

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00896 vom 6. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00896

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00896 du 6 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00896 del 6 gennaio 2017

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Der Versicherte erhob am 7. September 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. August 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszubezahlen. Eventuell sei ein Obergutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle verzichtete auf eine eigentliche Stellungnahme und beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. Oktober 2015 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 10. November 2015

wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gestützt auf das psychiatrische Gutachten von PD Dr.

Y.____ vom 25. März 2015 sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Aktuell sei lediglich noch ein Verdacht auf eine leichte soziale Phobie diagnostiziert (S. 2). Im Schreiben vom 30. Juni 2015 der behandelnden Psychiaterin Dr. Z.____ seien keine neuen medizinischen Sachverhalte genannt worden, welche nicht bereits im Gutachten von PD Dr.

Y.____ gewürdigt worden seien (S.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), gestützt auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. Z.____ sei weiterhin ein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Insbesondere leide er nach wie vor an einer Persönlichkeitsstörung (S. 6 Ziff. 7). Zwischen der Beurteilung von PD Dr.

Y.____ und Dr. Z.____ bestünden erhebliche Diskrepanzen. Dr. Z.____ habe in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2015 zahlreiche Unvollkommenheiten und Ungereimtheiten aufgezeigt, welche das Gutachten in beachtlichem Ausmass in Zweifel ziehen würden (S.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete ganze Rente zu Recht einstellte. Dies ist anhand eines Vergleiches der medizinischen Aktenlage, wie sie sich vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. Mai 2010 präsentierte, mit derjenigen vor Erlass der hier angefochtenen Verfügung zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.2). 3.

Die Rentenzusprache erfolgte aufgrund einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) mit schizotypischen Anteilen sowie einer Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.25). Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte dem Beschwerdeführer deshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Bericht vom 15. Juni 2009, Urk. 11/60 Ziff. 1.1, 1.6).

Zum objektiven Befund führte er aus (Ziff. 1.4 samt Zusatzblatt), der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und bewusstseinsklar. Das formale Denken sei beschleunigt, zum Teil umständlich und weitschweifig, metaphorisch und sein Erleben sei eingengt, dabei kohärent. Er sei misstrauisch. Im Kontakt komme es zu plötzlich auftretenden Ängsten (der Andere könne etwas Schlechtes denken und ihm dadurch schaden). Dies führe zu ungewöhnlichen Wahrnehmungsinhalten mit Illusionen, auch Ich-Störungen im Sinne von Derealisations- und Depersonalisations-Phänomenen. Es bestehe ein sozialer Rückzug, Ängste im sozialen Kontext mit körperlichen Symptomen wie Nervosität, Herzklopfen, Zittern und Schwitzen. Hinweise für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestünden keine.

Weiter gab Dr. A.____ an, die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers führe zu Einschränkungen der Kontaktfähigkeit sowie des Realitätsbezuges verbunden mit sozialem Rückzug sowie in diesem Zusammenhang auftretenden Ängsten mit „Fluchttendenzen“. Der Beschwerdeführer habe eine äusserst geringe allgemeine Belastbarkeit (Ziff. 1.7 samt Zusatzblatt). 4. 4.1

Seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. Mai 2010 sind den Akten folgende Arztberichte zu entnehmen:

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 8. Oktober 2012 (Urk. 11/99) dieselben Diagnosen wie Dr. A.____ (vorstehend E. 3). Nach Einschätzung von Dr. Z.____ hätte sich weder der objektive Befund noch die Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit verändert (Ziff. 1.4 und Ziff. 1.7). Sie hielt weiter fest, dass seit dem 4. Januar 2011 keine psychiatrische Behandlung mehr stattfindet. Dies sei ihres Erachtens je doch nicht durch eine fehlende Kooperation zu begründen, sondern sei krankheitsbedingt (Ziff. 1.5). 4.2

Am 5. April 2013 wurde der Beschwerdeführer durch PD

Dr. Y.____ psychiatrisch untersucht (gleichentags erstelltes Gutachten, Urk. 11/101).

PD Dr. Y.____ hielt fest, die Exploration gelinge nur ausgesprochen schwer. Der Beschwerdeführer sei sehr misstrauisch. Es habe zirka 30 Minuten benötigt, um ein Grundvertrauen herzustellen als Basis der Eröffnung der Exploration. Er habe offenbar grosse Ängste, etwas über sich preiszugeben. Seine Antworten seien inhaltlich schwer verständlich und unzusammenhängend. Ein geordnetes Gespräch sei kaum möglich (S. 5 lit. B.1). Er habe im Januar 2011 beschlossen, niemandem mehr zu vertrauen und „die Sache“ selber in die Hand zu nehmen. Er habe seither seinen Cannabiskonsum vollständig zurückgefahren und den Kokainkonsum von sieben Mal 5 g pro Woche auf durchschnittlich einmal 5 g pro Woche (meist donnerstags) reduziert. Es sei ihm zwar eine Entwöhnungsbehandlung angeboten worden, er habe jedoch kein Vertrauen zu den Ärzten. Er könne sich absolut nicht vorstellen, in einer Klinik einen Entzug durchzuführen. Er schaffe den Entzug von alleine. Wenn er dazu gezwungen werde (von der Beschwerdegegnerin), dann bringe er sich um (S. 9).

Aktuell befinde er sich in keiner psychiatrischen Behandlung (S. 10 Ziff. 2.5).

PD Dr. Y.____ führte aus, im psychopathologischen Befund fänden sich vor allem Störungen des Affektes und des formalen und inhaltlichen Denkens. Bei anhaltendem Drogenkonsum sei eine Zuordnung der Psychopathologie jedoch nicht möglich, weshalb die Vordiagnosen von Dr. A.____ und Dr. Z.____ weder bestätigt noch verworfen werden könnten. Es müsse zuvor ein Drogenentzug erfolgen. Das Misstrauen des Beschwerdeführers sei als krankheitsimmanent zu sehen, entweder als Folge der Suchtstörung oder einer Persönlichkeitsstörung. Es gäbe keine Hinweise auf ein aggravierendes oder simulierendes Verhalten. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer an einer Drogenfreiheit interessiert sei. Die Zumutbarkeit einer Schadenminderungspflicht sei krankheitsbedingt nicht ohne weiteres gegeben (S. 14 f.).

PD Dr. Y.____ kam zum Schluss, es sei aufgrund anhaltenden

Kokaingebrauchs keine psychiatrische Diagnose feststellbar (S. 15 lit. E.1). 4.3

Am 28. November

2013 nahm der Beschwerdeführer die Behandlung bei Dr. Z.____ mit dem Fokus auf eine Drogenabstinenz wieder auf (Bericht vom 3. Februar 2014, Urk. 11/105 Ziff. 1.2 und 1.5).

Im Bericht vom 3. Juni 2014 (Urk. 11/106) hielt Dr. Z.____ fest, der Beschwerdeführer habe eine Drogenabstinenz erreicht und diese erhalten werden können (Ziff. 1.5). Der nun sistierte Kokainabusus stelle aber nicht das primäre psychische Leiden dar. Die erreichte Abstinenz führe zu keiner Veränderung bezüglich Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.4 Prognose). Dr. Z.____

stellte weiterhin die selben Diagnosen wie in ihren früheren Berichten (vgl. Ziff. 1.1) und attestierte dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). 4.4

Am 25. März 2015 erstattete PD Dr.

Y.____ ein weiteres psychiatrisches Gutachten (Urk. 11/114). Er stellte folgende Diagnosen (S. 42 lit. E): - psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Verdacht auf soziale Phobie (ICD-10 F40.1) - psychiatrische Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: psychische und Verhaltensstörung durch Kokain; gegenwärtig abstinent seit Januar 2014 (ICD-10 F14.20) Befragt zum aktuellen psychiatrischen Beschwerdebild gab der Beschwerdeführer an, er habe sich durch die Begutachtung im Jahr 2013 motiviert gefühlt, den Kokainentzug durchzuführen. Dies habe er umgesetzt. Zudem habe er ab November 2013 wieder seine Psychiaterin Dr. Z.____ aufgesucht. Er habe erkannt, dass er sich zunächst selbst lieben müsse. Er glaube an die Elemente. Den Drogenentzug habe er gemacht, weil ihm klar geworden sei, dass er ohne den Entzug sterben würde (S. 33 unten). Er versuche nun vorsichtig wieder mehr mit Menschen zu kommunizieren. Er habe wieder Freude am Leben und könne sich an der Natur erfreuen. Allerdings habe er auch weniger Geduld als früher und er sei innerlich unruhiger. Er habe einen beruflichen Wiedereingliederungsversuch unternommen und habe daher seit der letzten Begutachtung vor zwei Jahren versucht als Teppichleger zu arbeiten. Dies sei ihm nicht geglückt. Er schäme sich, über seine psychischen Probleme zu sprechen (S. 34 oben). PD Dr.

Y.____ hielt fest, aus gutachterlicher Sicht würden sich zahlreiche Diskrepanzen zu den Berichten von Dr. A.____ und Dr. Z.____ ergeben. In retrospektiver Sicht seien die

Symptome wie sozialer Rückzug, Ängste im sozialen Kontakt, diverse somatische Symptome, Misstrauen und Missdeutungen auch teilweise durch den damaligen chronischen Kokainkonsum induziert gewesen. Im aktuellen Psychostatus zeige er kein Misstrauen mehr auf. Ein sozialer Rückzug bestehe noch. Dass der Beschwerdeführer inzwischen eine Beziehung eingegangen sei und in einer Patchwork-Familienkonstellation leben könne, spreche gegen eine extreme Paranoidität. Auch spreche das Auftreten in der gutachterlichen Exploration mit freundlicher Begrüssung des Berichterstatters und des Dolmetschers nicht für ein hohes Misstrauen. Dies habe sich deutlich geändert im Vergleich zum Vorbefund vor zwei Jahren. Im aktuellen Gespräch hätten sich keine Auffälligkeiten im Sozialverhalten und im Denken ergeben, so dass die psychopathologischen Abnormitäten wohl zum überwiegenden Teil auf den chronischen Kokainkonsum zurückgeführt werden müssten (S. 39 f.). Zwischenzeitlich habe der Beschwerdeführer selbständig und objektiv nachgewiesen (unangekündigte Drogenscreenings) einen Kokaintzug durchgeführt. Seine finanziellen Angelegenheiten habe er mit Hilfe eines Sozialarbeiters geregelt. Er habe sich in eine erste Beziehung gegeben und lebe seit Oktober mit dieser Frau und deren Kindern in einer Wohnung zusammen. Obschon die Verletzungen des Beschwerdeführers in einer vulnerablen Phase der Persönlichkeitsbildung nachvollziehbar eine paranoide Persönlichkeitsentwicklung auslösen könnten, spreche dennoch einiges gegen diese Diagnose. Der Beschwerdeführer habe in der Schweiz erfolgreich drei Schuljahre absolviert und eine Berufsausbildung mit Fähigkeitsausweis gemacht. Er habe neun Jahre im Beruf gearbeitet. Wenn auch der Unfall im Jahr 1998 ein Ereignis darstellen könne, welches psychodynamisch eingreifend gewesen sei, müsse konstatiert werden, dass die psychopathologische Symptomatik mit Misstrauen und weiteren Auffälligkeiten zum Teil dem chronischen Kokainkonsum geschuldet gewesen sei. Die aktuelle Psychopathologie zeige Hinweise auf eine teilweise soziale Phobie. Diese sei jedoch nicht stark genug ausgeprägt, um dem Beschwerdeführer ein Leben in einer Patchworkfamilie zu verunmöglichen (S. 40 f.). Zusammenfassend führte PD Dr.

Y. ___ aus, dass er im Vergleich zu seinem im April 2013 erhobenen Psychostatus und im Vergleich zur gesundheitlichen Situation, welche zur Barentung geführt hatte, ein deutlich gebessertes psychopathologisches Bild mit minimalen Einschränkungen im sozialen Interaktionsvermögen sehe. Es bestünden keine affektiv-depressiven Symptome. Eine Ängstlichkeit habe nicht festgestellt werden können. Störungen des Denkens würden ebenso nicht vorliegen. Die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien nicht vollständig erfüllt: Neigung zu ständigem Groll, Neigung Erlebtes zu verdrehen, streitsüchtiges und beharrliches situationsunangemessenes Verhalten und häufiges ungerechtfertigtes Misstrauen gegen den Partner seien ebenfalls nicht erfüllt, genauso wenig wie die Tendenz zu überhöhtem Selbstwertgefühl (S. 41 Mitte). Aufgrund der gestellten Diagnosen würden für den Beschwerdeführer qualitative Einschränkungen bei der zumutbaren Arbeitstätigkeit bestehen: Es seien keine Tätigkeiten durchführbar, in welchen interpersonelle Kontakte erforderlich seien. Er könne aber ansonsten aus psychiatrischer Sicht alle beruflichen Aktivitäten vollschichtig ausüben. Die berufliche Wiedereingliederung solle bei längerer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt schrittweise und behutsam erfolgen. Diese Einschätzung gelte seit spätestens dem Begutachtungszeitpunkt (S. 41 unten). 4.5

Am 30. Juni 2015 nahm Dr. Z. ___ zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers nochmals zum Gesundheitszustand des Letzteren sowie zum Gutachten von PD Dr.

Y.____ Stellung (Urk. 11/128).

Aus Sicht von Dr. Z.____ sei ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden nach wie vor ausgewiesen. Die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung, im vorliegenden Fall eine paranoide Persönlichkeitsstörung mit schizotypen Anteilen, lege nahe, dass diese wahrscheinlich seit dem jungen Erwachsenenalter vorliege, aber noch längere Zeit kompensiert gewesen sein könne. Die diagnostischen Kriterien der ICD-10 würden auf den Beschwerdeführer zutreffen: So bestehe ein „auffälliges Verhaltensmuster, das andauernd und gleichförmig“ sei, ebenfalls sei dieses „tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend“. „Die Störungen beginnen immer in der Kindheit/Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter.“ „Die Störung führt zu einem deutlichen subjektiven Leiden, manchmal jedoch erst im späteren Verlauf.“ „Die Störung ist meist mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden.“ All diese genannten Kriterien würden auf den Beschwerdeführer zutreffen (S. 2 f. Ziff. 2a).

Dr. Z.____ hielt weiter fest, sie schätze den Beschwerdeführer nach wie vor als nicht arbeitsfähig ein (S. 3 Ziff. 5a/b). Psychosoziale Faktoren würden nur in geringem Masse einwirken. Entscheidend seien die psychischen Einschränkungen ,

vor allem interaktionelle Störungen mit Antriebs-/Motivationsmangel verbunden mit sozialem Rückzug („Fluchttendenzen“, die als Kooperationsunwillen imponieren könnten). Sodann gerate er schnell unter Stress (Überforderung) mit körperlichen Symptomen (Schwitzen, Herzklopfen; S. 3 Ziff. 6).

Grundsätzlich könne sie den Schlussfolgerungen des Gutachters nicht folgen. Bezüglich Anamnese gebe es mehrfach deutliche abweichende Angaben zu den von ihr erhobenen Angaben. Im Gutachten werde die schwierige Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers ausführlich dargestellt, jedoch würden kaum Bezüge zum jetzigen Leiden hergestellt. Es werde argumentiert, dass der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, hier die Ausbildung zu absolvieren und in seinem Beruf zu arbeiten. Dies sei aber auch möglich, wenn der Betroffene unter einer Persönlichkeitsstörung leide, die später dekompenriere. Wie in den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 beschrieben, könnten die Einschränkungen erst zu einem späteren Zeitraum auftreten.

Im Gutachten würden die psychischen Störungen über einen Kokaingebrauch erklärt, aber auch dieser werde nicht in den geschichtlichen Kontext des Betroffenen eingeordnet. Der Beschwerdeführer habe ihr im Jahr 2010 von einem früheren Kokainabusus berichtet. Dieser habe ihn beruhigt und fokussiert. Dies sei als Versuch der „Selbstmedikation“ zu interpretieren, um mit den bestehenden Beschwerden umgehen zu können. Seit Sistierung des Kokains hätten sich, anders als im Gutachten dargestellt, die Beschwerden nicht grundlegend verändert oder gebessert. Er beschreibe weiterhin eine Motivations- und Antriebslosigkeit, das Gefühl von Stress und Rückzugswunsch sowie rasche Überforderung in sozialen Belangen, die er deswegen eher meide. Er habe in den letzten Jahren zwar versucht, aktiver zu sein (beispielsweise Sport machen, auch seine Beziehung sei aus Sicht von Dr. Z.____ als solchen Versuch einzuordnen), aber er merke, dass er am liebsten alleine sei und keinerlei Forderung aushalte. Der Beschwerdeführer habe anlässlich des ersten Gutachtenstermins verstanden, dass er die Rente verlieren werde, wenn er mit dem Drogenkonsum nicht aufhöre. Er habe geschlussfolgert, dass er die Rente behalten werde, wenn er den Gebrauch sistiere. Nun fühle er sich auch von PD Dr.

Y. ___ belogen (S. 3 f. Ziff. 7).

Bezüglich der Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung sei zwar anzumerken, dass er jetzt mit einer Frau und einem ihrer Kinder zusammenlebe. Er habe zum Sohn, mit dem er sich gut verstehe, aber nur wenig Bezug beziehungsweise ziehe sich zu Hause viel zurück. Von einer Patchwork-Situation im gebräuchlichen Sinne sei nach Ansicht von Dr. Z. ___ nicht zu sprechen.

Bezüglich der in den Vorberichten erwähnten Anpassungsstörung seit 2002, zu der PD Dr. Y. ___ in den Berichten keinen Bezug gefunden habe, sei festzuhalten, dass die beschriebene Symptomatik aufgrund des erlebten sozialen Einschnittes des Beschwerdeführers aus ihrer Sicht zu einer Anpassungsstörung geführt habe, die gemeinsam mit der vorbestehenden Persönlichkeitsstörung die beschriebenen psychischen Störungen und Einschränkungen mit Verlust der Arbeitsfähigkeit bewirkt habe (S. 4 Mitte).
PD Dr.

Y. ___ habe seine Einschätzung, dass die Störungen des Beschwerdeführers vor allem kokainbedingt seien, vor allem mit einer Veränderung des Verhaltens des Beschwerdeführers in der Gutachtenssituation begründet. Er sei nicht mehr misstrauisch und so weiter. Sie habe den Beschwerdeführer in den letzten Jahren in sehr unterschiedlichen Situationen und psychischen „Zuständen“ erlebt und wisse, dass es starke Schwankungen im Verhalten gebe und er in bestimmten Situationen durchaus für kurze Zeit „angepasst funktionieren“ könne. Dahinter seien ihrer Ansicht nach aber seine Beschwerden und Einschränkungen bestehen geblieben. Die Kriterien einer spezifischen Persönlichkeitsstörung seien erfüllt (S. 4 unten). Ob es fast ausschliesslich paranoide Muster seien, wie von ihr vertreten, darüber könne man sicher diskutieren. Differentialdiagnostisch sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und schizoiden Anteilen zu sprechen. Es gebe nach ihrer Beobachtung durchaus schizotyp anmutende Aspekte (S. 5 oben). 5. 5.1

Das psychiatrische Gutachten von PD Dr.

Y. ___ (vorstehend E. 4.4) beruht auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Es ist für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.2

Das genannte Gutachten ist insbesondere deswegen überzeugend, weil daraus die erhebliche Verbesserung im Vergleich zur Voruntersuchung vom April 2013 - und seit dem durchgeführten Drogenentzug - deutlich wird. So ist nicht nur der Umstand auffällig, dass der Beschwerdeführer nun offenbar in einer Beziehung leben kann, sondern auch dass er im Vergleich zur ersten Untersuchung sozial zugänglich, nicht mehr misstrauisch und sogar fröhlich war. Die Befunde waren weitgehend normal und der Beschwerdeführer zeigte eine grosse Introspektionsfähigkeit. Dies lässt sich - wie auch PD Dr.

Y.____ erklärte - nur schwer mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung und der Anpassungsstörung vereinbaren.

Insofern ist nachvollziehbar, dass PD Dr.

Y.____ die früheren Symptome vor allem als Folge der damaligen Suchtstörung einordnete und eben gerade nicht als Folge einer Persönlichkeitsstörung. 5.3

Demgegenüber beschrieb Dr. Z.____ im Bericht vom 30. Juni 2015 zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers vor allem die frühere Situation vor dem Drogenentzug. Dr. Z.____ beschränkte sich auf appellative Kritik am Gutachten, ohne eine eigene aktuelle Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt zu haben. Ihre Beurteilung entspricht daher nicht den Anforderungen an einen Arztbericht (vorstehend E. 1.4). Schliesslich zitierte sie zwar einzelne Kriterien aus den diagnostischen Leitlinien der ICD-10, welche zur Diagnose einer Anpassungsstörung führen. Jedoch stellt sie keinen Bezug zum Beschwerdeführer her. Dies im Gegensatz zu PD Dr.

Y.____, der klar aufzeigte, welche Kriterien aufgrund welcher konkreten Umstände beim Beschwerdeführer gerade nicht erfüllt sind (vorstehend E. 4.4). Sodann war nicht nur PD Dr.

Y.____ der Ansicht, dass die Fähigkeit des Beschwerdeführers, mit seiner Lebenspartnerin und deren Sohn zusammenleben zu können - wenn auch nicht so eng, wie dies möglicherweise andere Menschen tun würden - gegen eine paranoiden Persönlichkeitsstörung spricht. Dieselbe Einschätzung wird nämlich auch durch Dr.

med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienstes (RAD), im Vorfeld der zweiten Begutachtung und nach er folgreich durchgeführtem Drogenentzug geteilt: Auch dieser erachte te es bei der Art der bisher durch die behandelnden Psychiater diagnostizierten Persönlich keitsstörung als „ungewöhnlich“, dass er zu seiner Lebenspartnerin gezogen sei (Stellungnahme vom 24. November 2014, Urk. 7/117/4 unten).

Im Übrigen erklärt sich der abweichende Standpunkt wohl auch mit dem Unterschied zwischen medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Die von Dr. Z.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit ist auch aufgrund der Erfahrungstatsache zu relativieren, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Streitsachen wie die vorliegende zeigen immer wieder exemplarisch auf, dass - behandelnde und begutachtende - Psychiater, mit der gleichen Person als Patient oder Explorand in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und - invalidenversicherungsrechtlichen tscheidend - deren Schweregrad mit samt

den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Experten führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 E. 3.2 vom 29. September 2009; vgl. auch 8C_945/200

E. 3

Mitte). Gesamthaft sei seit Mai

2014 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Da gestützt auf den durchgeführten Einkommensvergleich keine Erwerbseinbusse mehr resultiere, sei die bisherige Rente aufzuheben (S. 3 oben).

E. 7

Ziff. 9). Ebenfalls sei daher durch das Gericht ein Obergericht einzuholen (S.

E. 9

vom 23. September 2010 E. 5 mit weiteren Hinweisen) . 5.4

Sodann ist darauf hinzuweisen, dass PD Dr.

Y.____ nicht in Frage stellte, dass zu einem früheren Zeitpunkt die Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung durchaus gegeben sein konnten. Entgegen der Darstellung von Dr. Z.____ stellte er in dieser Hinsicht sehr wohl einen Bezug zur schwierigen Kinder- und Jugendzeit des Beschwerdeführers her (Urk. 7/114/42 unten). Auch konstatierte er, dass aufgrund der aktuellen Psychopathologie Hinweise auf eine teilweise soziale Phobie gegeben sind (vorstehend E. 4.4). Aufgrund der seit dem durchgeführten Drogenentzug eingetretenen erheblichen Veränderungen des Gesundheitszustandes sowie auch im persönlichen Umfeld des Beschwerdeführers ist die Einschätzung des Gutachters, dass die frühere psychopathologische Symptomatik mit Misstrauen und weiteren Auffälligkeiten wohl in erheblichem Teil dem früheren chronischen Drogenkonsum geschuldet war, nachvollziehbar. Schliesslich zeigt der Umstand, dass der Beschwerdeführer fähig war, seinen Drogenkonsum selbständig und nachhaltig aufzugeben, dass er über sehr grosse Ressourcen verfügt. Die durch die Drogenabstinenz erzielte Verbesserung des Gesundheitszustandes ist aufgrund der erhobenen Befunde in den beiden Gutachten und des umschriebenen Verhaltens des Beschwerdeführers anlässlich beider Gutachtenssituationen unverkennbar. 5.5

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass dem Beschwerdeführer leidensangepasste Tätigkeiten zu 100 % zumutbar sind. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b S. 494 mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 6.

6.1

PD Dr.

Y.____ erachtete sämtliche Tätigkeiten für zumutbar, in welchen keine interpersonellen Kontakte erforderlich seien (vorstehend E. 4.4).

Soweit der Beschwerdeführer die Realisierbarkeit des von PD Dr.

Y.____ als zumutbar erachteten Belastungsprofils anzweifelt (Urk. 1 S. 8 Ziff. 14), ist ihm Folgendes entgegenzuhalten:

In einem ähnlich gelagerten Fall hielt das Bundesgericht fest, dass Schwächen

von Versicherten, welche sich vorwiegend im zwischenmenschlichen Bereich auswirken würden, durch Arbeiten ausserhalb eines hierarchischen Umfeldes mit wenig beruflich-sozialen Kontakten Rechnung getragen werden kann. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist erst anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11 mit Hinweisen).

Eine derartige Konstellation liegt mit Bezug auf den Beschwerdeführer nicht vor. Es ist daher davon auszugehen, dass die ihm zumutbare Restarbeitsfähigkeit verwertbar ist und er nicht bloss an einem geschützten Arbeitsplatz ein Einkommen erzielen könnte.

Sollte der Beschwerdeführer Hilfeleistung bei der Arbeitssuche benötigen, kann er sich hierfür bei der Beschwerdegegnerin melden. 6.2

Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (vgl. Urk. 2 S.

2 f.) wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist nicht zu beanstanden. 6.3

Zusammenfassend erweist sich damit die Verfügung als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen, unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer), auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 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, 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
Fonti

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