

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00436 vom 10. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00436

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00436 du 10 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00436 del 10 settembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser

Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 Vorkenntnisse (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).

E. 1.5

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 zugeordnet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E.

4b/cc). Invaliditätsgrad und Rentenanspruch („Berentung“) hingegen sind Fragen, die nicht von der Medizin, sondern von der Rechtsanwendung zu beantworten sind. 2.

E. 2

Der Versicherte erhob gegen die Verfügung vom 11. April 2013 (Urk. 2) am 10. Mai 2013 Beschwerde und beantragte, es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, namentlich weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2013 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 2. August 2013 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Mitte) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 13).

Am 18. November 2013 erstatteten die Gutachter der Y.____ auf Aufforderung des Gerichts (vgl. Urk. 14) eine ergänzende Stellungnahme (Urk. 18). Die Beschwerdegegnerin verzichtete darauf, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 21). Der Beschwerdeführer nahm am 23. Januar 2013

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die ursprünglichen Rentenzusprachen seien - aus näher dargelegten Gründen - in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erfolgt und deshalb wieder erwägungsweise aufzuheben (S. 2 unten). Aktuell bestehe laut Gutachten der Y.____ in der angestammten Tätigkeit als Gipser / Maler wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von höchstens 10 % (S. 3 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Rentenzusprache 1997 sei nicht aufgrund einer Schizophrenie erfolgt, sondern gestützt auf weitere Arztberichte, in welchen infolge von Kopfschmerzen und einer reaktiven depressiven Verstimmung eine Arbeits unfähigkeit von 50 % attestiert worden sei (S. 6 f.). Die 1998 verfügte Erhöhung auf eine ganze Rente sei infolge der Auswirkungen einer diagnostizierten schizophrenen Erkrankung erfolgt (S. 7 unten).

Es stehe keineswegs fest, dass die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig gewesen sei (S. 8); es sei durchaus möglich, dass die damalige Diagnosestellung korrekt gewesen sei, jedoch (im Rahmen der Begutachtung der Y.____) 16 Jahre später nicht mehr bestätigt werden könne (S. 9 Mitte).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit könne dem Gutachten der Y.____ nicht gefolgt werden (S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der erfolgten Rentenaufhebung, sei es im Sinne einer revisionsweisen

Anpassung an einen geänderten Sachverhalt (vorstehend E. 1.2) oder sei es wiedererwägungsweise infolge zweifelloser Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache (vorstehend E.

1.3) .

Soweit eine allfällige revisionsweise Anpassung in Frage steht, ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen von 1996 zu vergleichen, war doch 1998 ein einziger Arztbericht (nachstehend E. 3.5), dessen Plausibilität zu würdigen bleibt (nachstehend E. 5.2), massgebend, während 2007 der Versuch der Beschwerdegegnerin, Arztberichte einzuholen, gänzlich scheiterte (vgl. nachstehend E. 3.7). 3. 3.1

Dr. med. Z.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumakerkrankungen, erstattete am 18. Januar 1996 ein Gutachten im Auftrag der zuständigen Vorsorgeeinrichtung (Urk. 9/11/10-15). Er nannte folgende Diagnosen (S. 5): - Auffahrunfall Mai 1991, mit wahrscheinlicher Commotio und Splitterverletzung an der Stirn - sekundäres, inzwischen weitgehend abgeklungenes Cervikalsyndrom - Entfernung restlicher Splitter 1993 - 1. August 1994 wahrscheinlicher Sonnenstich nach extremem Sonnenbad an der Adria - ängstlich-neurotische Psyche mit durch obige Ereignisse ausgelöster sekundärer reaktiv depressiver Entwicklung, mit psychisch verminderter Belastbarkeit - Kopfschmerzen vom Spannungstyp - radiologische Nebendiagnose: angeborener Wirbelblock C5/6, diskrete Spondylose an Deckplatte C5

Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, durch das Unfallereignis von 1991 und dem wahrscheinlichen Sonnenstich 1994 scheine eine sekundär psychogene depressive Entwicklung ausgelöst worden zu sein, die den Beschwerdeführer nur beschränkt belastbar bisher halbtags habe arbeiten lassen. Mit Stützgespräch und Akupunktur schiene er seine Ängste und Beschwerden langsam zu überwinden, womit eine Steigerung der Arbeitszeit auf vorerst 80 % ab 22. Januar 1996 und abhängig vom Verlauf nach 3 Monaten 100 % als Arbeitsversuch möglich erscheine (S. 4 unten). 3.2

Dr. med. A.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 6. März 1996 ein Gutachten im Auftrag der zuständigen Vorsorgeeinrichtung (Urk. 9/1).

Darin führte er aus, der Versicherte leide unter einer chronischen Schizophrenie (S. 3 oben). Weiter führte Dr. A.____ aus, der Beschwerdeführer könne seine Tätigkeit als Maler nicht mehr voll ausüben; er schätze die Invalidität auf 66.6 % (S. 3 Mitte). 3. 3

Die Ärzte der Neurologischen Klinik des Spitals B.____

diagnostizierten in ihrem Bericht vom 10. Juni 1996 chronifizierte Spannungskopfschmerzen mit Analgetikaüberkonsum und einen Status nach Autounfall (Urk. 9/10/5). 3.4

Dr. med. C.____, Spezialarzt für Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 6. August 1996 (Urk. 9/9) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit März 1995, und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 3): - chronischer Schmerzzustand Stirn, ausstrahlend ganzer Kopf, Nacken, ganze Brustwirbelsäulen- (BWS) und Lendenwirbelsäulen- (LWS) Region - Status nach Autounfall 1993, diverse Narbenoperationen Stirn, starke Narbenschmerzen - deutliche reaktive depressive Grundstimmung - laut Aussage von Dr. A.____, Psychiater, vom März 1996 chronische Schizophrenie

Im bisherigen Beruf attestierte Dr. C.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 5. März 1995 (Ziff. 1.5). 3. 5

Am 6. Februar 1998 erstattete Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) ein weiteres Gutachten im Auftrag der Vorsorgeeinrichtung (Urk. 9/24/2-4). Er diagnostizierte wiederum eine chronische Schizophrenie (S. 3 oben) und führte aus, seit 1996 sei eine ausgeprägte Chronifizierung festzustellen. Der Versicherte sei nicht mehr arbeitsfähig, auch nicht teilweise, und mit einer wesentlichen Verbesserung könne nicht gerechnet werden (S. 3 unten). 3.6

Am 5. Februar 2002 berichtete Dr. C.____ (vorstehend E. 3.4) über einen stationären Gesundheitszustand (Urk. 9/34 Ziff. 1). 3.7

Dr. med. D.____, Fachärztin Innere Medizin FMH, führte in ihrem Bericht vom 2. Mai 2003 (Urk. 9/54 = 9/56/3-4) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit Januar 2003 in der Nachfolge von Dr. C.____ (lit. D.1). Sie nannte folgende Diagnosen (lit. A): chronisches craniocephalisches Schmerzsyndrom im Trigeminalggebiet (vor allem R. frontalis) beidseits - Status nach Commotio cerebri und Gesichtsverletzung 14. Juni 1991 - psychogene Überlagerung

Zur Arbeitsunfähigkeit machte sie keine Angaben (lit. B, lit D.7). 3.8

Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin verwies Dr. med. E.____, Arzt für Allgemeinmedizin, am 15. September 2006 auf PD Dr. med. F.____, Neurologische Klinik, Spital B.____ (Urk. 9/65).

Dieser teilte am 26. September 2006 mit, man habe den Patienten letztmals vor zwei Jahren gesehen, und verwies auf Dr. E.____ oder Dr. D.____ (Urk. 9/66/2).

Diese teilte am 6. Oktober 2006 mit, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 9. November 2004 nicht mehr in ihrer Behandlung (Urk. 9/67/3). 3.9

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.8) führte in seinem am 6. Oktober 2010 eingegangenen Bericht (Urk. 9/86) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit September 2002 (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): posttraumatisches neurofibromes Schmerzsyndrom mit/ bei - Status nach Verkehrsunfall 1991 - hypertone Attacken bei Schmerzen -

rezidivierende Konjunktivitis

Zur Arbeitsunfähigkeit bemerkte er (soweit lesbar), sie betrage 100 % seit 1995 (Ziff. 1.6).
4.

E. 4

Stellung (Urk. 23), was der Beschwerdegegnerin am 27. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 25). Am 3. September 2014 (Urk. 26) reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte (Urk. 28/1-4) ein. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Am 6. Februar 2012 erstatteten die Ärzte des

Y.____ im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein interdisziplinäres Gutachten (Urk. 9/99), bestehend aus einem neurologischen Fachgutachten vom 21. November 2011 (nachstehend E.

4.2), einem von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

am 18. Januar 2012 erstatteten psychiatrischen Fachgutachten (nachstehend E. 4.3) und dem ebenfalls von Dr. G.____ unterzeichneten Bericht über eine Konsensbesprechung vom 17. Januar 2012 (nachstehend E.

4.4).

E. 4.2

Im neurologischen Fachgutachten (Urk. 9/99/3-15) wurden die relevanten Vorak ten (S. 1 ff.), die Angaben des Exploranden (S. 4 ff.) und die erhobenen Befunde (S. 7 f.) angeführt.

Es wurden folgende Diagnosen genannt (S. 8 Ziff. 3): - chronische Kopfschmerzen mit/ bei - Differentialdiagnose (DD) neuropathischer Schmerzkomponente bei Status nach Glassplitterverletzung im Rahmen des Autounfalls am 14. Juni 1991 - chronischer bewegungsinduzierter Schwindel - aktuell ohne Hinweis auf zentrale oder peripher vestibuläre Ausfall symptomatik

In der Beurteilung (S. 8 ff. Ziff. 4) wurde unter anderem ausgeführt, in der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine leicht verengte Lidspalte links gefunden und die Stirnastinnervation links sei diskret eingeschränkt gewesen. Ansonsten sei der neurologische Untersuchungsstatus komplett unauffällig gewesen, insbesondere hätten sich bei angegebenen Parästhesien im linken Arm und linken Bein keine Zeichen für eine radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik gezeigt; auch habe sich keine Verspannung im Schulter-Nackengebiet oder ein Muskelhartspann nachweisen lassen (S. 11 oben).

Diskrepanz zum vom Beschwerdeführer als seit 1994 bestehend angegebenen Schwindel liessen sich in den vorliegenden Arztberichten keine entsprechenden Angaben nachweisen. Auch habe der Beschwerdeführer die erschwerten Gangproben regelrecht durchführen können (S. 11 Mitte).

Vom Beschwerdeführer würden nach wie vor anhaltend Kopfschmerzen in der linken Stirnseite angegeben. Die aktuell angegebene Schmerzsymptomatik gehe eindeutig über einen Schmerz hinaus, der rein neuropathisch erklärt werden könne. Dies und andere -

näher genannte - Anhaltspunkte sprächen für eine zusätzliche funktionelle Überlagerung. Trotz Angabe von massiv anhaltenden Schmerzen werde der Schlaf als unbeeinträchtigt angegeben; auch sei während der Anamneseerhebung und der anschliessenden klinisch-neurologischen Untersuchung keine wesentliche Beeinträchtigung durch Schmerzen feststellbar gewesen (S. 11).

Aus rein neurologischer Sicht bestehe allenfalls eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche durch einen erhöhten Pausenbedarf bedingt sei, sicher aber 10 % nicht übersteige. Falls aus psychiatrischer Sicht möglich, wäre zur Abschätzung der Belastbarkeit ein Arbeitsversuch/ eine Abklärung indiziert (S. 12 oben).

Aus neurologischer Sicht sei es seit dem 30. Mai 2007 nicht zu einer Veränderung des Gesundheitsschadens gekommen (S. 13 Ziff. 1). Es bestünden weiter die bekannten Kopfschmerzen mit Betonung in der linken Stirnhälfte (S.

E. 4.3

Im psychiatrischen Fachgutachten (Urk. 9/99/16-23) wurden die vorhandenen Arztberichte (S. 1 f.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 3 ff.) und die am 24. Oktober 2011 (vgl. S. 1) erhobenen Befunde (S. 5 ff.) angegeben.

Der Gutachter nannte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 6 Ziff. 3): - Low dose Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F13.8) - Ausschluss einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F2)

Dazu führte er aus, 1996 habe Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) eine chronische Schizophrenie diagnostiziert, dabei allerdings kein einziges Symptom beschrieben, welches auch nur teilweise diese Diagnose zu begründen vermöchte; die aufgeführten Beschwerden und die erhobenen Befunde stünden in einem solch krassen Widerspruch zur gestellten Diagnose, dass der Eindruck eines Schreibfehlers aufkomme (S. 6 unten). In der aktuellen Untersuchung habe der Versicherte bei expliziter langer Befragung unter Verwendung eines standardisierten Instruments keine Symptome einer schizophrenen Störung geschildert; auch hätten keine objektiven Befunde erhoben werden können, die eine solche Diagnose unterstützt hätten (S. 7 oben).

Im Jahr 1996 sei beim Versicherten eine reaktive depressive Grundstimmung und eine grosse Ängstlichkeit beschrieben worden (vgl. vorstehend E. 3.1 und 3.4). Aktuell seien bei ihm subjektiv und objektiv keine Störungen im Bereich der Affektivität sowie keine Ängste festzustellen, so dass davon auszugehen sei, dass sich die Mitte der 90er Jahre bestehende reaktive depressive Verstimmung in der Zwischenzeit via naturalis zurückgebildet habe (S. 7).

Der Versicherte berichte zwar von einer übermässigen Fixierung auf die somatischen Beschwerden beziehungsweise exzessiver Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, jedoch könne seinen Schilderungen bezüglich der psychosozialen Situation und der Gestaltung des Alltags nicht entnommen werden, dass er durch die geklagte Symptomatik in irgendeiner Weise

beeinträchtigt wäre. In der Zeit seit der Rentenzusprache sei es ihm möglich gewesen, zwei Ehen zu schliessen, sehr häufig zwischen seinem Heimatland und der Schweiz zu reisen, an Geschäften seiner Familie (Gold- und Diamanhandel) teilzunehmen sowie unproblematisch einen halbjährigen Untersuchungsaufenthalt mit anschliessender

Betreuung durch Bewährungsdienste zu überstehen. Der Versicherte, ehemaliger Amateurboxer, gehe bis heute regelmässig (aktuell mit einer kleinen Zäsur, entstanden durch unter unklaren Umständen erlittene Schuss- und Schnittverletzungen) mit viel Elan sportlichen Betätigungen nach (S. 7 Mitte).

Bei der Schilderung der biografischen Anamnese sei auffällig gewesen, dass die zeitliche Reihenfolge bestimmter Ereignisse nur erschwert in Erfahrung zu bringen gewesen sei. In Abwesenheit von relevanten kognitiv-mnestischen Defiziten (andere Ereignisse hätten vom Versicherten problemlos chronologisch geschildert werden können) sei von seinem fehlenden Willen auszugehen, diesbezügliche Informationen detailliert preiszugeben. Dies sei als eine Facette des zumindest aggravatorischen Verhaltens, welches in der aktuellen Untersuchung deutlich zum Vorschein gekommen sei, anzusehen. Als motivationale Grundlage dafür könne sein Wunsch, den Status quo zu erhalten, postuliert werden. Ferner sei seinen Schilderungen über die Zeit seit der Rentenzusprache nicht zu entnehmen gewesen, dass er an wie auch immer gearteten Defiziten, die ihm ein erfülltes und ereignisreiches Leben verunmöglicht hätten, gelitten hätte (S. 8 Mitte).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte voll arbeitsfähig (S. 8 unten).

E. 4.4

Im Bericht über die bidisziplinäre Konsensbesprechung (Urk. 9/99/24-26 = Urk. 9/99/27-29) nannte Dr. G.____ die bereits bekannten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1) und führte zur Arbeitsfähigkeit aus, aus bidisziplinärer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maler und Tapezierer allenfalls eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche 10 % nicht übersteige. Sie sei durch die Kopfschmerzproblematik bedingt, die beim Versicherten einen erhöhten Pausenbedarf bewirke (S. 1 Ziff. 2). Da der Versicherte in der Vergangenheit nie bidisziplinär beurteilt worden sei, werde der Beginn der so bezifferten Arbeitsfähigkeit mit dem Datum der Konsensbesprechung (17. Januar 2012) festgelegt (S. 2 Ziff. 4).

Die Kopfschmerzsymptomatik liege gegenüber der letzten Beurteilung (2007) unverändert vor. Hinsichtlich der depressiven Verstimmung und Angstsymptomatik sei es inzwischen zu einer kompletten Rückbildung gekommen, so dass aus bidisziplinärer Sicht von einer erheblichen Besserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei (S. 2 Ziff. 7.1).

E. 4.5

Am 31. Januar 2013 berichtete Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) über seine Untersuchungen vom 14. und 22. Januar 2013 (Urk. 9/131 = Urk. 3/3). Grundsätzlich seien die Befunde die gleichen wie 1996/1998, der Beschwerdeführer wirke lediglich etwas abgeflachter, monotoner und noch unberührter von der Umwelt (S. 1 Mitte). Eine eigentliche Diskussion seiner Beschwerden und seiner Lebenssituation sei nicht möglich. Er könne zwar auf Fragen adäquat eingehen, komme aber sofort wieder auf seine „Nervenschmerzen und elektrischen Ströme“ zu reden (S. 1).

Unverändert sei auch die extreme Diskrepanz zwischen seinen enormen und chronischen „Kopfschmerzen“ und seiner Lebensgestaltung mit Fitness/Training, Reisen etc. (S. 1 unten).

Er leide nach wie vor an einer schizophrenen Erkrankung. Seine Schmerzproblematik habe ihre Ursachen in seiner schizophrenen Erlebnis- und Gefühlswelt, konzentriert auf seine Verletzungen vom Unfall 1991 (S. 2 oben). Schizophrenie bedeute „psychische Spaltung“,

weil Denken, Fühlen, Wollen und Umgebungskontakt in ihrem Zusammenhang und in sich selber gestört seien (S.

2 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig (S. 2 unten).

E. 4.6

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, gab am 30. Januar 2013 im Auftrag der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Stellungnahme zum Gutachten der Y.____ ab (Urk. 3/4). Er führte unter anderem aus, die Festlegung einer Arbeitsfähigkeit von 90 % aus neurologischer Sicht sei angesichts der als unverändert geschilderten Befunde widersprüchlich. Richtig wäre die Schlussfolgerung, den Patienten „nach wie vor neurologisch 50 % zu berenten beziehungsweise den neurologischen Teil zu behalten“ (S. 2 oben).

Am 23. April 2013 berichtete Dr. H.____ über Konsultationen vom 18. Februar und 19. März 2013 (Urk. 3/5) und führte unter anderem aus, er halte an seinen im Bericht vom 30. Januar 2013 gemachten Angaben fest, darin sei „auch die Arbeitsfähigkeit enthalten (Berentung von 50 %)“ (S. 1 Mitte). Zusammenfassend hielt er fest, der Patient sei immer noch unter laufender Behandlung, bei mässiger Prognose (S. 1 unten).

Die Frage des Fitnessstrainings werde er mit dem Patienten bei der nächsten Konsultation besprechen (S. 2 oben).

E. 4.7

Am 18. November 2013 nahm der Gutachter der

Y.____,

Dr. G.____, zu den ihm vom Gericht unterbreiteten Unterlagen Stellung (Urk. 18).

Er führte unter anderem aus, im Bericht der Abklärungsstätte I.____ (vgl. Urk. 9/114) würden keinerlei Verhaltensweisen, welche bei einer schizophrenen Psychose zu beobachten wären, beschrieben. Das Verhalten des Versicherten sei nicht stereotyp oder desorganisiert gewesen, sondern stets zielgerichtet und von ausreichender Bandbreite. Der Versicherte sei in seiner Intention, nicht zu Abklärungsmassnahmen zu erscheinen, konsequent und zielstrebig gewesen. Sein Verhalten in diesem Zusammenhang habe im Einklang mit dem vorbeschriebenen aggravatorischen/ simulativen Verhalten gestanden und sei in dieser Eigenschaft durch die Fachpersonen in der Abklärungsstelle deutlich erkennbar gewesen (S. 2 Mitte).

Dr. A.____ gehe von einem obsoleten, wissenschaftlich nicht bestätigten Konzept der schizophrenen Störung aus. Seine Annahme einer chronischen Schizophrenie basiere nicht auf den Kriterien der Klassifikation ICD-10, sondern lediglich auf der logisch nicht haltbaren Interpretation des auffälligen Verhaltens des Versicherten (S. 2 unten). Es sei aus fachpsychiatrischer Sicht entbehrlich, beim Versicherten eine gravierende psychische Erkrankung wie eine Schizophrenie anzunehmen, wo er keine Symptome einer solchen demonstriere und lediglich ein auffälliges Verhalten zeige, welches jedoch durch Aggravation /Simulation restlos erklärt werden könne (S. 3 oben).

E. 4.8

Am 19. Dezember 2013 nahm wiederum Dr. A.____ Stellung (Urk. 24) und führte unter anderem aus, selbstverständlich würden in einem Gutachten zur Diagnose die Kriterien der ICD-10 verwendet; er selber habe aber nie einen diesbezüglichen Auftrag erhalten (S. 2 oben). Er wies darauf hin, der Beschwerdeführer werde seit Beginn seiner Krankheit von den „elektrischen Strömen und Schmerzen im Kopf“ beherrscht und beeinflusst. Er habe sich noch nie in adäquater Behandlung befunden und noch nie regelmässig Neuroleptika eingenommen. Ausgeprägt seien bei ihm auch die „negativen“ Symptome wie eine auffällige Apathie und vor allem die verflachten und inadäquaten Affekte, verbunden mit einem sozialen Rückzug und einem Nachlassen der sozialen Leistungsfähigkeit (S. 2). So ergebe sich zwangsläufig die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0); Anhaltspunkte für eine Simulation und Aggravation liessen sich nicht finden (S. 2 unten).

E. 4.9

Am 17. Juli 2014 berichtete Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie / Interventionelle Schmerztherapie, über die am Vortag erfolgte Behandlung (Urk. 28/1).

Am 12. August 2014 äusserte sich Dr. H.____ (vorstehend E. 4.6) zur erfolgten Schmerzbehandlung (Urk. 28/2).

Am 19. August 2014 wurde über eine gleichentags erfolgte Notfallbehandlung der aktuell exazerbierten frontalen neuralgiformen Schmerzen berichtet (Urk. 28/4).

Am 20. August 2014 berichtete wiederum Dr. J.____ (Urk. 28/3) 5. 5.1

Laut ICD-10 werden die Symptome der Schizophrenie wie folgt gruppiert (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel

V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 129): 1. Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1a-1d: a. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedanken ausbreitung. b. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen. c. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen. d. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, über menschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen (z.B. das Wetter kontrollieren zu können oder im Kontakt mit Ausserirdischen zu sein). 2. Symptome aus mindestens zwei der folgenden Gruppen 2a-2d: a. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend. b. Gedankenabreissen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt. c. Katatonie Symptome Erregung, Haltungsstereotypien oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor. d. „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein. 3. Symptomgruppe bezogen auf Schizophrenia simplex: Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich

selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.

Bezogen auf die paranoide Schizophrenie sind Beispiele für die häufigsten wahnhaften beziehungsweise halluzinatorischen Symptome (ICD-10, a.a.O., S.

131): 1. Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Abstammungswahn, Sendungswahn, Eifersuchtswahn oder coenästhetischer Wahn. 2. Stimmen, die den Betroffenen bedrohen oder ihm Befehle geben, nichtverbale akustische Halluzinationen (Akoasmen) wie Pfeifen, Brummen oder Lachen. 3. Geruchs- oder Geschmackshalluzinationen, sexuelle oder andere Körperhalluzinationen. Optische Halluzinationen können ebenfalls auftreten, stehen aber selten im Vordergrund.

Ferner gelten die folgenden diagnostischen Leitlinien (ICD-10, a.a.O., S. 132): Die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Schizophrenie [S. 129] müssen erfüllt sein. Zusätzlich müssen Halluzinationen und/oder Wahn im Vordergrund stehen; Störungen des Affekts, des Antriebs und der Sprache sowie katatone Symptome bleiben eher im Hintergrund. Meist treten Halluzinationen wie unter 2. und 3. oben beschrieben auf. Der Wahn kann sich in fast jeder Weise zeigen; Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten sowie verschiedenste Verfolgungsgedanken sind jedoch am charakteristischen. 5.2

In den berichteten Befunden ist kein Symptom aus den Gruppen 1a-1d ersichtlich. Möglicherweise ordnete Dr. A.____ die vom Beschwerdeführer immer wieder ins Spiel gebrachten elektrischen Ströme und Schmerzen im Kopf einem dieser Kriterien zu, ohne allerdings zu deklarieren, welchem. Es dürfte denn auch zweifelhaft sein, dass die berichtete Einengung des Gedankengangs einem Gedankenlautwerden (1a) entsprechen sollte; den Gruppen 1b-1d lässt es sich eindeutig nicht zuordnen.

Von den Symptomen der Gruppe 2 wurden diejenigen von 2a bis 2c nicht berichtet; auch Dr. A.____ nahm darauf keinen Bezug. Hingegen nannte er

praktisch wörtlich, wenn auch nicht als Zitat gekennzeichnet - die Symptome der Gruppe 2d. Allerdings ging er dabei nicht auf den Umstand ein, dass sich die von ihm berichtete Apathie offensichtlich darauf bezog, wie sich der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation präsentierte, und dass dies als in einem ausgesprochenen Spannungsverhältnis zur - von Dr. A.____ bestätigten - aktiven Lebensgestaltung mit Fitness/Training, Reisen etc. (vorstehend E. 4.5) zu stehen scheint. Ob vor diesem Hintergrund nachvollziehbar postuliert werden kann, die Befunde wiesen auf die Symptome der Gruppe 2d hin, muss bezweifelt werden.

Schliesslich gibt es - auch in den Darlegungen von Dr. A.____ - keine Anhaltspunkte auf Befunde, welche der Symptomgruppe 3 entsprechen. Vielmehr hat Dr. G.____ sehr plausibel aufgezeigt, dass das vom

Beschwerdeführer an den Tag gelegte Verhalten praktisch als Gegenteil von Ziellosigkeit oder Trägheit zu bezeichnen ist (vorstehend E. 4.7).

Kennzeichnend für insbesondere die paranoide Schizophrenie sind sodann Wahnideen, die in verschiedenster Ausprägung auftreten können. Nichts der gleichen wurde beim Beschwerdeführer festgestellt, auch nicht von Dr. A.____.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle verfügbaren Informationen die postulierte Diagnose (paranoide Schizophrenie, F20.0) als selbst aus medizinischer Laiensicht nicht

plausibel erscheinen lassen. Dass Dr. A.____ daran gelegen sein könnte, an der von ihm 1996/1998 gestellten Diagnose

festzuhalten, mag verständlich sein. Sie mit den Kriterien gemäss ICD-10 zu unterlegen, ist ihm aber eindeutig nicht gelungen.

Mithin kann der Sachverhalt insofern als erstellt gelten, dass sowohl im Zeitpunkt der hier strittigen Verfügung als auch im Jahr 1998 keine den Umschreibungen von ICD-10 entsprechende Schizophrenie zu diagnostizieren gewesen ist. 5.3

Sodann steht fest, dass im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache (1996) unter anderem eine psychische Problematik bestand, nämlich eine ängstlich-neurotische Psyche (vorstehend E. 3.1) beziehungsweise eine deutliche reaktive Grundstimmung (vorstehend E. 3.4). Auch im hausärztlichen Bericht von 2002 wurde unter anderem eine psychogene Überlagerung diagnostiziert (vorstehend E. 3.6).

Gemäss psychiatrischem Fachgutachten waren (im Januar 2012) keine Störungen in der Affektivität sowie keine Ängste (mehr) festzustellen, woraus zu schliessen war, dass sich die genannte Problematik zurückgebildet hatte (vorstehend E. 4.3).

Diese Feststellung wurde nicht in Frage gestellt, dies auch nicht von Dr. A.____, was insofern schlüssig ist, als die von ihm postulierte Diagnose unter anderem verlangt, dass die von ihm angeführten „negativen“ Symptome (2d) nicht durch eine Depression verursacht seien (vorstehend E. 5.1).

Somit ist der Sachverhalt des Weiteren dahingehend erstellt, dass sich der Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht verbessert hat.

Wenn sich aus der Sicht einer Fachdisziplin der Gesundheitszustand verbessert hat, so ist die Feststellung, auch aus interdisziplinärer Sicht habe er sich verbessert, sprachlich und inhaltlich folgerichtig und - entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1 S. 13 unten) - keineswegs „aktenwidrig“.

5.4

Damit ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Leistungszusprachen (1996/1998) ausgewiesen, womit die Voraussetzungen gemäss Art.

E. 8

Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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. 2 ATSG).

E. 11

f.). Diesbezüglich und betreffend die psychiatrische Diagnose sei auf den von ihm eingeholten, anderslautenden Bericht (vgl. Urk. 9/131 = Urk. 3/3) abzustellen.

Die im Gutachten der

Y.____ angeführte erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes sei insofern aktenwidrig, als eine solche lediglich im psychiatrischen Bereich postuliert worden sei (S. 13 unten).

E. 13

Ziff. 2).

E. 17

ATSG (vorstehend E.

1.2) für eine umfassende Überprüfung des Leistungsanspruchs erfüllt sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_848/2012 vom 4. Februar 2013 E. 4, 8C_436/2011 vom 10. Mai 2012 E. 4, 9C_457/2010 vom 30. August 2010).

Dementsprechend ist es gerechtfertigt, auch bezüglich der mit den diagnostizierten Leiden verbundenen Arbeitsunfähigkeit auf die nunmehr aktuelle Beurteilung abzustellen. Dies gilt auch und namentlich für die Feststellung, dass die erhobenen Befunde aus neurologischer Sicht eine Einschränkung von maximal 10 % rechtfertigen.

Die abweichende Ansicht von Dr. H.____ (vorstehend E. 4.6) wurde offensichtlich in Unkenntnis dieses rechtlichen Umstands formuliert. Dies gilt auch für seine Empfehlung, es (aus neurologischer Sicht) bei einer „Berentung“ von 50 % zu belassen, denn damit äusserte er sich statt zur Arbeitsfähigkeit zum Rentenanspruch und damit zu einer Rechtsfrage, die ausserhalb seiner fachlichen Zuständigkeit liegt (vorstehend E. 1.5). Überdies fällt auf, dass er sich darauf beschränkte, das Gutachten der

Y.____ (anders) zu interpretieren. Auch nach wiederholten Konsultationen begründete er die von ihm postulierte Einschränkung nicht etwa mit den aktuell von ihm erhobenen Befunden, sondern verwies vollumfänglich auf seinen ersten Bericht, der lediglich das Gutachten der

Y.____ zum Gegenstand gehabt hatte. Aus all diesen Gründen erweisen sich die Äusserungen von Dr. H.____ als nicht entscheidungsrelevant.

Die Berichte über die im August 2014 erfolgten Behandlungen der Kopfschmerzen (Urk. 28/1-4) enthalten keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers und sind deshalb - abgesehen von der zeitlichen Distanz zur vorliegenden zu beurteilenden Verfügung - zur Entscheidungsfindung ungeeignet. 5.5

Zusammengefasst ist erstellt, dass das Gutachten der Y.____ alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich erfüllt, dass eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung mit dem Regelbeweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht und dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um höchstens 10 % eingeschränkt ist. 5.6

Bei diesem Ergebnis erweist sich die Aufhebung der bisher ausgerichteten Rente als inhaltlich richtig. Zu prüfen bleibt die Frage der Selbsteingliederung.

Grundsätzlich müsste die Beschwerdegegnerin bei der gegebenen Laufzeit der bisherigen Rente unterstützende Massnahmen für den erneuten Eintritt ins Erwerbsleben vorsehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2010). Ebendies hat sie auch getan, indem sie dem Beschwerdeführer eine mehrwöchige Abklärung in

einer der dafür vorgesehenen Institutionen ermöglichte, die von ihm allerdings binnen weniger Tage abgebrochen wurde (vgl. Urk. 9/114). Damit -

insbesondere angesichts des von den Fachleuten der Abklärungsstätte anschaulich geschilderten Verhaltens - hat er in nicht zu übertreffender Deutlichkeit klar gemacht, dass er an solchigem nicht interessiert ist. Die von ihm behaupteten gesundheitlichen Gründe vermögen angesichts der gutachterlich bestätigten Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen, und sie würden, selbst wenn sie zuträfen, die Verhaltenskomponenten, welche auf ein zielgerichtetes Nichtwollen schliessen lassen, nicht wegerklären können.

Somit bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre Obliegenheit, den Beschwerdeführer bei der Verwertung seiner objektiv gesehen vorhandenen Arbeitsfähigkeit zu unterstützen, klaglos erfüllt, er jedoch am entsprechenden Angebot kein ernstzunehmendes Interesse gehabt hat. 5.7

Die Feststellung der Beschwerdegegnerin, dass dem Beschwerdeführer kein Rentenanspruch mehr zusteht, erweist sich somit als in jeder Hinsicht rechtens.

Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 6.2

Die ergänzende Abklärung bei den Gutachtern der

Y.____ hätte die Beschwerde gegen sie vornehmen können und müssen, lagen ihr doch die Dokumente, zu denen Stellung zu nehmen war, bereits vor Verfügungserlass vor. Sie hat deshalb die entsprechenden Kosten von Fr. 79 1.40 (Urk. 22) zu übernehmen. 6.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat mit Honorarnote vom 3. September 2014 einen Aufwand von 10 Stunden und 55 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 131.20 geltend gemacht (Urk. 27).

Bei im praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie mit Fr. 2'489.05 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten von Fr. 79 1.40 für die ergänzende Stellungnahme der Gutachter der

Y.____ zu ersetzen. 4.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Barbara Laur, Zürich, wird mit Fr. 2'489.05 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse

entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Laur -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage von Kopien der
Urk. 28/1-4 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 6.

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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

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