

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00572 vom 3. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00572

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00572 du 3 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00572 del 3 agosto 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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. 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 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.

E. 1.3

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 Vorak ten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss dem eingeholten Gutachten sei der Beschwerdeführer in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit 8.5 Stunden täglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben (S. 2 unten). Nicht gefolgt werden könne - aus näher dargelegten rechtlichen Gründen - der Beurteilung im Gutachten, es lasse sich keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands festhalten (S. 3). Bei fehlendem Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erübrige sich ein Einkommensvergleich (S. 4 oben). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), eine überwiegend wahrscheinliche Verbesserung seines Gesundheitszustandes sei nicht nachgewiesen (S. 6 ff. Ziff. 13 ff.). Eine Anwendung der Schlussbe stimmungen zur 6. IV-Revision habe das Bundesgericht in seinem Rückwei sungsurteil verworfen (S. 5 Ziff. 11), würde aber auch aus weiteren Gründen nicht in Frage kommen (S. 9 ff. Ziff. 27 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die verfügte Rentenaufhebung zulässig sei. 2.4

Bezüglich einer allfälligen Rückforderung hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung eine entsprechende separate Ver fügung in Aussicht gestellt (Urk. 2 S. 5 Mitte). Dass sie im Betreff der Verfügung (auch) die Rück forderung erwähnte, ist deshalb unbeachtlich.

B ezüglich einer allfälligen Rückforderung liegt noch keine Verfügung der Be schwerdegegnerin vor; somit fehlt es diesbezüglich an einem Anfechtungsobjekt und es in diesem Punkt auf die Beschwerde nicht einzutreten. 3.

3.1

Die Zusprache einer ganzen Rente ab August 1999 im Mai 2001 (Urk. 12/20) stützte sich auf das Gutachten, das med. pract . Y.____ , Assis tenzarzt, und Dr. med. Z.____ , Oberärztin, Kantonale Psychiatrische Klinik A.____ , am

E. 4

No vember 2002 (Urk. 12/ 28) und am 30. Oktober 2007 (Urk. 12/ 41) teilte sie ihm mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente .

Mit Verfügung vom 23. Mai 2008 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine Hilflosenentschädigung ab Dezember 2005 zu (Urk. 12/ 48-49).

Mit Verfügungen vom 8. Juni 2 012 (Urk. 12/ 111-112) hob die IV-Stelle die Verfü gung vom 17. Mai 2001 (Rentenzusprache) und die Verfügung vom 23. Mai 2008 (Hilflosenentschädigung) wiederwägungsweise auf

und stellte die Leistungen auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats ein . Das hiesi - ge Gericht bestätigte dies mit Urteil vom 3. Dezember 2012 im Verfahren Nr. IV.2012.00733 (Urk. 12/ 120).

Das Bundesgericht hiess mit Urteil vom 30. April 2013 (Urk. 12/ 125) die dargelegte erhobene Beschwerde gut , wobei es die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungszusprachen verneinte (S. 4 E. 2.3) , die Verfügungen vom 8. Juni 2012 aufhob (S. 6 Ziff. 1) und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese die Voraussetzungen für eine revisionsweise Leistungseinstellung prüfe (S. 5 E. 3 am Schluss).

E. 4.1

Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, der den Beschwerdeführer seit Oktober 2007 behandelt (Urk. 12/114 S. 1 Ziff. 1), führte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2007 (Urk. 12/ 39) und anderem aus, dass beim Beschwerdeführer gemäss IV-Akten seit langem ein unveränderter Zustand und ein chronischer Verlauf vorliege (Ziff. 3). Es sei davon auszugehen, dass sich sein Zustand nie mehr wesentlich verbessern werde (Ziff. 4). Seit Jahren sei der Beschwerdeführer bei fast allen alltäglichen Verrichtungen auf die Hilfe seiner Frau angewiesen (Ziff. 6). So müsse ihn diese waschen, die Medikamente abgeben, und auch die gesellschaftlichen Kontakte würden durch sie initiiert (S. 6).

In seinem Bericht vom 23. November 2010 (Urk. 12/ 67) führte Dr. B.____ aus, dass sich seit seinem letzten Bericht vom Oktober 20

E. 4.2

Am 28. Januar 2012 erstattete Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin

(Urk. 12/89/5-30). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkungen für die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 3.2): - low -dose-Abhängigkeit von Benzodiazepinen, ständiger Substanzgebrauch (F 13.25) - passiv-aggressive Persönlichkeitsstruktur (F 60.81)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Tabakabhängigkeit , einen schädlichen Konsum von Alkohol seit etwa 1998 , Übergewicht und Rückenschmerzen (S. 17 Ziff. 3.3).

Dr. C.____ führte aus, er habe für die in anderen Arztberichten genannten Diagnosen, abgesehen vom Alkoholabusus, namentlich für einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung und für eine fragile asthenische Persönlichkeitsstörung , keine Anhaltspunkte gefunden (S. 20 Mitte). Allenfalls sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus dem Störungsbild ableitbar. Die verbleibenden reklamierten 50 % gingen seines Erachtens auf ein Vermeidungsverhalten mit selbstlimitierenden Tendenzen zurück, welche innerhalb einer nun 1½

Jahrzehnte anhaltenden Entwicklung beim Beschwerdeführer zum habituellen Lebensstil geworden seien (S. 20) .

Auch die 50%ige Arbeitsunfähigkeit, die auf die Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers und in kleinem Umfang auf die Benzodiazepinabhängigkeit zurückgehe, sei - jedenfalls medizinteoretisch betrachtet - durch eine suffiziente Fachbehandlung signifikant zu verringern. Es könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, an einer solchen Fachbehandlung mitzuwirken und auch eine ausreichende subjektive Willensanstrengung aufzubringen, um sowohl an einer solchen Behandlung, wie auch an einer Verwertung der restlichen Arbeitsfähigkeit von gegenwärtig mindestens 50 % im freien Arbeitsmarkt mitzuwirken, um insgesamt den Grad der Arbeitsfähigkeit signifikant

über 50 % hin aus zu erhöhen (S. 20 f.).

An einem adaptierten Arbeitsplatz des ersten Arbeitsmarktes sei die Arbeitsfähigkeit mit zunächst mindestens 50 % zu beziffern, welche binnen sechs bis neun Monaten prinzipiell auf 100 %

steigerbar sei, sofern eine Fachbehandlung unter entsprechenden Kautelen durchgeführt werde (S. 24 oben).

Dem Beschwerdeführer seien mental wie körperlich einfache Arbeiten im freien Arbeitsmarkt zumutbar. Solange noch Benzodiazepine in diesem Ausmass konsumiert würden, sei das Steigen auf Leitern und Gerüste, in grosser Höhe und der Umgang mit potentiell gefährlichen Maschinen nicht zumutbar, ebenso wenig Tätigkeiten mit grösseren Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen sowie mit Publikumsverkehr. Denkbar seien zum Beispiel entsprechende Arbeiten als Lagerist oder ähnliche Verweistätigkeiten. Es sei nicht ratsam, den Beschwerdeführer, auch mit einem reduzierten Pensum, in seiner letzten Tätigkeit als Maschinenführer einzusetzen. Dies sei allenfalls möglich, wenn eine Benzodiazepinabstinenz und eine weitere damit zusammenhängende Stabilisierung erreicht worden sei (S. 21 Ziff. 4.1).

Dr. C.____ bemerkte, dass er bei der in der gesamten Krankengeschichte ersichtlichen nicht ausreichenden Compliance gelegentliche Spiegelkontrollen empfehle, ob überhaupt eine wirksame Dosis dieser Präparate im Serum vorhanden sei. Die psychotherapeutische oder besser psychoedukative Betreuung solle im „Hier und Jetzt“ orientiert sein und die Eigenanteile des Beschwerdeführers insbesondere an dem Vermeidungsverhalten und der Selbstmitierung bei nicht ausreichender Motivation bearbeiten (S. 21 Ziff. 4.2).

Dr. C.____ stellte fest, dass seit dem 12. Mai 1998 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, welche dadurch zustande gekommen sei, dass die posttraumatische Belastungsstörung weggefallen sei. Die diagnostisch festgehaltene Abhängigkeit von Benzodiazepinen habe zwar einen gewissen Einfluss auf die Minderung der Arbeitsfähigkeit, sei aber nicht sehr stark ausgeprägt und prinzipiell behandelbar (S. 23 Ziff. 2).

E. 4.3

Dr. B.____ führte in seinem Bericht vom 13. Juni 2012 (Urk. 12/114) aus, dass der Beschwerdeführer an einer schweren, chronisch verlaufenden psychiatrischen Erkrankung leide, welche die Züge einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer chronischen schweren Depression sowie auch Elemente aus dem Spektrum der schizophreniformen Erkrankungen trage. Grundlagen dieser Krankheitsentwicklung seien die schwierige Kindheit und Jugend mit kaum Sicherheit und Geborgenheit bietenden Verhältnissen, prämorbid bestehende maladaptive Persönlichkeitszüge sowie traumatisierende Einflüsse bedingt durch den Migrationshintergrund sowie insbesondere durch den Wohnungsbrand 1998. S einer Erfahrung nach spiele bei einer solch schweren psychiatrischen Erkrankung Aggravation keine oder höchstens eine untergeordnete Rolle (S. 2 Ziff. 6). Heilungschancen sehe er keine (S. 2 Ziff. 7). Seiner Einschätzung nach sei der Beschwerdeführer, auch bei angepasster Tätigkeit, sowohl im ersten wie auch im zweiten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 4). Er könne der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Dr. C.____ nicht zustimmen. So seien keine fremdanamnestic Angaben eingeholt worden und grosse Teile des Gutachtens seien von einem wertenden, teils dem Patienten misstrauenden Ton durchzogen, und es seien ihm Aggravationstendenzen unterstellt

worden (S. 2 Ziff. 8).

E. 4.4

In einem am 4. November 2013 eingegangenen Bericht (Urk. 12/158) nannte Dr. B.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung mit Verdacht auf zumindest zeit - weilig psychotischer Dekompensation, bestehend seit Jahren - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bestehen seit Jahren

Zur Prognose führte Dr. B.____ aus, es sei zu befürchten, dass sich am Zustand des Beschwerdeführers auch zukünftig nichts Wesentliches verändern werde (S. 2 Mitte). Es finde eine integrierte psychiatrische Behandlung mit 1 bis 2 Sitzungen pro Monat statt (Ziff. 1.5). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit Jahren (Ziff. 1.6). 5.

E. 5

Februar 2001 erstattet hat e n. 3.2

Im Gutachten vom 5. Februar 2001 (Urk. 12/16) wurde ausgeführt, dass unter Berücksichtigung der Anamnese des Beschwerdeführers, seiner prämorbidem Persönlichkeitsstruktur, dem Ereignis vom 12. Mai 1998 und dem darauffolgenden Verlauf sowie gestützt auf die vorliegenden Unterlagen, die fremdanamnestischen Angaben und ihre Beobachtung und Untersuchung die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gestellt werde, welche sich mit ausgeprägter depressiver Symptomatik, Beeinträchtigung des Sozialverhaltens, Auftreten von Angststörungen und somatoformer Symptomatik charakterisiere (S. 10).

Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung vom 2. November 2000 habe der Beschwerdeführer angegeben, viele deutsche Worte nicht zu verstehen, und er habe sich nur bedingt konzentrieren können. Die Untersuchung sei daher abgebrochen und Teile des Tests seien dem Beschwerdeführer mitgegeben worden, mit der Aufforderung, diese zurück zuschicken. Bislang liege keine Antwort vor. Es könne ein knapp durchschnittliches prämorbidem Intelligenzniveau vermutet werden. Ein Persönlichkeitsprofil habe sich aus denselben Gründen nicht hinreichend erstellen lassen. Der Score des Beck-Depression-Inventars (37 Punkte) weise deutlich auf eine schwere Depression hin und sei möglicherweise Folge der diagnostizierten PTBS. Die Symptome einer zunächst angenommenen Persönlichkeitsstörung liessen sich eventuell mit einer schweren Depression erklären. Gegen eine asthenische Persönlichkeitsstörung spreche das Bild des Beschwerdeführers vor dem Wohnungsbrand (S. 9 f.)

Das Krankheitsbild beeinträchtigt seit mehr als zwei Jahren die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Bei einem mehr oder weniger unveränderten Verlauf bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die bisherigen therapeutischen Versuche seien unzureichend gewesen. Hauptgründe seien die fehlende Motivation des Beschwerdeführers und die unzureichende Unterstützung seitens der Familie. Die Versuche, auf ambulanter Basis eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung durchzuführen, seien aufgrund der fehlenden Compliance und dem Mangel an Regelmässigkeit gescheitert. Bei vorhandener Motivation und Bereitschaft, einen therapeutischen Prozess durchzuführen, sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit vorstellbar, wobei über das Ausmass der Besserung und über den Zeitraum keine Angaben gemacht werden könnten (S. 10 f.). 3.3

Das Bundesgericht stellte in seinem Urteil vom 30. April 2013 (Urk. 12/125) unter anderem fest, die Zusprache einer ganzen Rente habe auf den Beurteilungen verschiedener Fachärzte, insbesondere auf dem Gutachten der Kantonalen Psychiatrischen Klinik A.____ vom 5. Februar 2001 , beruht. Dabei habe Übereinstimmung, namentlich in Bezug auf das Vorliegen einer PTBS , bestanden (S. 3 f. E. 2.2). Es könne somit nicht davon gesprochen werden, die damalige Rentenzusprache sei zweifellos unrichtig gewesen (S. 4 E. 2.3). 4.

E. 5.1

Am 23. April 2014 erstatteten die Fachpersonen des D.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 12/166 /1-15) . Sie stützen sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und die in einem psychiatrischen (Urk. 12/166/16-27) und einem neuropsychologischen (Urk. 12/166/28-31) Teilgutachten erhobenen Befunde.

E. 5.2

Im neuropsychologischen Teilgutachten (Urk. 12/166/28-31) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe eine deutlich reduzierte Kooperationsbereitschaft gezeigt. Oft sei er minutenlang vor einer Aufgabe gesessen, ohne einen Lösungsansatz zu versuchen. Die Ergebnisse des Symptomvalidierungstests lägen unterhalb der Zufallswahrscheinlichkeit, was bedeute, dass bewusst falsche Antworten gegeben worden seien. Bei einem tatsächlichen Defizit müsste - bei jeweils zwei Antwortmöglichkeiten - das

Ergebnis im Zufallsbereich liegen, also zirka die Hälfte der Antworten richtig sein. Bei einem Ergebnis

weit unterhalb des Zufallsbereichs (im aktuellen Fall 28 % korrekte Antworten) müsste von einer

bewusstseinsnahen Aggravation ausgegangen werden (S. 5 oben) .

Des Weiteren hätten deutliche Inkonsistenzen beobachtet werden können : Während der Beschwerdeführer in der

Testsituation keinerlei korrekte Angaben zu räumlicher und zeitlicher Orientierung machen können , sei er in der Pause in der Lage gewesen , ausserhalb des Gebäudes zu rauchen und den Weg zum

Untersuchungszimmer ohne Hilfe wieder zu finden.

Im Mini Mental Status (MMS) habe er lediglich 6 von 30 Punkten erreicht. Dieses Resultat wäre

höchstens mit einer weit fortgeschrittenen Demenz vereinbar und sei meist nur bei hospitalisierten, auf

umfassende Pflege angewiesenen Patienten zu beobachten. Dies treffe auch auf die wenig nachvollziehbare persönliche Desorientierung (keine Angabe des eigenen Geburtsdatums, der

Arbeitsstellen und der Anzahl eigenen Kinder möglich)

zu (S. 5).

Insgesamt würden nach den massgebenden Kriterien bewusstseinsnahe psychische Prozesse

der Aggravation als definitiv gesichert gelten (S. 5 Mitte). 5 .3

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 12/166/16-27) wurden unter anderem die folgenden Befunde angeführt: Der Versicherte vermeide während der - unter Hinzuziehung eines Übersetzers erfolgten - Exploration über weite Strecken jeglichen Blickkontakt, gebe sich schläfrig, müde, lasse aber hinter dieser Fassade durchaus erkennen, dass er wach und aufmerksam dem Explorationsgeschehen folge (S. 21).

Im Kontakt sei der Versicherte abweisend, distanziert. Die gestellten Fragen würden nur zögernd, zeitweise paralogisch beantwortet. Bei insistierender Nachfrage reagiere er im Kontakt zunehmend dysphorisch gereizt. Teilweise beantworte er die Fragen ironisierend. Auffallend sei zudem, dass er nach Ankündigung der Blutentnahme nach der Exploration zum Nachweis des

Medikamentenspiegels vehement jegliche Blutentnahme verweigere und als Begründung angebe, er habe am Untersuchungstag zu viel geraucht, Kaffee getrunken, und er fühle sich nicht belastbar. Als gleichwohl auf der Blutentnahme bestanden werde, verlasse er grusslos und raschen Schrittes die Praxis-Räumlichkeiten (S. 21 f.).

Der Versicherte verfolge hinter einer fassadenhaft vorgetragenen Müdigkeit mit Vermeiden des Blickkontakts durchaus attent das Untersuchungsgeschehen. Das Konzentrationsvermögen sei leicht reduziert, wobei eine Diskrepanz zwischen der demonstrierten Konzentrationsminderung einerseits und dem doch zielgerichteten Verhalten mit zum Teil ironisierenden Antworten vorliege.

Der Versicherte trage Orientierungsstörungen zu Zeit, Ort, Person und Situation vor. Im Verlauf der Exploration werde aber wiederholt deutlich, dass diese angegebenen Störungen vorgetragen seien und nicht der Realität entsprechen. Der Versicherte vermittele eine müde Fassade, dahinter wirke er aber durchaus wach und bewusstseinsklar (S. 22 oben),

Der Versicherte spreche mit schleppender, demonstrativ leiser Stimme. Die Sprachfrequenz sei gering. Der formale Gedankengang sei zäh, aber geordnet und kohärent. Eine depressive Denkhemmung lasse sich nicht ausmachen. Ideenflucht oder Denkzerfahrenheit bestünden nicht. Im inhaltlichen Denken zeige sich eine vermehrte Beschäftigung mit negativen Kognitionen, Insuffizienzgefühlen und depressiven Wahrnehmungen. Psychotische Denkinhalte oder Wahn ließen sich nicht ausmachen. Die vom Versicherten berichteten halluzinatorischen Fehlwahrnehmungen seien als dissoziative Symptome zu interpretieren und nicht als Halluzinationen im engeren Sinne aufzufassen. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis würden schwer gestört dargestellt, wobei auch hier wieder eine erhebliche Diskrepanz zwischen den dargestellten Gedächtnislücken einerseits, sowie teilweise recht genauem Erinnerungsvermögen andererseits auffalle. Sobald der Versicherte annähme, es könne für ihn von Vorteil sein, sei das Erinnerungsvermögen keineswegs so stark beeinträchtigt, wie zunächst vorgetragen (S. 22 Mitte).

Störungen des Ich-Bewusstseins, psychotische Ich-Störungen sowie Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene lägen nicht vor. Das Intelligenzniveau lasse sich, soweit aus Sozialisation, Schulbildung, allgemeinem Werdegang sowie klinischem Befund ableitbar, als knapp durchschnittlich einordnen.

Die Willenskräfte seien durchaus zielgerichtet, die Antriebslage erscheine reduziert. Ambivalenz oder Ambitendenz bestünden nicht.

Der Versicherte zeigt sich psychomotorisch vordergründig matt, schwunglos. Dahinter zeigt sich aber eine deutliche

psychomotorische Anspannung, welche sich dann zeitweilig bei ironisierendem Verhalten und schlussendlich beim aufgetragenen Verlassen der Räume in lebhafter Psychomotorik und Gestik entlade (S. 22 unten) .

In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit wirkt der Versicherte eingengt, über Strecken nivelliert, teilweise depressiv gedrückt und ernst, teilweise aber auch dysphorisch mit hintergründig vorwurfsvoll und gehemmt aggressiver Note. Affektlabilität oder Affektinkontinenz lägen nicht vor . Pathologische Angsteffekte prägen den psychopathologischen Befund zu keinem Zeitpunkt. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, erscheint reduziert. Der Versicherte beichtet

über Interessenminderung (S. 22 f.) .

Zwänge und Phobien von Alltagsrelevanz lassen sich nicht ausmachen.

In der Persönlichkeitsstruktur finden sich Hinweise auf passiv-aggressive Züge, welche sich im Verhalten im Rahmen der Explorationssituation immer wieder deutlich erkennen lassen . Die Merkmale einer Persönlichkeitsänderung oder einer anderen Persönlichkeitsstörung seien darüber hinaus nicht vorliegend (S. 23 oben) .

Die Merkmale einer PTBS

seien nicht erfüllt. Es finden sich keine Hinweise auf Hyperarousals , Vermeidungsverhalten, Affektstürme, katastrophisierende

Vegetativreaktionen , Nachhallerinnenrunnen oder Alpträume, welche die damaligen Ereignisse aus dem Jahr 1998 zum Inhalt hätten (S. 23) .

Der Versicherte zeigt keine Veränderungsmotivation, insbesondere keine Motivation für eine Rückkehr in eine regelmässige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (S. 23 Mitte) .

Die Laboruntersuchung zur Bestimmung der Medikamentenspiegel sei verweigert und erst zwei Wochen später über den Hausarzt nachgeholt worden (S. 23 unten).

E. 5.4

Im Gutachten (Urk. 12/166/1-15) wurde ausgeführt, es seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 14 lit . F.1), und es wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 14 lit . F.2): - passiv-aggressive Persönlichkeitsstruktur (F60.8) mit dissoziativen Pseudo - Halluzinationen und dissoziativer Pseudo-Demenz (F44) sowie erheblichen

Hinweisen auf bewusstseinsnahe Aggravation - somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0) - schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (F13.1)

In der Beurteilung wurde unter anderem ausgeführt, aus neuropsychologischer Sicht müsste

eine Aggravation als definitiv gesichert angenommen werden. Aus psychiatrischer Optik hätten sich keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit abgrenzen lassen . Die vom Versicherten dargestellten Verhaltens auffälligkeiten

seien einer passivaggressiven Persönlichkeitsstruktur mit daraus resultierendem, bewusstseinsnahem Verhalten zuzuordnen, trügen zudem pseudo-demenzielle und dissoziativ- pseudohalluzinatorische Züge mit Anteilen einer somatoformen Schmerzstörung, ohne dass sich daraus eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ableiten liess e . Zusammenfassend seien medizinisch-theoretisch Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nicht zu stellen (S. 12 oben) .

Der Versicherte sei in der Lage, Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen auszuüben (S. 12 Mitte).

Der Versicherte sei medizinisch-theoretisch in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit 8.5 Stunden täglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % resultiere . Der Versicherte sei auch in der Lage, adaptierte Tätigkeiten im beschriebenen Belastbarkeitsprofil 8.5 Stunden täglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben, so dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % resultiere (S. 12 unten).

Zur

retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab August 2012 wurde ausgeführt, medizinisch-theoretisch sei eine Arbeitsunfähigkeit seither nicht ausgewiesen (S. 13 oben).

Es lasse sich seit der letzten Revision keine wesentliche Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes festhalten. Es handle sich um einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand, dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Lichte der heutigen Erkenntnisse aber ganz anders beurteilt werden müsse (S. 13 unten) .

Im Längsschnitt lasse sich nach Anamnese, Aktenlage und Befund seit dem 1. August 2012 keine Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 14 oben).

Gegenüber dem Gutachten von 2001 zeige sich keine Befundverbesserung. Die damals gestellte Diagnose einer PTBS sei aber nicht nachzuvollziehen, und sie beruhe auf falschen Erkenntnissen. Aus ex-post Sicht hätte sie nicht gestellt werden dürfen. Schon damals hätten sich Hinweise auf eine somatoforme Ausgestaltung der Symptomatik gefunden . Im Licht der heutigen Erkenntnisse sei die damals ausgesprochene Arbeitsunfähigkeit zu 100 % nicht nachvollziehbar (S. 14 Mitte) . Auf Nachfrage bekräftigten die Gutachter diese Feststellung (Urk. 12/168). 6. 6.1

Laut D.____-Gutachten liessen sich im April 2014 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (vorstehend E. 5.4). Als Diagnosen ohne Auswirkung wurden eine passiv-aggressive Persönlichkeitsstruktur (F60.8) und ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (F13.1) genannt, dies praktisch deckungsgleich mit den beiden von Dr. C.____ in seinem Gutachten vom Januar 2012 gestellten Diagnosen (vorstehend E. 4.2), sowie eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (F68.0). Zur passiv-aggressiven Persönlichkeitsstruktur wurden ergänzend dissoziative Pseudo-Halluzinationen und eine dissoziative Pseudo-Demenz (F44) sowie erhebliche Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation erwähnt. Ferner wurde ausdrücklich und unter Bezugnahme auf die entsprechenden Diagnosekriterien festgehalten, dass keine PTBS vorliege. 6.2

Das D.____ -Gutachten erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.4) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Dies betrifft vorab die Feststellung einer bewusstseinsnahen aggravatorischen Verhaltens. Die neuropsychologische Testung (vorstehend E. 5.2) hat dafür einen überprüfbar objektivierten Nachweis erbracht, denn eine überzufällig hohe Fehlerquote kann nur erzielt werden, wer die richtigen Antworten erkennt und sodann absichtlich deren Gegenteil wählt. Auch die Feststellung verschiedener Diskrepanzen im Verhalten des Beschwerdeführers ist überzeugend mit konkreten Beobachtungen begründet, so der Kontrast zwischen demonstrierter Müdigkeit und Antriebsarmut einerseits und dem energisch durchgesetzten Verweigern einer nicht vorangekündigten Blutprobe andererseits, wie auch der Kontrast zwischen angeblichen Orientierungsstörungen (wie auch einem auf Demenzstufe präsentierten Erinnerungsvermögen) einerseits und dem problemlos sich Zurechtfinden im und um das Praxisgebäude andererseits.

Das Gutachten erweist sich mithin als vollumfänglich beweistauglich, so dass darauf abzustellen ist. Dass die gutachterliche Beurteilung anders ausfällt als jene durch den seit rund 7 Jahren (1-2 Mal pro Monat) behandelnden Psychiater (vorstehend E. 4.4) erklärt sich ohne weiteres durch die bekannte

unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_892/2014 vom 23. April 2015 E. 4.3, 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). 6.3

Demnach ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass keine Beeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden sind, mithin kein anspruchrelevanter Gesundheitsschaden besteht.

Damit führt bereits die medizinische Beurteilung zu dem Ergebnis, zu welchem auch aus der Sicht der Rechtsanwendung zu gelangen wäre, liegt doch regelmäßig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, wenn eine

Leistungsbeschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, was rechtsprechungsgemäss unter anderem der Fall ist, wenn

eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht oder demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken (BGE 131 V 49 E. 1.2 am Schluss).

Die im Gutachten nachgewiesene und als bewusstseinsnah charakterisierte Aggravation fällt angesichts ihrer Ausprägung und Intensität zweifellos in das Anwendungsbereich dieser Rechtsprechung.

Aus medizinischer Sicht steht sodann ebenfalls und insbesondere fest, dass im Gutachterszeitpunkt keine PTBS zu diagnostizieren gewesen ist. Die Gutachter vertraten sogar darüber hinaus den Standpunkt, eine solche habe nie bestanden und diese Diagnose sei im Gutachten von 2001 zu Unrecht gestellt worden, woraus sie - soweit konsequent - schlossen, der Gesundheitszustand habe sich seither nicht wesentlich verändert, sondern werde von ihnen lediglich anders (und zutreffender) beurteilt.

In dieser Hinsicht kann den Gutachtern jedoch nicht gefolgt werden. Ob im Jahr 2001 eine PTBS vorliegen hat oder nicht, ist nämlich im heutigen Zeitpunkt keine retrospektiv durch die Medizin zu beantwortende Frage mehr. Das Bundesgericht hat die Frage beantwortet und verbindlich festgehalten, die damals gestellte Diagnose sei nicht zweifellos unrichtig gewesen (vorstehend E. 3.3).

Damit steht fest, dass bei der damaligen Rentenzusprache zu Recht vom Vorliegen einer PTBS ausgegangen wurde. Der Umstand, dass im Zeitpunkt der hier strittigen Verfügung keine PTBS (mehr) vorlag, stellt eine revisionsrelevante erhebliche Sachverhaltsänderung (vorstehend E. 1.2) dar.

Damit erweist sich die Aufhebung der 2001 zugesprochenen Rente als rechtmässig. 6.5

Gemäss Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) erfolgt die Aufhebung einer Rente auf den Beginn des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats.

Die angefochtene Verfügung datiert vom 21. Mai 2015, womit ab 1. Juli 2015 kein Rentenanspruch mehr bestand.

Mit der angefochtenen Verfügung wurde die Rente rückwirkend per 31. Juli 2012 aufgehoben (Urk. 2 S. 5 Mitte). Nach dem Gesagten ist dafür kein Rechtsgrund ersichtlich.

Dementsprechend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung dahin abzuändern, dass ab 1. Juli 2015 kein Rentenanspruch mehr besteht.

E. 07

nichts an der psychischen Verfassung des Beschwerdeführers geändert habe. Er sei nach wie vor bei fast allen alltäglichen Verrichtungen auf die Hilfe seiner Frau angewiesen, zeige keinerlei Initiative, habe an nichts Interesse; es sei ihm alles zu viel, und selbst die Kinder interessierten ihn nicht. Dr. B. führte weiter aus, dass es der Beschwerdeführer in den Sitzungen, letztmals stattgefunden am 17. November 2010, lediglich etwa 10 Minuten aushalte (S. 1). In seiner angestammten wie auch in jeder angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss zu drei Vierteln dem Beschwerdeführer und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung sind die dem Beschwerdeführer auferlegten Verfahrenskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 7.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 21. August 2015 einen Aufwand von 14.6 Stunden und Barauslagen von Fr. 131.40 geltend gemacht (Urk. 15/2). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ergibt dies ein Total von rund Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Ausgangsgemäss sind drei Viertel (Fr. 2'700.--) vom Beschwerdeführer - und damit einstweilen der Gerichtskasse - und ein Viertel (Fr. 900.--) von der Beschwerdegegnerin zu übernehmen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. April 2015 dahin abgeändert, dass ab 1. Juli 2015 kein Rentenanspruch mehr besteht. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel, entsprechend Fr. 200.--, auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Martin Hablützel, Zürich, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Martin Hablützel, Zürich, mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Bezeichnung 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 Tiefenbacher

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