei nicht mehr emotional instabil gewesen und habe auch keinen Alkohol mehr getrunken. In diesem Zustand habe er wieder in den Arbeitsprozess zu

einem Pensum von 50 % gehen wollen. Es seien dann aber andere Störungen seiner Persönlichkeit aufgetreten. Sein Selbstwertgefühl habe er stark erniedrigt wahrgenommen. Er habe kein Selbstvertrauen gespürt und sei immer ängstlicher und unsicherer geworden und habe jegliche gesellschaftlichen Kontakte vermieden sowohl im persönlichen Bereich als auch auf der Suche nach einer Tätigkeit. Er habe sich gesellschaftlich immer mehr zurückgezogen (S. 1 f. unten).

Er sei vermehrt antriebsarm und affektarm geworden und habe sich sozial persönlich unbeholfen und minderwertig gefühlt. Er habe ständig Gefühle von Anspannung und Ängsten gehabt. Seine ängstliche und vermeidende Persönlichkeitsstörung sei immer mehr in den Vordergrund getreten. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer seine liebe Mutter durch eine Schweinegrippe verloren. Sie sei eines der ersten fünf Todesopfer in der Schweiz gewesen. Der Beschwerdeführer habe seine Mutter sehr geliebt. Sie habe ihm Unterstützung, Halt und Sicherheit gegeben. Dadurch seien die obigen negativen Eigenschaften seiner Persönlichkeitsstruktur immer stärker geworden. Er habe sich isoliert und jegliche Kontakte zur Gesellschaft und zu beruflichen Aktivitäten aufgegeben. Bis jetzt sei es nicht gelungen, trotz regelmässiger und zeitintensiver

medizinischer Betreuung, den Beschwerdeführer aus diesem Zustand herauszubringen. Dabei handle es sich um eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung. Auf dieser Struktur bestünden auch weiterhin eine langdauernde Depression und Angstzustände. Aus diesen Gründen seien ihm seit einem Jahr keine Tätigkeiten in der freien Wirtschaft mehr zumutbar. Es sei aus psychiatrischer Sicht überhaupt nicht möglich, den Beschwerdeführer in die Gesellschaft und in den Arbeitsprozess zu

integrieren (S. 2).

E. 4.2

Die Ärzte der C.____, A.____, stellten in ihrem Bericht vom 16. April 2012 (Urk. 6/74 = Urk. 3/2) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - emotional instabile Persönlichkeitsstörung impulsiver Typus (ICD-10 F 60.30) - Verdacht auf schizoaffektive Störung, depressiver Typus (ICD-10 F25.1) - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F 10.23), gegenwärtig abstinent seit Dezember 2008

Die Ärzte führten aus,

seit März 2009 bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mechaniker eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei gereizt, habe eine instabile Stimmungslage, Konzentrationsstörungen, innere Unruhe, Nervosität, Ängste, andauernde Anspannung, rasche Ermüdbarkeit, Kraftlosigkeit und Selbstunsicherheit. Zumindest phasenweise sei es zu Stimmhören von unangenehmen, belastenden und kritisierenden Inhalten und zu zönansthetischen Halluzinationen gekommen. Der Beschwerdeführer habe massive Ermüdung bei Kontakten und Gesprächen mit Mitmenschen an gegeben. Er werde dann gereizt und wütend und müsse sich zurückziehen. Dies sei auch in den Konsultationen wahrnehmbar. Belastungen würden weiterhin schnell zu impulsiven Reaktionen und Anspannungen führen, wodurch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werde. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. der Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9).

Die Ärzte führten aus, in das Jahr 2010 sei die Geburt seiner Tochter gefallen und daraus folgend der Umgang mit der Elternschaft und die damit einhergehenden passageren Belastungen. Der Beschwerdeführer sei in dieser Zeit konstant abstinent geblieben, habe als Symptomatik Spannungszustände, Angst, Unsicherheitsgefühle und einen Druck und ein Gefühl der Gefühllosigkeit im Hinterkopf beschrieben.

Zu diesem Zeitpunkt habe er andere paranoid-halluzinatorische Symptome verneint, sei aber in den Gesprächen misstrauisch aufgefallen und habe schnell genervt oder gereizt

gewirkt.

Im Jahr 2011 sei es zu wenigen Kontakten mit dem Beschwerdeführer gekommen, bei durch eine Haaranalyse nachgewiesener stabiler Alkoholabstinenz. Anzumerken sei das Vorliegen finanzieller Probleme, was ihn dazu bewogen habe, sich im Jahr 2011 vorwiegend in regelmässige Behandlung bei Dr. B.____

zu begeben, da dieser ihm finanziell entgegen gekommen sei. Seit Januar 2011 habe der Beschwerdeführer regelmässig Termine in der Integrierten Suchthilfe vereinbart und habe diese zuverlässig wahrgenommen und sich aktiv an Gesprächen beteiligt (S. 2 Ziff.

E. 4.3

Die Ärzte der C.____, A.____, führten in ihrem Bericht vom 13. September 2012 (Urk. 6/87 = Urk. 3/5) aus, die im Bericht vom 16. April 2012 gestellte Diagnose „Verdacht auf eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv“ sei fehlerhaft und entspreche nicht ihrer diagnostischen Überzeugung. Die korrekte Diagnose laute: Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, ICD-10 F25. 1. Zurückblickend auf einen bereits langen Therapieverlauf hätten sie festgestellt, dass beim Beschwerdeführer rezidivierend und polyphasisch Symptome einer psychotischen und affektiven (depressiven) Störung gleichzeitig auftraten. In diesem Sinne hätte sie am 12. September 2012 im Rahmen der Erhebung eines psychopathologischen Befunds weiterhin folgende Symptome festgestellt: Der Beschwerdeführer sei ein wacher, allseits orientierter Patient. Im Kontakt sei er misstrauisch und ängstlich wirkend. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien gegenwärtig etwas reduziert. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer stark verlangsamt, der Gedankengang sei zäh, wie gegen einen Widerstand (S. 1). Der Beschwerdeführer beschreibe Gedankendrängen und Gedankenabbrüche. Im Bereich des inhaltlichen Denkens imponiere ein Beziehungswahn. Der Beschwerdeführer sei der Überzeugung, er werde auf der Strasse von allen beobachtet. Die Menschen würden ihn dadurch wie er sei erkennen, er sei wie ein roter Punkt, den alle beobachteten. Es bestünden akustische (Stimmen ohne erkennbaren Inhalt) sowie zönaesthetische (wie eingeschlafen im Hinterkopf, Gefühllosigkeit ebendort) Halluzinationen. Ich-Störungen hätten nicht eruiert werden können. Stimmungsmässig wirke der Beschwerdeführer traurig und ratlos und beschreibe das Gefühl der Gefühllosigkeit und die Unfähigkeit sich zu freuen oder zu weinen. Er wirke affektarm und kaum schwingungsfähig, gleichzeitig innerlich unruhig und angespannt. Der Beschwerdeführer beschreibe diffuse Ängste, ohne diese zu konkretisieren. Er sei antriebsarm und habe einen mangelnden Appetit, Ein- und Durchschlafstörungen und es bestehe ein sozialer Rückzug. Suizidalität oder Fremdgefährdung seien zu verneinen

(S. 2). 5.

E. 5

Mitte).

Die Alkoholstörung sei auf die depressive Störung und insbesondere auf die Persönlichkeitsstörung mit der emotionalen Labilität, der Kränkbarkeit, der verminderten psychischen Belastbarkeit und der Unfähigkeit zur Selbstkontrolle zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei in eine schwere Alkoholabhängigkeit mit einem täglichen übermässigen Konsum geraten. Die Folgen seien Absenzen am Arbeitsplatz, pathologische Rausche mit psychotischen Symptomen wie Halluzinationen, Entzugsbeschwerden und

zusammen mit den übrigen psychischen Störungen die spiralförmige gegenseitige Verschlimmerung bis hin zur Selbstverletzung, zu völlig undisziplinierten aggressiven Ausbrüchen an den Arbeitsplätzen und mehrfach zu Fahren im angetrunkenen Zustand gewesen. Komplikationen der Alkoholstörung seien weiter vormundschaftliche Interventionen, Bussen und die gerichtliche Verurteilung zu einer bedingten Gefängnisstrafe mit der administrativen Auflage einer Alkoholabstinenz und einer psychiatrischen Behandlung gewesen (S. 12 oben). Diese Auflagen habe der Beschwerdeführer seit bald zwei Jahren praktisch vollständig erfüllen können, was ein prognostisch gutes Zeichen sei. Mit dazu beigetragen habe, dass er offensichtlich seit September 2008 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei .

Bezüglich des heutigen psychischen Zustandes müsse gesagt werden, dass der Beschwerdeführer weiterhin eine emotionale Labilität aufweise und es zu Jähzornausbrüchen komme, aber seltener als früher. Der anhaltende psychovegetative Stresszustand sei enorm und der Beschwerdeführer habe eine ständige Nervosität, Muskelschmerzen, eklatante Schlafstörungen und eine Unruhe. Er sei rasch erschöpft. Gewisse Aktivitäten und Interessen seien jedoch vorhanden, wie zum Beispiel das Autofahren und ein wenig Haushaltsarbeit (S. 12 Mitte).

Dr. E. ___ führte ferner aus, auf die Arbeitsfähigkeit bezogen bedeute dies, dass der Beschwerdeführer wegen der verminderten psychischen Belastbarkeit weder voll arbeitsfähig sei, noch dass ihm zum heutigen Zeitpunkt gar keine Erwerbstätigkeit zugemutet werden könne . Seines Erachtens bestehe eine in etwa in einem mittleren Grad reduzierte Arbeitsunfähigkeit. Der Hauptgrund für die Reduktion liege in der Persönlichkeitsstörung, also einer langfristigen psychopathologischen Erscheinung (S. 12 unten) .

Dass der Beschwerdeführer ab September 2008 aus psychischen Gründen generell zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei, sei in Anbetracht der Komorbidität von mehreren manifesten psychischen Störungen zu Beginn richtig gewesen, vor allem wegen der mehrjährigen schweren Alkoholabhängigkeit mit den erheblichen gesundheitlichen und sozialen Komplikationen. Bis heute habe sich der psychische Gesundheitszustand nun soweit gebessert, dass von einer generellen 50%igen Arbeitsfähigkeit gesprochen werden könne. Da die C. ___

der A. ___ anfangs März 2010 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen habe, Wiedereingliederungsmassnahmen mittelfristig zwar für indiziert, die Stimmungslage aber noch als äusserst instabil beschrieben und von einem gescheiterten Arbeitsversuch berichtet habe, gelte die 50%ige Arbeitsunfähigkeit erst ab heute.

Die langfristige Prognose müsse offenbleiben . Der Versuch mit Wiedereingliederungsmassnahmen sei indiziert. Bezüglich des Belastungsprofils sei zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der unintelligenten und emotional impulsiven Persönlichkeit intellektuell und psychisch vermindert belastbar sei. Die Arbeit sollte keinen besonderen zeitlichen Leistungsdruck und keine enge Zusammenarbeit in einem Team erfordern. Günstig erscheine, dass der Beschwerdeführer konkrete Berufswünsche habe. Der angestammte Beruf als Mechapraktiker habe seines Erachtens an sich keine psychiatrischen Kontraindikationen von der Arbeitstätigkeit , sondern höchstens von den Arbeitsbedingungen her (S. 13 Ziff. 6).

Aus medizinischer Sicht sei die Fortsetzung der bisherigen Behandlung nötig. Der Beschwerdeführer brauche eine psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung der aggressiven Impulsivität und der Depressivität. Wegen der Gefahr des Wiedereinsetzens eines Teufelskreises zwischen der komorbiden psychischen Störung sei die Fortsetzung der Alkoholtotalabstinenz nötig. Der Beschwerdeführer verfüge höchst wahrscheinlich nicht über die genügende Selbstkontrolle, einen kontrollierten Alkoholkonsum einzuhalten. Die emotionale Impulsivität könne sich zudem nur bei einer sozialen Stabilität und auf lange Sicht bessern. Hierzu sei es wichtig, dass sich der Beschwerdeführer in einem gewissen Mass von den Umständen in der Herkunftsfamilie bereits distanziert habe und dass seine eigenen familiären Verhältnisse stabil blieben (S. 13 Ziff.

E. 5.1

Bei der Rentenzusprache im April 2011 (Urk. 6/59) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. E.____ (vorstehend E. 3. 4) vom September 2010. Dieser

diagnostizierte eine emotional instabile

Persönlichkeitsstörung, aggressiver Typus, mit narzisstischen und unintelligenten Zügen (ICD-10 F60.3), eine

Dysthymie (ICD-10 F34.1) und eine

Alkoholabhängigkeitsstörung, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20) und ging von einer psychiatrisch begründeten vollständigen Arbeitsunfähigkeit von September 2008 bis August 2010 und ab Zeitpunkt seiner Begutachtung von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % sowohl in bisheriger und als auch in angepassten Tätigkeiten

aus. Dr. E.____ berichtete unter anderem von einem enormen anhaltenden psychovegetativen Stresszustand und liess die langfristige Prognose offen.

E. 5.2

Aus dem im Rahmen des Revisionsgesuches eingegangenen Bericht des Neurologen Dr. B.____ vom Januar 2012 (vorstehend E. 4.1)

ist keine wesentliche gesundheitliche Veränderung des Beschwerdeführers ersichtlich. Gleich wie in seinem Bericht vom Oktober 2009 (vorstehend E. 3.2) diagnostizierte er eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung, welche sich nun aber verstärkt hätte. Dr. B.____ bezog sich hauptsächlich auf den schon bei der erstmaligen Rentenzusprache vorliegenden Sachverhalt. So war die Mutter des Beschwerdeführers schon knapp ein Jahr vor der Begutachtung durch Dr. E.____

im August 2010 verstorben, und Dr. B.____ erachtete den Beschwerdeführer sowohl in seinem Bericht vom Oktober 2009 als auch in seinem Bericht vom Januar 2012 für nicht mehr arbeitsfähig. Auch die Beschreibung der Befunde blieb gleich. Obwohl Dr. B.____ von anderen Störungen der Persönlichkeit des Beschwerdeführers berichtete, welche aufgetreten seien, ist dem Bericht nicht zu entnehmen, welche das im Gegensatz zu seinem vorhergehenden Bericht vom Oktober 2009 sein sollen. Insgesamt stellt sich generell die Frage, inwieweit Dr. B.____, welcher seinerseits Neurologe und nicht Psychiater ist, kompetent ist, den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu beurteilen.

Die Ärzte der C.____

hingegen korrigierten im September 2012 (vorstehend E. 4.3) ihre im April 2012 (vorstehend E. 4.2)

im Vergleich zu ihrem Bericht vom März 2010 (vorstehend E. 3.3) neu gestellte Verdachtsdiagnose auf das tatsächliche Vorliegen einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.01) . Sie begründeten dies damit, dass zurückblickend auf einen bereits langen Therapieverlauf beim Beschwerdeführer rezidivierend und polyphasisch Symptome einer psychotischen und affektiven (depressiven) Störung gleichzeitig aufgetreten seien .

Sodann berichteten sie von einem Beziehungswahn und von bestehenden akustischen sowie zönanästhetischen Halluzinationen.

Dass es sich , wie die Beschwerdegegnerin ausführte , bei der neu von den Ärzten der C.____ diagnostizierten schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) , im Wesentlichen um eine Umschreibung der durch Dr. E.____ im September 2010 beschriebenen Dysthymie handelt (vgl. Urk. 2 S. 1 f. sowie die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F.____ , Facharzt Anästhesiologie FMH, vom 18. September 2012 in Urk. 6/89/2) , trifft so nicht zu. Es handelt sich grundsätzlich um einen neuen Befund, wobei unklar blieb, inwiefern sich dieser zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt , da die Ärzte der C.____

seit März 2009 von einer generellen 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen.

Zusammenfassend geht aus den Arztberichten der C.____

eine neue Diagnose hervor, womit der Beschwerdeführer eine massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft gemacht hat. Die Beschwerdegegnerin hat daher auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher

wie auch in rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen .

E. 5.3

Nach dem Gesagten ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung zu Unrecht nicht eingetreten, weshalb die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur materiellen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; I VG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 20. September 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen , damit sie auf das Revisionsgesuch vom 28. November 2011 eintrete. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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