

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01081 vom 14. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01081

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01081 du 14 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01081 del 14 luglio 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1956, arbeitete als ungelernte Kraft im Gastgewerbe (vgl. Urk. 12/15) bevor er sich im Oktober 2006 auf eine längerdauernde krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit hin erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 12/1). Gestützt auf die durchgeführten Abklärungen, insbesondere auf das eingeholte polydisziplinäre ärztliche Gutachten der Z.____ vom 20. Juli 2008 (Urk. 12/23; vgl. auch die ergänzende Stellungnahme der Gutachtensstelle vom 21. Oktober 2008; Urk. 12/33), wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 28. Januar 2009 ab (Urk. 12/34; vgl. auch Urk. 12/24/5 u. Urk. 12/35). Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (vgl. Urk. 12/38/3-11) wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 29. Juni 2010 ab (Urk. 12/54). Diesen Entscheid schützte das Bundesgericht mit Urteil vom 19. Oktober 2010 (Urk. 12/57).

E. 1.2

Im Juli 2011 erfolgte eine Neuanmeldung (Urk. 12/58). Gestützt auf Berichte der A.____ vom 6. Juli 2011 (Urk. 12/59) und von Pract. med. B.____, Psychiatrie/Psychotherapie, vom 15. März 2012 (Urk. 12/65) erachtete die IV-Stelle die Voraussetzungen für die Zusprechung einer ganzen Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab dem 1. März 2012 als erfüllt (vgl. Urk. 12/68). Die Verfügung der IV-Stelle erging am 17. Oktober 2012 (Urk. 12/83).

E. 1.3

Im Mai 2014 leitete die IV-Stelle eine revisionsweise Überprüfung des Rentenanspruchs ein (vgl. Urk. 12/86). Nebst Berichten der behandelnden Ärzte (vgl. Urk. 12/87/6 ff., Urk. 12/90) holte sie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. März 2015 ein (Urk. 12/97). Dr. C.____ ergänzte am 21. April 2015 seine Ausführungen (Urk. 12/99). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 12/103 ff.) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. September 2015 die bisherige ganze Rente wiedererwägungsweise auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 12/108 = Urk. 2).

E. 2

ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung den Standpunkt, die durchgeführten Abklärungen hätten gezeigt, dass die Rente gestützt auf eine unzureichende abgeklärte Sachlage zugesprochen worden sei. Die sorgfältige Prüfung der gesundheitlichen Situation habe ergeben, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit gestellt worden seien. Es bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Da die Rente zu Unrecht zugesprochen worden sei, sei diese wiedererwägungsweise aufzuheben (Urk. 2 S. 2).

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, der im Revisionsverfahren beigezogene psychiatrische Experte Dr. C. ___ sei in seinem Gutachten nachvollziehbar zum Schluss gekommen, dass weder eine schwere depressive Störung, noch eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung vorliege. Die betreffenden Leistungen seien nie ausreichend begründet worden. Anhand der Vorakten lasse sich nicht nachvollziehen, dass die Störungen jemals bestanden hätten. Das Gutachten von Dr. C. ___ belege, dass der relevante Sachverhalt im Hinblick auf die Zusprechung der Rente nur unzureichend abgeklärt worden sei. Die zweifellose Unrichtigkeit der seinerzeitigen Entscheidung stehe damit fest. Die vom Beschwerdeführer insbesondere im Beschwerdeverfahren nachgereichten ärztlichen Berichte vermöchten daran nichts zu ändern. Es handle sich hierbei lediglich um eine andere Beurteilung des gegebenen Sachverhalts (Urk. 11 S. 2 f. Ziff. 2 ff.).

Zur Frage einer möglichen revisionsweisen anstelle einer wiedererwägungswise sen Aufhebung der Rente (vgl. Urk. 16) hielt die Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 5. Juli 2017 fest, sie gehe weiterhin davon aus, dass die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung erfüllt seien (Urk. 18).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Rente sei aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zugesprochen worden. Massgeblich sei ein seit längerem schleichend progredienter psychotischer Verlauf einer schizotypen Störung (Differentialdiagnose: paranoide Schizophrenie bei einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) gewesen. Eine Verwertung der Arbeitskraft auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht mehr möglich gewesen.

Das im Revisionsverfahren eingeholte Gutachten von Dr. C. ___ enthalte keine neuen Erkenntnisse, sondern lediglich eine andere Beurteilung des unveränderten Sachverhalts. Ein Revisionsgrund sei unbestrittenermassen nicht gegeben. Indessen liege auch kein Wiedererwägungsgrund vor. Vor Erlass des Rentenentscheids seien verschiedene fachärztliche Berichte eingeholt und diese seien dem Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vorgelegt worden. Dieser sei klar der Auffassung gewesen, auf die eingeholten ärztlichen Berichte könne abgestellt werden. Es habe sich nicht um Diagnosen gehandelt, die den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern zuzuordnen seien. Die Beurteilung des RAD-Arzt sei ferner nicht deswegen unbeachtlich,

weil sie nicht förmlich unter dem Titel „Prüfung der Diagnosen durch Rechts anwender“ erfolgt sei.

Der aktuelle Bericht der behandelnden Ärztin, Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Oktober 2015 lege mit der wünschbaren Klarheit und mit nachvollziehbarer Argumentation die bestehenden Störungen, die bisher ausbleibende Besserung und die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit dar. Mit einer Besserung könne nicht mehr gerechnet werden und aufgrund der latenten Fremdgefährdung bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr. Die Rente sei daher weiter auszurichten (Urk. 1 S. 1 f.).

Zur Frage einer möglichen revisionsweisen anstelle einer wiedererwägungswesen Aufhebung der Rente (vgl. Urk. 16) nahm der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 5. Juli 2017 keinen Bezug, stattdessen äusserte er sich unter Beilage eines weiteren Berichts von Dr. D.____ vom 2. Juli 2017 (vgl. Urk. 21) zum Verlauf seit dem 25. Juni 2015 und zum aktuellen Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit (Urk. 21).

E. 3.1

Ab Mitte März bis Mitte Juni 2011 liess sich der Beschwerdeführer durch die Ärzte der A.____ teilstationär und anschliessend ambulant behandeln. Diese nannten im Bericht vom 6. Juli 2011 zu Handen der Beschwerdegegnerin als Diagnose eine schizotype Störung (ICD-10 F21) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit 2009. Als Differentialdiagnose erwähnten sie eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0; Urk. 12/59/2 Ziff. 1.1).

Zu den erhobenen Befunden hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei äusserlich geordnet und im Kontakt zugewandt gewesen. Anzeichen einer Bewusstseinsstörung hätten nicht bestanden, hingegen seien die Auffassung und die Konzentration eingeschränkt gewesen und es seien Gedächtnisstörungen aufgefallen. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer verlangsamt gewesen und es sei die Einengung auf optische (alter Mann mit Ziegenfuss), akustische (Lärm im Kopf) und Körperhalluzinationen (spüre Personen hinter sich) aufgefallen (Urk. 12/59/3).

Zusätzlich findet sich im Bericht vermerkt: Keine Ich-Störungen, im Affekt ratlos, sprunghaft, mittelgradig deprimiert und mittelgradige Insuffizienzgefühle, Antrieb fluktuierend, sozialer Rückzug mittelgradig, Durchschlafstörungen, Albträume, klare Distanzierung von Selbst- oder Fremdgefährdung (Urk. 12/59/3).

Die Prognose sei ungünstig. Die psychotische Symptomatik habe sich schleichend verschlechtert. Diese sei neben der Schmerzsymptomatik ausschlaggebend für die depressive Affektlage, den Antriebsmangel und die phasenweise starken Ängste mit sozialem Rückzug. Eine klare Differenzierung zwischen schizotyper Störung und Persönlichkeitsveränderungen nach wiederholten Traumata seien nicht sicher möglich. Ein Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt sei nicht realistisch (Urk. 12/59/3).

E. 3.2

Pract. med. B.____ behandelte den Beschwerdeführer ab Januar 2012 in ambulantem Rahmen (wöchentlicher Rhythmus; Urk. 12/65/1 Ziff. 1.2). Als Diagnosen nannte er im Bericht vom 15. März 2012, bestehend seit 2005, eine schwere depressive Episode mit

psychotischen Symptomen und latenter Suizidalität (ICD-10 F32.2), eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vom impulsiv-aggressiven und emotional-instabilen Typ (ICD-10 F61.0; Urk. 12/65/1 Ziff. 1.1). Zum erhobenen Befund hielt pract. med. B. ___ fest, der Beschwerdeführer erscheine bewusstseinsklar, jedoch müde, gespannt und unruhig. Er sei kooperativ. Beeinträchtigt sei die zeitliche Orientierung. Aufmerksamkeit und Konzentration seien vermindert. Auffallend seien Störungen des Lang- und des Kurzzeitgedächtnisses. Ohne die Hilfe der Ehefrau vergesse er häufig Termine. Im Denken sei er eingengt auf die Gesundheitsproblematik, leicht sprunghaft, inhaltlich leicht wahnhaft und er leide an Verfolgungswahn. Im Affekt sei er traurig und weine während des Gesprächs oft. Psychomotorisch sei er unruhig und habe häufig zitternde Hände. Er höre Geräusche, undeutliche Stimmen und sehe Bilder. Ich-Störungen bestünden nicht. Häufig fühle er sich vom Leben überfordert und er habe Todeswünsche. Suizidhandlungen seien bislang aber nicht vorgekommen (Urk. 12/65/2 f.).

Zur Prognose lässt sich dem Bericht entnehmen, vor dem Hintergrund des langjährigen Verlaufs der PTBS und der schwergradigen Persönlichkeitsstörung mit impulsiv-aggressiven und emotional-instabilen Zügen kombiniert mit Migrationshintergrund und Entwurzelung sei diese ungewiss. Die Konstellation mit der schweren depressiven Störung verhindere einen adäquaten Umgang mit der Erkrankung. Durch eine engmaschige medikamentöse und ambulante Behandlung könnten Klinikaufenthalte oder gar Suizidversuche vermieden werden. Eine Arbeitsleistung sei aufgrund der bestehenden Erkrankung nicht zumutbar (Urk. 12/65/3).

E. 3.3

mit Hinweis).

E. 3.4

Dr. C. ___ nannte im Gutachten vom 12. März 2015 als Diagnosen eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2), pathologisches Spielen (ICD-10 F63.0), psychische und Verhaltensstörung durch Tabak (ICD-10 F17.1) und Alkohol (ICD-10 F10.1), in beiden Fällen schädlicher Gebrauch (Urk. 12/97/29 Ziff. 5.2).

Zum Befund führte Dr. C. ___ aus, der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und zur Person, zur Situation, zum Ort und zeitlich vollständig orientiert gewesen. Der Kontakt sei direkt und via den Dolmetscher gut herzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer sei gepflegt erschienen. Eine anfängliche sichtliche Nervosität und eine gewisse Gereiztheit habe sich im Laufe der Exploration gelegt und der Beschwerdeführer sei entspannt und schwingungsfähig geworden. Der Gedankengang sei geordnet gewesen. Anhaltspunkte für eine Ichstörung oder Wahrnehmungsstörungen hätten sich nicht gezeigt, ebenso wenig Hinweise auf akustische oder optische Halluzinationen. Konzentrations-tests habe der Beschwerdeführer mit gutem Resultat bewältigt. Dem raschen Wechsel von Themen habe der Beschwerdeführer gut folgen und Gestik sowie Mimik themenangemessen einsetzen können. Beeinträchtigungen durch Ängste, Zwänge oder paranoide Ideen seien nicht aufgefallen. Chronologisch nicht durchgehend nachvollziehbare biographische Angaben seien der bewegten Lebensgeschichte zuzuschreiben. Die Stimmung bei der Untersuchung sei indifferent und die affektive sowie die mimische Beweglichkeit seien in ihrem Spektrum weitgehend unbeeinträchtigt gewesen. Der Beschwerdeführer sei durchwegs locker und entspannt dagesessen. Der Antrieb sei normal gewesen und es habe sich keine Suizidalität

feststellen lassen (Urk. 12/97/28 f. Ziff. 4).

Aufgrund der festgestellten psychischen Störungen sei die Arbeitsfähigkeit weder im angestammten Beruf noch in einer Tätigkeit mit vergleichbarem Profil beeinträchtigt. Es lägen keine relevanten Konzentrationsstörungen, Auffassungsstörungen, Ausdauerstörungen oder Störungen der mnestischen Funktionen vor. Keine der zuvor diagnostizierten psychischen Beeinträchtigungen hätten im Rahmen der Begutachtung nachvollzogen werden können (Urk. 12/97/33 Ziff. 7).

E. 3.5

In der ergänzenden Stellungnahme vom 21. April 2015 führte Dr. C.____ aus, im Gutachten habe er dargelegt, dass die Diagnosen einer schweren depressiven Störung und posttraumatischen Belastungsstörung respektive einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nie ausreichend begründet worden seien. Aufgrund der vorhandenen Akten könne nicht nachvollzogen werden, dass eine schwere depressive Störung oder PTBS jemals bestanden habe. Seit der Zusprechung der Rente habe sich der gesundheitliche Zustand nicht verändert (Urk. 12/99/2).

E. 3.6

Die beim Rentenentscheid vorliegenden Berichte enthalten eine übereinstimmende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Sowohl die Ärzte der A.____ als auch pract. med. B.____ kamen zum Schluss, dem Beschwerdeführer sei gesundheitsbedingt keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar, weder die bisherige noch eine mit einem anderen Anforderungsprofil. Unterschiede bestehen jedoch hinsichtlich der den jeweiligen Einschätzungen zu Grunde liegenden Diagnosen und auch teilweise hinsichtlich der erhobenen Befunde. Darauf nahm Dr. E.____, der die ärztlichen Berichte im Hinblick auf den Leistungsbescheid zu würdigen hatte, keinen Bezug. Sowohl die Diagnosen gemäss dem Bericht der A.____ als auch die von pract. med. B.____ genannten führte Dr. E.____ explizit auf, ging darauf jedoch nicht weiter ein, sondern kam in den Stellungnahmen zu den beiden Berichten zum Schluss, es liege eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bezüglich jeglicher Tätigkeit vor (Urk. 12/68/2 f.).

Da Dr. E.____ auf die erwähnten Diskrepanzen nicht einging, ist dessen Beurteilung für Rechtsanwender insgesamt nicht nachvollziehbar. Noch nicht geklärt ist damit die Frage, ob die Zusprechung der Rente zweifellos unrichtig gewesen ist. Hierzu stützt sich die Beschwerdegegnerin auf die Erkenntnisse von Dr. C.____. Einerseits kam dieser zum Schluss, bezogen auf den Zeitpunkt der Begutachtung habe keine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung vorgelegen, andererseits stellte er die Schlussfolgerungen der Ärzte der A.____ und diejenigen von pract. med. B.____ in Frage und hielt auch für den Zeitpunkt der Zusprechung der Rente eine relevante gesundheitliche Beeinträchtigung als nicht erwiesen. Damit erachtet die Beschwerdegegnerin den Nachweis der zweifellosen Unrichtigkeit der Leistungszusprechung als erbracht. Diese Beurteilung ist näher zu prüfen.

E. 4.1

Die Einschätzung, die zur Rentenzusprechung führende Diagnostik und Beurteilung sei nicht haltbar gewesen, stützt Dr. C.____ auf eine kritische Auseinandersetzung mit den für die Rentenzusprechung relevanten ärztlichen Berichten.

Zur Diagnose der Ärzte der A.____ (Bericht vom 6. Juli 2011; vorstehende E. 3.1) hielt er fest, die im psychischen Befund beschriebenen optischen Halluzinationen seien für eine

paranoide Schizophrenie untypisch. Die erwähnten Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien nicht durch orientierende Aufgaben überprüft und die Tests zur Beschwerdevalidierung nicht dokumentiert worden. Es seien zudem keine Angaben darüber erfolgt, in welcher Sprache die Befunderhebung erfolgt sei. Für die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung seien die Angaben

nicht ausreichend, dass er in seinem Dorf und später auch in der Stadt viel Gewalt erlebt habe, und dass es an Silvester zu einem Unfall mit einer Explosion gekommen sei. Für die Diagnose einer schizotypen Störung fänden sich im Bericht keine Anhaltspunkte (Urk. 12/97/32).

E. 4.2

Zur Diagnose von pract. med. B.____ (Bericht vom 15. März 2012; vorstehende E. 3.2) führte Dr. C.____ aus, dieser habe eine PTBS diagnostiziert, deren Symptome seit 2005 bestehen würden, und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ebenfalls seit 2005 bestehenden Symptomen. Zusätzlich habe pract. med. B.____ eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen seit 2005 genannt. Insbesondere die Angaben zum Zeitpunkt der Störungen seien nicht nachvollziehbar. In den vorangehenden Arztberichten sei keine schwere depressive Episode erwähnt worden. Eine Persönlichkeitsstörung, die erst im Alter von 50 Jahren auftrete, sei in der Fachliteratur bislang nicht beschrieben worden. Anamnestisch sei von einer frühen Gewöhnung an Gewalt auszugehen (häusliche Gewalt, Alkohol am Steuer, Handel mit Betäubungsmitteln; vgl. Urk. 12/65/2 Ziff. 1.4, Urk. 12/97/22 ff. Ziff. 3.2.2 f.), was auf eine dissoziale Persönlichkeitsproblematik hinweise, die nicht erst seit 2005 bestehe und die zudem nicht mit einer Arbeitsunfähigkeit einhergehe. Die Eingangskriterien für die Diagnose einer PTBS fehlten insgesamt. Unberücksichtigt geblieben sei in Vorberichten sodann der Alkoholkonsum des Beschwerdeführers (Urk. 12/97/32 f.).

E. 4.3

An der Diagnostik der Ärzte des A.____ und derjenigen von pract. med. B.____ wecken die Ausführungen von Dr. C.____ nicht nur Zweifel, sondern dessen Gutachten lässt diese als nicht zutreffend erscheinen. Dr. C.____ stellte aufgrund der dokumentierten Befunde fest, es fehlten Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung mit den typischen Symptomen, insbesondere Anhaltspunkte für das Eingangskriterium eines belastenden Ereignisses oder einer aussergewöhnlichen Bedrohung, die bei fast jedem (auch bei Personen mit besonders guter Resistenz gegenüber psychischen Belastungen) eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass sein Bruder angeschossen worden, dann aber später krankheitsbedingt verstorben sei. Wie dererinnerungen und die Vermeidung von Situationen mit Wiedererinnerungen habe der Beschwerdeführer nicht beschrieben. Nicht nachvollziehbar sei sodann, dass die PTBS erst seit 2005 bestehe (Urk. 12/97/32, Urk. 12/97/34). Diese Beurteilung leuchtet vor dem Hintergrund der Angaben des Beschwerdeführers und aufgrund des Umstandes ein, dass sich die Diagnose nur stellen lässt, wenn die relevanten Symptome innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis aufgetreten sind (Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., Bern 2014, S. 208). In der Biographie des Beschwerdeführers, der seit 2003 wieder dauernd in der Schweiz lebt, finden sich 2005 respektive in den Monaten vor Jahresbeginn keine Hinweise auf psychisch traumatisierende

Erlebnisse (Urk. 12/65/2, Urk. 12/97/25 f.).

Dr. C.____ hielt weiter fest, Hinweise für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung fehlten, insbesondere die als Voraussetzung erforderlichen traumatischen Erfahrungen (Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, andauernde lebensbedrohliche Situationen als Geisel oder im Rahmen einer langen Gefangenschaft). Die Angaben des Beschwerdeführers, in seinem Dorf und später in der Stadt Gewalt erlebt zu haben und der erwähnte Unfall mit der Explosion an einem Silvester genügen nicht (vgl. Urk. 112/97/32). Weitere Angaben des Beschwerdeführers seien nicht überprüft worden und es fehle an einer Beschwerdevalidierung.

Eine schizotype Störung könne bereits bei kurzer Lektüre der diagnostischen Leitlinien (ICD-10 F21) ausgeschlossen werden. Keines der insgesamt neun Kriterien sei erfüllt (Urk. 12/97/32, Urk. 12/97/34). Dies trifft zu. Keines der Merkmale, die für die Diagnose einer schizotypen Störung kennzeichnend sind und von denen drei oder vier erfüllt sein sollen (Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 139 f.), lässt sich anhand der Angaben des Beschwerdeführers validieren (vgl. Urk. 12/59/2 f.). Generell fällt auch auf, dass sowohl im A.____-Bericht als auch im Bericht von pract. med. B.____ eine sorgfältige und nachvollziehbare Herleitung der gestellten Diagnosen fehlt.

Anzumerken ist, dass die Ärzte der A.____ auch die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stellten (Urk. 12/59/2 Ziff. 1.1), diese aber in der Folge nicht ansatzweise begründeten. Darauf konnte sich mithin die Rentenzusprechung im vornherein nicht stützen.

E. 4.4

Weniger nachvollziehbar ist die Kritik von Dr. C.____ betreffend die depressive Symptomatik. Dr. C.____ erachtet auch die von pract. med. B.____ diagnostizierte schwere depressive Episode als nicht gerechtfertigt. Hierzu vermerkte Dr. C.____ jedoch lediglich, in den Berichten bis 2012 sei eine solche Diagnose nicht gestellt worden (Urk. 12/97/32).

Bezüglich Schweregrad des depressiven Leidens trifft dies zu. Das Leiden als solches wurde indessen bereits Jahre zuvor diagnostiziert, was sich aus der Aufzählung der Vorakten im Gutachten von Dr. C.____ ohne weiteres ersehen lässt (leichtgradige depressive Episode, depressive Entwicklung, depressive Störung, rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode; Urk. 12/97/3 ff. Ziff. 2). Der dokumentierte Verlauf deutet insgesamt auf eine Intensivierung des Leidens bis zur Berichterstattung durch pract. med. B.____ hin. Die Ausführungen von Dr. C.____ schliessen dies nicht aus. Auf eine Intensivierung des depressiven Leidens bis ins Jahr 2012 deutet auch die seinerzeitige Behandlungsintensität hin. Es fanden eine längere teilstationäre und nachgeordnet eine engmaschige ambulante Behandlung (Wochenrhythmus) statt (vgl. Urk. 12/59/1, Urk. 12/65/1).

E. 4.5

Zusammengefasst erweist es sich bezogen auf das depressive Leiden als nicht nachvollziehbar, wenn Dr. C.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. April 2015 festhält, die gestellten Diagnosen seien nicht ausreichend begründet worden. Zur Depression äusserte sich Dr. C.____ insgesamt nicht näher. Die entsprechende Diagnose von pract. med. B.____ ist daher nicht widerlegt. Unter diesem Blickwinkel vermag auch die Schlussfolgerung von Dr. C.____, keines der erwähnten Leiden sei nachvollziehbar und habe

je bestanden (Urk. 12/99/2), nicht zu überzeugen. Bezüglich des depressiven Leidens kann im Gegenteil nicht ausgeschlossen werden, dass dieses bereits vor Jahren auftrat und im Zeitpunkt der Zusprechung der Rente schwergradig ausgeprägt war und sich erheblich erwerbsmindernd ausgewirkt hat. Die für eine wiedererwägungsweise Aufhebung einer zugesprochenen Leistung erforderliche zwei fellose Unrichtigkeit der Rentenzusprechung ist damit nicht ausgewiesen. Auch nicht vor dem Hintergrund der Rechtsprechung, dass eine depressive Problematik

in der Regel nicht invalidisierend ist. Diese Praxis betrifft nicht schwer ausgeprägte depressive Störungen, sondern leichte bis höchstens mittelschwere, die in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013). Daran hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis). Auch diese aber können ausnahmsweise invalidisierend sein, wenn sie nachweislich therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E.

E. 5.1

Die Feststellungen von Dr. C.____ (Urk. 12/97/33 f. Ziff. 7.1) legen hingegen nahe, dass ab dem Zeitpunkt der Begutachtung auch bezüglich depressiver Störung keine ins Gewicht fallenden Symptome mehr festzustellen waren, was eine Remission nahelegt. Der gegenteiligen Auffassung des Beschwerdeführers, es liege lediglich eine revisionsrechtlich nicht beachtliche andere Beurteilung des unverändert gebliebenen Sachverhaltes vor (vorstehende E. 2.2) trifft nicht zu. Dr. C.____ legte detailliert und anhand der erhobenen Befunde nachvollziehbar dar, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine Anhaltspunkte für ein klinisch relevantes und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes psychisches Leiden vorlagen. Eine Depression verneinte er mit der Begründung, für dieses Leiden typische Symptome fehlten. Den Angaben zum aktuellen Tagesablauf, zur aktuellen Lebenssituation und der Beschreibung der Beschwerden liessen sich keine Hinweise für eine klinisch relevante und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Depression mit gedrückter Stimmung, Verminderung des Antriebs, erhöhter Ermüdbarkeit sowie mit verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit entnehmen (Urk. 12/97/33 f. Ziff. 7.1). Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar. In diesem Punkt liegt somit eine Verbesserung vor.

E. 5.2

Weitere psychische Leiden mit Auswirkung auf die erwerblichen Fähigkeiten verneinte Dr. C.____ nachvollziehbar (Urk. 12/97/34 f.) und die im Zeitpunkt der Zusprechung der Rente gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit (PTBS, Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) widerlegte Dr. C.____ überzeugend (vgl. vorstehende E. 4.1-3), so dass weder 2012 noch aktuell Anlass besteht respektive besteht, diesbezüglich einen Leistungsanspruch zu bejahen.

E. 5.3

Nach dem Gesagten liegt in Bezug auf das depressive Leiden im Vergleich zur Situation bei der Zuspreehung der Rente eine Verbesserung und damit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor. Dies rechtfertigt eine Leistungsanpassung, unter Beachtung der Vorgaben von Art. 88 bis Abs. 2 IVV. Eine Beeinträchtigung der erwerblichen Leistungsfähigkeit besteht seit dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. C.____ (Gutachten vom 12. März 2015) voraussichtlich andauernd nicht mehr. Demzufolge ist die Aufhebung der Rente durch die IV-Stelle zu bestätigen.

An diesen Schlussfolgerungen ändert der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. D.____ vom 18. Oktober 2015 (Urk. 3) nichts. Darin wird dem Beschwerdeführer eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit bezogen auf jegliche Tätigkeit attestiert. Anlass für diese Beurteilung und die gestellten Diagnosen, namentlich eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, eine PTBS und eine polymorph psychotische Störung, gab eine durch verschiedene Elemente ergänzte Befunderhebung (Bruder erschossen, Cousin in Fluss geworfen, der Versicherte selber habe mehrere schwere Unfälle erlebt; Urk. 3 S. 1). Dass die Befundschilderung durch die vor der Erstellung des Berichts verfügte Renten aufhebung beeinflusst wurde, lässt sich nicht ausschliessen. Zu beachten ist zudem, dass Dr. D.____ im Vorbericht vom 4. August 2014 noch andere Diagnosen gestellt hatte (Urk. 12/90/1 Ziff. 1.1) und im Bericht vom 18. Oktober 2015 keine Erläuterungen dazu anbrachte, was sie zur Stellung neuer Diagnosen veranlasst hatte. Das relativiert den Aussagewert des Berichts. Sodann wird im Bericht ohne Angabe der nötigen Details darauf hingewiesen, der Beschwerdeführer klagt über Wiedererinnerungen an schreckliche Ereignisse und es bestünden Verfolgungsideen sowie unlösbare Konflikte (Urk. 3 S. 2). Auch in diesem Punkt kann auf den Bericht nicht abgestellt werden. Hinzu kommt, dass nicht auszuschliessen ist, dass im Bericht auf gesundheitliche Aspekte Bezug genommen wurde, die nach der verfügten Rentenaufhebung eingetreten sind. Diese gehören vorliegend weder zum Anfechtungs- noch zum Streitgegenstand. Dieselben Überlegungen gelten für den mit der Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 5. Juli 2017 (Urk. 20) eingereichten Bericht von Dr. D.____ vom 2. Juli 2017 (Urk. 21). Darin wird schwergewichtig auf den hier nicht massgeblichen Verlauf nach Erlass der angefochtenen Verfügung, insbesondere auf den Verlauf in den Jahren 2016 und 2017, Bezug genommen. Im Ergebnis erweist sich die Aufhebung der Rente als gerechtfertigt.

E. 6.1

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente abzuklären, ob ein Eingliederungsbedarf besteht. Dabei ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen. In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten ein wandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht

möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf. Ausnahmsweise kann eine Selbsteingliederung allerdings auch trotz fortgeschrittenem Alter ohne vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zumutbar sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_680/2014 vom 15. Mai 2015 E. 6.2.4, 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3 und 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5). Zur Feststellung der zumutbaren Selbsteingliederung ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfüzten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen. In diesem Zeitpunkt ist für die versicherte Person ohne Zweifel klar, dass ihr Rentenanspruch unsicher ist und sie sich neu orientieren muss (BGE 141 V 5 E. 4.2.1).

E. 6.2

Die Beschwerdegegnerin hob die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 25. September 2015 auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats auf (Urk. 2 S. 2). Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses respektive der darauf folgenden Rentenaufhebung hatte der am 27. Januar 1956 geborene Beschwerdeführer das 59. Altersjahr zurückgelegt, weshalb er unter den vom Bundesgericht geschützten Personenkreis fällt. Den Angaben des Beschwerdeführers zur Berufsbiographie ist zu entnehmen, dass er keine Berufsausbildung genoss, sondern stets ungelerten Tätigkeiten nachging. Nachdem er sich 2003 erneut in der Schweiz niedergelassen hatte, arbeitete er zunächst in einem Restaurant und betrieb später zusammen mit seiner Ehefrau ein Bistro. Später versah er (vom Arbeitsamt vermittelt) eine Tätigkeit im Zusammenhang mit der Demontage von elektrischen Geräten und hernach (ein- bis eineinhalb Jahre vor der Begutachtung durch Dr. C.____) übte er eigenen Angaben zufolge eine Tätigkeit im Reinigungsbereich aus

(vermittelt durch ein Hilfswerk der Kirche; Urk. 12/97/24 ff.). Genaue Details sind nicht aktenkundig. Im zuletzt beigezogenen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) wurde der Beschwerdeführer in den Jahren 2012 und 2013 als Nichterwerbstätiger geführt (Urk. 12/89). Wenngleich der Beschwerdeführer in den letzten Jahren kein ökonomisch relevantes Einkommen erzielte, fehlt gleichwohl eine langjährige gänzliche Absenz vom Erwerbsleben. Der Rentenbezug erfolgte sodann erst mit Wirkung ab dem 1. März 2012 (vgl. Urk. 12/68, Urk. 12/79, Urk. 12/83). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer im Laufe seiner Berufsbiographie verschiedensten Tätigkeiten nachgegangen ist. Anpassungsfähigkeit zeichnet ihn mithin aus. Vor diesem Hintergrund (kurzer Rentenbezug, wenigstens teilweise Ausübung erwerblicher Tätigkeiten bis vor wenigen Jahren und ausgewiesene Anpassungsfähigkeit im erwerblichen Bereich) rechtfertigen es, die Selbsteingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers auch ohne die vorgängige Durch

führung von Eingliederungsmassnahmen zu bejahen.

Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 7

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen zufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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: - Pro Infirmis Zürich unter Beilage einer Kopie von Urk. 18 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 20 u. 21 - 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 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Wilhelm

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