

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00103 vom 22. Mai 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00103](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00103)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00103 du 22 mai 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00103 del 22 maggio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Oktober 2007 meldete sich der Versicherte wegen Tuberkulose bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte einen Arztbericht ( Urk. 7/9) , einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug; Urk. 7/5) und einen Arbeitgeberbericht ( Urk. 7/7) ein.

Mit Verfügung vom 10. Dezember 2008 sprach die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/12) dem Versicherten ab 1.

Januar 2008 eine ganze Invalidenrente zu ( Urk. 7/18).

### **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 ). 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.

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art.

### **E. 1.3**

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 11. 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. 1.4**

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 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. 2**

Gegen die Verfügung vom 11. Dezember 2013 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 27. Januar 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei die Sache zur Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2). Gleichzeitig stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (S. 2 Ziff. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2014 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 14. März 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung vom 11. Dezember 2013 (Urk. 2) die Einstellung der Dreiviertelsrente damit, dass sich seit der letzten Abklärung im Jahr 2010 der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiterhin verbessert habe. Gemäss dem aktuellen Gutachten seien keine somatischen Befunde mehr gegeben, welche eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem Pensum von 100 % zumutbar (S. 2 oben). Mit Blick auf die zwischen Trauma und psychischer Dekompensation liegende lange Zeitspanne genügten die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers allein zum vornherein nicht, um ein schweres, zur - um viele Jahre verzögerten - Auslösung einer posttraumatischen Belastungsstörung geeignetes Trauma als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Damit sei bereits die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht rechtsgenügend dargetan.

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe ihren Entscheid vollumfänglich auf die rein somatische Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durch das Z. \_\_\_ gestützt und die Berichte der Ärzte der A. \_\_\_ nicht berücksichtigt (S. 5 Ziff. 1). Den Akten sei zu

entnehmen, dass er keineswegs bis zur aktuellen psychischen Erkrankung bestens funktioniert habe (S. 7 Ziff. 4). Bereits in früheren Arztberichten würden sich Hinweise auf eine psychische Erkrankung finden (S. 7 Ziff. 6). In den Berichten der Ärzte des

A. \_\_\_ werde nachvollziehbar geschildert, dass die protrahierte Diagnose einer intestinalen Tuberkulose und die damalige Prognose des baldigen Todes einschneidende Lebensereignisse waren, die dazu geführt hätten, dass er sich mit der Vergewaltigung auseinandergesetzt habe. Die von seiner Lebenspartnerin geschilderten Störungen hätten durch die klinischen Befunde und Testergebnisse bestätigt werden können (S. 8 Ziff. 7). Die Beschwerdeführerin habe sich darauf beschränkt, die fachärztlichen Feststellungen der A. \_\_\_ zu bestreiten. Sie habe es unterlassen, sich damit auseinanderzusetzen oder sie durch einen anderen Facharzt überprüfen zu lassen. Die Ansicht der Beschwerdeführerin, wonach die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung nicht zutreffe, widerspreche somit der Aktenlage und entbehre einer medizinisch nachvollziehbaren und schlüssigen Grundlage (S. 8 Ziff. 8). Es sei die Angelegenheit an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen, damit diese weitere (psychiatrische) Abklärungen durchführen lasse (S. 9 Ziff. 9).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist damit, ob sich seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 22. Dezember 2010 (Urk. 7/54), welche auf einer materiellen Prüfung des Rechtsanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhte (vgl. E. 1.3), eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und ihm infolgedessen ein Rentenananspruch zusteht. Dabei sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. Dezember 2010 mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2013 zu vergleichen. 3.3.1

Prof. Dr. med. B. \_\_\_ , Innere Medizin FMH, und Dr. med. C. \_\_\_ , Innere Medizin FMH, Z. \_\_\_ , erstatteten ihr Gutachten am 28. Januar 2010 (Urk. 3/3 = Urk. 7/39 = Urk. 7/40) gestützt auf die Untersuchung vom 11. Januar 2010 (S. 1) und die Vorakten (S.

2 Ziff. 2). Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 5.1): - Tuberkulose des Pankreas - Nachweis vom Mykobakterium tuberculosis Komplex DNA bei Feinnahepunkt (FNP) des Pankreas vom 19. April 2007 - fehlendes Therapieansprechen auf tuberkulostatische

Standardtherapie April bis Oktober 2007 - von Oktober 2008 bis Oktober 2009 unter tuberkulostatischer

Viertherapie

Ferner nannten sie als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 5.2): - Thalassämie

minor - Status nach Tendinitis im proximalen Bereich des Musculus

biceps rechts - sonographisch Verdacht auf Partialruptur

Aktuell würden harte Kriterien fehlen, um den aktuellen Gesundheitszustand sowie den Verlauf der Erkrankung sicher beurteilen zu können. Hierzu brauche es eine umfassende Labordiagnostik, eine ausführliche Bildgebung und wahrscheinlich auch eine erneute Biopsie des Resttumors. Das Fortbestehen einer Aktivität der Tuberkulose im Bauchraum

könne ohne solche Untersuchungen nicht ausgeschlossen werden. Differentialdiagnostisch könnten die geklagten Beschwerden so wohl im Rahmen der Tuberkulose interpretiert werden als auch im Rahmen einer funktionellen Störung. Der Beschwerdeführer habe sich in gutem Allgemeinzustand präsentiert. Trotz der medizinischen Unklarheiten sei der Beginn einer schrittweisen beruflichen Reintegration ab dem aktuellen Zeitpunkt möglich (S. 4 oben). Für körperlich leichte Tätigkeiten im angestammten Beruf bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 40

%. Dabei könne von einer 50%igen Präsenz am Arbeitsplatz mit vermindertem Leistungsvermögen ausgegangen werden. Dies gelte auch für die Arbeitstätigkeit in anderen Berufen (Ziff. 6.2, Ziff. 6.3). Die attestierte Restarbeitsfähigkeit gelte ab Datum des Gutachtens (Ziff. 6.4). Die aktuelle medizinische Situation sei aus internistischer Sicht nicht klar. Das Vorliegen einer psychischen Auffälligkeit sei differentialdiagnostisch möglich (Ziff. 6.8). 3.2

Gestützt auf dieses Gutachten ging die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 22. Dezember 2010 von einer Restarbeitsfähigkeit von 40 % des Beschwerdeführers aus und reduzierte die ganze Invalidenrente auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 7/54/4-6). 4. 4.1

In ihrem Verlaufsgutachten vom 27. August 2012 (Urk. 3/5 = Urk. 7/65) nannten Prof. Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_,

Z.\_\_\_\_, folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1): - intermittierende Oberbauchschmerzen: Differentialdiagnose (DD) obstipierende Form eines Colon

irritabile, rein funktionell - Status nach Tuberkulose des Pankreas - Nachweis vom Mykobakterium tuberculosis Komplex DNA bei FNP des Pankreas vom 19. April 2007 - fehlendes Therapieansprechen auf tuberkulostatische

Standardtherapie April bis Oktober 2007 - von Oktober 2008 bis Oktober 2009 unter tuberkulostatischer

Viertherapie - seit September 2008 weitgehend grössenregrediente oder verschwundene Raumforderung im Bereich des Pankreas - Thalassämia

minor - Status nach Tendinitis im proximalen Bereich des Musculus

biceps rechts - sonographisch Verdacht auf Partialruptur

Sie führten aus, über drei Jahre nach der Durchführung einer tuberkulostatischen Therapie während zwölf Monaten bestehe nun in

der Bildgebung eine weitgehend stabile Situation ohne Nachweis eines Weichteilimpulses im Bereich des Pankreaskopfs oder sonstige Hinweise für eine Aktivität einer Tuberkulose oder ein Tuberkuloserezidiv. Der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers sei nach wie vor gut, die klinische Untersuchung sei unauffällig und die Laborparameter praktisch normal. Die geklagten Oberbauchschmerzen seien entweder im Rahmen eines obstipierenden Colon

irritabile mit Besserung auf die Einnahme von Laxantiensirup oder als rein funktionell bedingt zu interpretieren. Im internistischen Fachgebiet liessen sich keine Befunde erheben, welche momentan eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. Dem Beschwerdeführer sei es möglich, sämtliche körperlich leichten bis mittel schweren

Erwerbstätigkeiten in einem vollen Pensum auszuführen (S. 5 Ziff.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### **E. 7.1**

). Sie attestierte n dem Beschwerdeführer für körperlich leichte bis mit telschwere Tätigkeiten in seinem angestammten Beruf sowie in einer adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit ( Ziff.

### **E. 7.2**

, Ziff.

### **E. 7.3**

) und die aktuell attes tierte Arbeitsfähigkeit bestehe seit Januar 2012 ( Ziff. 7.3). 4.2

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Oberarzt, und lic . p hil.

E.\_\_\_\_ , Psychologin, A.\_\_\_\_ , Spezialstation für Traumafolgen , nannten in ihrem Bericht vom 1 3. März 201 3 ( Urk. 3/7 = Urk. 7/88) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) bestehend seit 2011

Ferner nannten sie als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - abdominale Tuberkulose (TBC) , Erstdiagnose 2007, aktuell Remission - Abdomen-MRI vom 4. Februar 2013: unauffällig - Thalassämia

minor

Der Beschwerdeführer sei vom 1 9. November 2012 bis 2 7. Februar 2013 sta tionär behandelt worden ( Ziff. 1.3). Er sei in seiner Kindheit Zeuge von inner- und ausserfamiliärer sexueller Gewalt gegen die eigene Mutter geworden .

Im Alter von 11 Jahren sei er Opfer von sexueller und körperlicher Gewalt massiven Ausmasses durch mehrere Männer gewesen . Er sei dennoch bis 2011 psychi atrisch unauffällig gewesen. Die protrahierte Diagnose einer intestinalen Tuberkulose im Jahr 2007 und vor allem die damalige Prognose des baldigen Todes seien einschneidende Lebensereignisse gewesen. 2011 seien kognitive Beein trächtigungen aufgefallen, indem der Beschwerdeführer Zustände von Verwirrt heit, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen beschrieben und im Jahr 2012 drei kleinere Auffahrnfälle verursacht habe. Aufgrund des normalen bildgebenden Befundes sei von einer psychogenen Ursache auszugehen, wahr scheinlich im Rahmen von Flashbacks. Nach der Ankündigung der Remission der Tuberkulose habe der Beschwerdeführer begonnen, sich mit seiner Vergan genheit auseinander zu setzen. Es sei zu einer Zunahme intrusiven Erlebens in Form von bildhaften und gedanklichen Erinnerungen, Filmsequenzen und Kör perflashbacks der erlebten sexuellen Gewalt gekommen. Neben den Intrusionen beschreibe er Vermeidungsverhalten (Vermeidung von Gesprächen, Unterdrü ckung von Gedanken, emotionale Taubheit) sowie Übererregung ( Kon zen tra tionsstörung , Ein- und Durchschlafstörungen, Gereiztheit, Wutausbrüche), was von seiner Lebenspartnerin bestätigt werde. Weitere Symptome seien eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie ein teils übermässiges Schlafbedürfnis und teil weise Ein- und Durchschlafstörungen mit Albträumen. Die Vernachlässigung sozialer Anliegen während den letzten Monaten und

vielleicht Jahren sei ein wesentlicher Teil des Gesamtbilds (S. 2 unten f.). Der Befund bei Klinikeintritt habe Symptome aus allen Clustern der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ergeben. Testpsychologisch seien alle Kriterien gemäss DSM-IV für die Diagnose einer PTBS erfüllt (S. 3), die entsprechende Testung spreche zudem für eine mittelgradige depressive Episode (S. 4 Mitte). Der Wiedereintritt auf die Spezialstation für Traumafolgestörungen sei für April oder Mai vorgesehen; der Beschwerdeführer habe infolge Besuchs seines Bruders aus F. \_\_\_ einen vorübergehenden Klinikaustritt gewünscht (S. 5). Während des Klinikaufenthaltes habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Aktuell sei die Leistungsfähigkeit stark reduziert. Auf dem primären Arbeitsmarkt sei momentan keine Tätigkeit vorstellbar. Eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen sei zu etwa 30 % möglich. Die Einschränkungen wirkten sich dergestalt aus, dass der Beschwerdeführer sich kaum in der Lage zeige, soziale und finanzielle Anliegen zu verwalten, so dass eine Beistandschaft ein geleitet worden sei. Ähnliche Probleme dürften auch an einem Arbeitsplatz vor kommen. Die Desorientierung zeige sich, indem der Beschwerdeführer vergesse, rechtzeitig auszusteigen. Er wisse dann nicht mehr, wo er sei. Es käme auch vor, dass er telefoniere und vergesse, dass er am Telefonieren sei. Körperliche Flash backs würden von starken Schmerzen begleitet, die vorübergehend zu einer Zunahme der Defizite führten (S. 6). Es sei eine Neu Beurteilung nach der zweiten Hospitalisation vorzunehmen (S. 7).

#### 4.3

Im Bericht vom 24. Juli 2013 ( Urk. 3/8 = Urk. 7/90) nannte n

die behandelnden Ärzte des A. \_\_\_ ,

Dr. D. \_\_\_ und lic . phil. E. \_\_\_ , dieselben Diagnosen wie i m Bericht vom 13. März 2013 (vorstehend E. 4.2). Der Beschwerdeführer sei vom 23. April bis 20. Juni 2013 stationär behandelt worden ( Ziff. 1.3). Der Befund bei Eintritt habe unter anderem einen verminderten Antrieb, Hyperarousal , Intrusionen, Flashbacks und fragliche dissoziative Fugues ergeben. Bei Austritt seien Gedächtnisstörungen in Form von sich auf drängenden Erinnerungen an ein Kindheitstrauma aufgetreten, die jedoch inzwischen besser kontrollierbar gewesen seien (S. 3). Es sei schwierig, eine Prognose abzugeben: Einerseits sei der Klinikaustritt auf Wunsch des Beschwer deführers vor dem Abschluss der eigentlichen Traumatherapie erfolgt, so dass an der Nachhaltigkeit der reduzierten posttraumatischen Symptomatik zu zweifeln sei. Andererseits komme es erfahrungsgemäss zu einer weiteren Reduktion der Symptomatik während drei bis sechs Monaten nach erfolgter Exposition. Insgesamt sei es zu einer Verbesserung des Zustandsbildes gekommen, indem die bedrückte Grundstimmung aufgehellt und das Empfinden von Freude wieder möglich geworden sei. Es seien weitere Sitzungen vorgesehen gewesen; der Beschwerdeführer habe sich jedoch für einen Arbeitsversuch bei seinem ehemaligen Arbeitgeber entschieden (S. 4.). Erste Rückmeldungen über den Arbeits versuch in einem Pensum von 30 % bei voller Krankenschreibung wiesen auf eine Überforderung, was aber nach längerer Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sei (S. 1). Eine leitende Tätigkeit mit Verantwortung für Personal und/oder Finanzen sei aktuell nicht vorstellbar. Sollte der Wiedereinstieg in den primären Arbeitsmarkt scheitern, sei eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen mit einem Anfangs pensum von 30 % zu empfehlen, was ab sofort zumutbar sei (S. 6). 4.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH ; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , Regionalärztlicher Dienst (RAD) , führte in seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2013 ( Urk. 7/92 S. 4 Mitte ) aus, der genaue Beginn der psychiatrischen Diagnose sei nicht bekannt und deshalb könne diese Diagnose erst ab Klinikeintritt angenommen werden. Damit sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab November 2012 aufgrund des psychischen Leidens anzunehmen. Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handle es sich jedoch in der Regel nicht um eine langanhaltende Störung und sie werde invalidenrechtlich zu den ätiologisch- pathogenetisch unklaren syndromalen Zustandsbildern ohne nachweisbare organische Grundlage gerechnet. Eine zusätzliche psychische Komorbidität von erheblicher Dauer und Schwere bestehe nicht. 5. 5.1

Unbestritten und durch die medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Situation im Dezember 2010 verbessert hat und diesbezüglich von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ vermochten in ihrem Verlaufsgutachten vom 27. August 2012 (vgl. vorstehend E. 4.1) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr zu stellen. Hingegen ist in psychischer Hinsicht eine Veränderung eingetreten, indem die Ärzte der Spezialstation für Traumafolgen des A.\_\_\_\_ eine seit 2011 manifeste PTBS aufgrund von traumatischen Erlebnissen in der Kindheit

diagnostizierten, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. 5.2

Die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung soll nach den Leitlinien der ICD nur erfolgen, wenn sie nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), 9. Auflage 2014, F43.1) . Rechtsprechungsgemäss wird daher eine posttraumatische Belastungsstörung nur dann als invalidisierend anerkannt, wenn sie nach einem Ereignis mit extremem Belastungsfaktor auftritt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_248/2007 vom 4. August 2008, E. 5.6.1). Auf eine posttraumatische Belastungsstörung ist gemäss ICD weiter grundsätzlich nur zu erkennen, wenn die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis aufgetreten ist ( vgl. dazu das Urteil des Bundesgerichts I 715/05 vom 27. Januar 2006, E. 6.2). Zwar kann auch bei einem grösseren zeitlichen Abstand zwischen dem traumatisierenden Ereignis und dem Auftreten der Beschwerden eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, wenn die klinischen Merkmale typisch sind und keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts I 715/05 vom 27. Januar 2006 E. 6.2). Solche Fälle kommen, wenn auch selten , vor (Urteil des Bundesgerichts I 750/06 vom 22. August 2007 E. 3.2.1). Eine diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung gilt zudem nicht per se als invalidisierend, sondern es muss dargelegt werden, inwiefern sie nicht durch zumutbare Willensanstrengung überwunden werden kann (Urteil des Bundesgerichts I 203/06 vom 28. Dezember 2006, E. 4.5). 5.3

Die Fachärzte des A.\_\_\_\_ führten aus, der Beschwerdeführer habe im Anschluss an die Remission der Tuberkulose begonnen, sich mit seiner Vergangenheit auseinander zu setzen, worauf es zu einer Zunahme des typischen intrusiven Erlebens gekommen sei. Sie stellten bei Klinikeintritt des Beschwerdeführers alle Symptome aus allen Clustern der PTBS fest, und testpsychologisch seien alle Kriterien gemäss DSM-IV erfüllt. In einer geschützten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen. Diese Einschätzung erging gestützt auf die genaue Erhebung von Anamnese und Befunden und

wurde grundsätzlich nachvollziehbar begründet. So legten die Ärzte dar, dass seit 2011 kognitive Beeinträchtigungen aufgetreten seien, die psychogene Ursachen hätten. Den medizinischen Akten sind denn auch Hinweise zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bereits früher an psychischen Beeinträchtigungen, die möglicherweise in Zusammenhang mit einer PTBS stehen könnten, litt: Hausärztlich wurden im Januar 2007 Wesensveränderungen (vgl. Urk. 7/9/10)

und im Februar 2008 eine mentale Minderbelastbarkeit festgestellt; zudem habe die damalige Ehefrau von Ziellosigkeit im Betrieb und Inkompetenz zu Hause dem Baby und sich selbst gegenüber berichtet (vgl. Urk. 7/9/2-3). Anlässlich der internistischen Begutachtung 2010 hielten die Gutachter des Z.\_\_\_\_ eine psychische Auffälligkeit differentialdiagnostisch für möglich (vgl. vorstehend E. 3.1). 2012 berichtete der Beschwerdeführer den Gutachtern des Z.\_\_\_\_ von Tagesmüdigkeit und gleichzeitig Einschlafstörungen am Abend; er liege oft wegen „Stress“ wach im Bett (vgl. Urk. 7/65/3 unten). Die Bauchschmerzen wurden als möglicherweise rein funktionell bedingt beurteilt (vgl. Urk. 7/65/5 Mitte). 5.4

Bei Traumata, die in der Kindheit erlitten wurden, erscheint es als nicht ausgeschlossen, dass sich die PTBS erst im Erwachsenenalter manifestieren kann. Da der Beschwerdeführer seine Kindheit in H.\_\_\_\_ verbrachte, lassen sich die genauen Umstände der erlittenen Erlebnisse und deren mögliche Folgen wohl nicht verifizieren. Dies ist jedoch auch bei vergleichbaren Fällen in der Schweiz oft schwierig oder ausgeschlossen und steht einer wie vorliegend ausführlich begründeten Diagnosestellung nicht entgegen. Ein starres Festhalten an der kurzen Latenzzeit nach ICD würde bedeuten, dass in ähnlichen Konstellationen, wo ein Kind möglicherweise die traumatischen Erlebnisse bis ins Jugend- oder Erwachsenenalter verschweigt oder verdrängt, die Diagnose einer PTBS ausgeschlossen ist, wenn sie nicht innert sechs Monaten nach dem erlittenen Trauma auftritt. Ob es sich beim Beschwerdeführer so verhält, wurde nicht klar beantwortet. Diese Frage bedarf der vertieften Abklärung durch einen spezialisierten Psychiater, welcher nicht an der Behandlung des Beschwerdeführers beteiligt ist. Ebenso wird die Frage abzuklären sein, ob die psychische Beeinträchtigung

und eine solche ist gestützt auf die Berichte des A.\_\_\_\_ als ausgewiesen zu betrachten - mit zumutbarer Willensanstrengung überwunden werden kann. Ärztliche Angaben dazu fehlen, weshalb es nicht angeht, ohne diese Angaben von einer Überwindbarkeit auszugehen. Im Übrigen gehören Störungsbilder, bei denen wie vorliegend eine Diagnose anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen klar gestellt werden kann, nicht zu den patho-genetisch-ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern (vgl. Rz 1003 des Kreisschreibens über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG; KSSB), weshalb die Förster-Kriterien bei der Frage der zumutbaren Willensanstrengung entgegen der Beurteilung durch den RAD (vgl. vorstehend E. 4.4) keine Anwendung finden. 5.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und eine allenfalls dadurch bedingte Beeinträchtigung seiner Arbeitsfähigkeit wie auch die Frage der Überwindbarkeit nicht genügend abgeklärt wurden. Es lässt sich deshalb nicht überprüfen, ob eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 6. 6.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde ( § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69). 6.2

Nach dem Gesagten ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen den Sachverhalt in geeigneter Weise abkläre und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 7 .

7.1

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 IVG) und auf Fr.

## **E. 8**

00.-- werden der Beschwerdegegnerin

auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Bibiane Egg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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