

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00226 vom 7. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00226

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00226 du 7 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00226 del 7 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1977 geborene X.____, ohne Berufsausbildung, war seit Oktober 2000 als Gebäudereiniger bei der Y.____ AG tätig (6/9). Am 19. Oktober 2004 fiel dem Versicherten gemäss eigenen Angaben bei der Arbeit eine Autotür auf den Kopf (Urk. 6/17/62-63), worauf er sich unter Hinweis auf eine mnestiche Störung nach contusio cerebri am 9. Dezember 2005 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 29. Oktober 2009 (Urk. 6/80-81) mit Wirkung ab 1. Oktober 2005 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu.

Im Juni 2012 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein (Urk. 6/136 S. 1), klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und veranlasste unter anderem eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Medizinische Abklärungsstelle Z.____ (Medas; Expertise vom 17. November 2014, Urk. 6/133/1-49). Mit Vorbescheid vom 16. April 2015 (Urk. 6/137) stellte die IV-Stelle unter Hinweis auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands die Aufhebung der Rente in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage der Emails von Dr. med. A.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juli und 11. Oktober 2015 (Urk. 6/145 und Urk. 6/160) sowie der Berichte von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juli 2015 (Urk. 6/146) und von Dr. med. C.____, FMH Neurologie, und Dr. phil. D.____, Neuropsychologin, vom 1. Oktober 2015 (Urk. 6/158) Einwand (Urk. 6/161). Mit Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 2) hob die IV-Stelle die Rente mit Wirkung ab 1. März 2016 auf.

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Nach Art. 17 ATSG sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 105 V 29).

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und

Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 15. Februar 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen gemäss IVG auszurichten und ihm insbesondere eine seiner tatsächlichen Erwerbsunfähigkeit entsprechende IVG-Rente zuzusprechen. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurück zuweisen. Subeventuell sei er persönlich vorzuladen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 15. März 2016 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 17. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Am 15. August 2017 verzichtete der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auf dessen persönliche Anhörung durch das Gericht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre rentenaufhebende Verfügung (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe und ihm seit der Begutachtung im September 2014 angepasste Tätigkeiten unter Vermeidung von körperlichen Arbeiten mit Kraftanforderung für manuelle Arbeiten rechts zu 100 % zumutbar seien. Im Rahmen des Einkommensvergleichs resultiere unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % wegen der Unmöglichkeit der Ausführung von Schwerarbeiten ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 3 %. Die Beschwerdegegnerin führte weiter aus, dass die zusammen mit dem Einwand eingereichten Arztberichte keine neuen medizinischen Tatsachen enthielten, sondern lediglich eine andere Sichtweise des gleichen Sachverhalts beschrieben. Das Ganser-Syndrom könne nicht genau definiert und die einzelnen Symptome beim Beschwerdeführer nicht klar aufgezeigt werden. Letzterer arbeite zudem halbtags, weise ein hohes Aktivitätsniveau auf und habe soziale Kontakte, weshalb eine schwere Beeinträchtigung des funktionellen Leistungsvermögens nicht ausreichend nachvollziehbar sei (S. 2 f.). In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) wies die Beschwerdegegnerin sodann auf das verkehrsmmedizinische Gutachten vom 6. Oktober 2011 hin, gemäss welchem insbesondere objektiv keine relevanten kognitiven Störungen festgestellt worden seien, was in einem Spannungsverhältnis zu den anlässlich der Medas-Begutachtung festgestellten Erinnerungslücken stehe.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es bestünden Widersprüche betreffend die Diagnose zwischen dem psychiatrischen Medas-Gutachter und den Dres. B. ____, C. ____, und D. ____. Der Einschätzung des Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin könne zudem nicht gefolgt werden, da dieser den Beschwerdeführer nicht persönlich begutachtet habe, was bei der in Frage stehenden Diagnose indessen

unerlässlich sei. Entsprechend seien weitere medizinische Abklärungen zu treffen und es könne nicht auf das Medas-Gut achten abgestellt werden (S. 4 ff. Ziff. 3-7). Im Weiteren sei in der Medas-Expertise keine Verbesserung des Gesundheitszustands postuliert, sondern lediglich eine andere Einschätzung des Sachverhalts vorgenommen worden, weshalb kein Revisionsgrund gegeben sei (S. 6 Ziff. 8). Ferner sei die neue Rechtsprechung zu den psychosomatischen Krankheitsbildern nicht berücksichtigt worden, so dass weitere medizinische Abklärungen (bei einem anderen Sachverständigen) zu tätigen seien (S. 7 Ziff. 9 f.). Im Übrigen sei beim Beschwerdeführer gemäss den Auffassungen des psychiatrischen Medas-Gutachters sowie der Dres. B.____, C.____, D.____ und A.____ keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vorhanden (S. 8 f. Ziff. 12 ff.).

E. 3.1

Grundlage für die ursprüngliche Rentenverfügung vom 29. Oktober 2009 (Urk. 6/80-81) bildete der Untersuchungsbericht des RAD-Arztes Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Februar 2009 (Urk. 6/56 und Urk. 6/79 S. 3 f.).

E. 3.2.1

Der RAD-Arzt stellte im besagten Bericht folgende Diagnosen (Urk. 6/56 S. 3): - rezidivierende depressive Störung in gegenwärtig schwerer Episode mit psychotischen Zeichen (ICD-10 F33.3) - Differentialdiagnose: posttraumatisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10 F07.2) - Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0)

Dr. E.____ führte aus, der Beschwerdeführer berichte von ständigem Schwindel und rasenden Kopfschmerzen. Hinsichtlich Ort, Zeit und Person sei er voll orientiert, wobei ihm die Daten seiner Lebensgeschichte nicht erinnerbar seien. Bei der Prüfung der Merkfähigkeit ergäben sich deutliche Schwächen. Der Beschwerdeführer wirke introvertiert und sein gesamtes Verhalten zeige sich zurückgenommen und eingeengt. Formale Denk- und Sprachstörungen seien nicht erkennbar und der Denk- und Redefluss erschienen inhaltlich zusammenhängend. Der Beschwerdeführer berichte von „wirren Gedanken im Kopf“ tagsüber, vor allem, wenn er an seine aktuelle Situation im Hinblick auf seine Arbeitslosigkeit denke. Affektiv und emotional wirke er differenziert, aber durch die Niedergeschlagenheit deutlich eingeengt. Psychomotorisch und hinsichtlich seiner Bewegungen mache er einen „von aussen gesteuerten Eindruck“, fast wie eine Marionette. Mit den wiederholten Darstellungen der inneren Verzweiflung und Unzufriedenheit mit der momentanen Lebenssituation erscheine er in seinem Verhalten aktuell stark eigengefährdend (S. 3).

Im Weiteren hielt der RAD-Arzt fest, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen psychischen Gesundheitsschaden mit erheblichem Krankheitswert, der sich im Nachgang an zwei Unfälle mit einem Schädel-Hirn-Trauma (1999 und 2004) bislang und trotz leitender durchgeführter Therapie als weitgehend therapieresistent gezeigt habe. Durch eine gezielte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, welche die spezifischen Lebensumstände des Beschwerdeführers miteinbeziehe, sei zunächst eine Stabilisierung von dessen Verhalten und Persönlichkeit anzustreben (S. 4).

Der Beschwerdeführer sei aufgrund des psychischen Gesundheitsschadens mit Krankheitswert in seiner angestammten Tätigkeit vollständig eingeschränkt. Aus Sicherheitsgründen sei es aufgrund der auftretenden Schwindelanfälle nicht zu verantworten, dass er weiterhin bei einer Reinigungsfirma tätig sei, bei welcher er auf

Leitern zu steigen habe. Medizintheoretisch sei er in einer angepassten Tätigkeit etwa hälftig (= vier Stunden) arbeitsfähig, sofern mit der Arbeitsaufnahme geeignete Eingliederungsmassnahmen (Arbeitsplatzgestaltung und flankierende therapeutische Massnahmen) ergriffen würden (S. 4; vgl. auch Urk. 6/79 S. 3 f.).

E. 3.2.2

Am 20. Februar 2009 präzisierte der RAD-Arzt seinen Untersuchungsbericht (vgl. E. 3.2) dahingehend, dass die medizintheoretisch begründete Arbeitsfähigkeit primär an einem geeigneten Arbeitsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt ausserhalb eines geschützten Rahmens umgesetzt werden sollte (Urk. 6/79 S. 4).

E. 4.1

Bei Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 4.2.1

In der von der Beschwerdeführerin eingeholten interdisziplinären Medizinal-Expertise vom 17. November 2014 (Urk. 6/133/1-49) nannten die Gutachter Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie FMH und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. G.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. I.____, Assistenzärztin Neurologie, Dr. med. J.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und med. prakt. K.____, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (S. 39): - mit Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronische Arthralgie MCP V rechts nach anamnestischem Kontusionstrauma der Vorderhand rechts am 29.10.08 - MRI 22.09.09 unauffällig - 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie 23.09.09: keine fokale Mehranreicherung im MCP V rechts, diskrete diffuse Aktivitätsanreicherung der ganzen rechten Hand. Differenzialdiagnose: leichte Algodystrophie - Untersuchung unter BV 16.03.09: erhaltene Gelenkskongruenz MCP V rechts bei vermehrter Beweglichkeit dorsopalmar im Seitenvergleich - konventionell radiologisch leicht erhöhte Weichteildichte MCP V rechts ulnar, aktuell fehlender Nachweis ossärer Pathologien - keine serologische Entzündungsaktivität - ohne Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz - Verdacht auf chronischen Spannungskopfschmerz - Ganser-Syndrom (ICD-10 F44.80) - chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom - arterielle Hypertonie

E. 4.2.2

Der psychiatrische Gutachter med. prakt. K.____ wies darauf hin, dass sich im Explorationsgespräch Inkonsistenzen zeigten, wie sie in den Akten wiederholt beschrieben worden seien. Der Beschwerdeführer könne zu vielen früheren und aktuellen Lebensereignissen keine Auskunft geben, berichte von schweren Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, habe aber angegeben, dass Autofahren für ihn kein Problem sei. Seine Äusserungen wirkten einerseits debil und kindlich-naiv, andererseits sei er vor der Handverletzung in der Lage gewesen, sei ner Arbeit an verschiedenen Orten nachzugehen, wobei bezüglich des Aufsuchens dieser Orte keine Probleme bestanden hätten. Ein weiteres schwer nachvollziehbares Merkmal sei der Umstand, dass der Beschwerdeführer trotz seiner geäusserten schweren mnestischen Defizite seit etwa fünf Jahren in einer Beziehung lebe und dabei keine Auffälligkeiten beständen (S. 21).

Med. prakt. K. ___ hielt weiter fest, dass aufgrund der neuropsychologischen Testuntersuchungen am ehesten von einem Ganser-Syndrom ausgegangen werden könne, obwohl eine strukturelle hirnorganische Störung nicht nachgewiesen werden könne. Beim Beschwerdeführer zeige sich zudem eine sehr einfache Schulbildung, was erklären könne, dass er schnell überfordert sei und „an den Anschlag“ komme. Entsprechend sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit grösster Wahrscheinlichkeit an einem Ganser-Syndrom leide, das von einer einfachen Schulbildung begleitet werde. Im Weiteren wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass in Fachkreisen umstritten sei, ob es sich beim Ganser-Syndrom um eine psychische Störung, eine Täuschung oder eine „Schlitzohrigkeit“ handle. Aufgrund der aktuellen Begutachtung gehe er nicht davon aus, dass eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis vorhanden sei (S. 21).

Was die Prüfung der Försterkriterien betreffe, so bestehe aktuell weder eine chronische körperliche Begleiterscheinung noch ein ausgewiesener Rückzug in allen Belangen des Lebens. Der Beschwerdeführer lebe in einer Beziehung und gehe regelmässig zu seinem Arbeitgeber Kaffee trinken. Ebenso wenig bestünden ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung oder unbefriedigende Behandlungsergebnisse, da sich der Beschwerdeführer nur zum Teil auf eine Behandlung eingelassen habe (S. 22).

Zusammenfassend sei von einem Zustandsbild auszugehen, welches schwierig einzuordnen sei. Am ehesten handle es sich um eine dissoziative Störung im Sinne eines Ganser-Syndroms bei einfacher Schulbildung (S. 22).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit hielt med. prakt. K. ___ fest, dass er aus rein psychiatrischer Hinsicht unter Berücksichtigung der Försterkriterien nicht davon ausgehe, dass im IV-rechtlichen Sinne eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen oder in einer adaptierten Tätigkeit bestehe (S. 22). Im Weiteren verneinte er eine Veränderung des Gesundheitszustands oder der funktionellen Leistungsfähigkeit seit 2005 und wies darauf hin, dass nicht von einer bewussten Selbstlimitierung des Beschwerdeführers auszugehen sei (S. 24).

E. 4.2.3

Der rheumatologische Gutachter Dr. J. ___ führte aus, dass es sich bei der lokalen Druckschmerzhaftigkeit des dorsalen MCP V rechts mit Weichteilschwellung der dorsalen Gelenkkapsel MCP V rechts um eine chronisch persistierende Arthralgie des MCP V rechts unklarer Ätiologie nach anamnestischem Kontusionstrauma der rechten Vorderhand am 29. Oktober 2008 handle. Für die vom Beschwerdeführer geschilderten Hemikranien, die Schmerzen im thorakolumbalen Übergangsbereich und distal lumbal sowie die Knie- und Fusschmerzen rechts fände sich weder ein adäquates klinisches, radiologisches noch laborchemisches Korrelat (S. 29).

Im Weiteren wies Dr. J. ___ darauf hin, dass eine Arbeitsunfähigkeit in Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Arbeiten rechts aus rheumatologischer Sicht nicht attestiert werden könne. Insbesondere liege in der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpfleger in rheumatologischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit vor. Körperlich adaptierte Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Arbeiten rechts könne der Beschwerdeführer vollschichtig und auf dem ersten Arbeitsmarkt ausführen (S. 30). Schliesslich habe keine Veränderung des Gesundheitszustands oder der funktionellen Leistungsfähigkeit seit 2005 stattgefunden (S. 31).

E. 4.2.4

Die neurologischen Gutachter Dres. H.____ und I.____ hielten fest, es bestehe ein Verdacht auf einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz beziehungsweise auf einen schmerzmittelinduzierten Kopfschmerz laut IHS Klassifikation II, da noch kein Schmerzmittelentzug stattgefunden habe und damit die Kriterien noch nicht erfüllt seien. Der Beschwerdeführer könne ausserdem keine Angaben zur Dauer der Schmerzmitteleinnahme machen, wobei erst ab einer Einnahme von mehr als drei Monaten das entsprechende Kriterium erfüllt sei. Eventuell liege auch ein chronischer Spannungskopfschmerz vor. Aufgrund der täglichen Schmerzmitteleinnahme sei dieser jedoch aktuell nicht zu differenzieren und müsste nach einem Entzug neu evaluiert werden (S. 36).

Die Dres. H.____ und I.____ führten weiter aus, in der Untersuchung sei auffallend, dass der Beschwerdeführer betreffend alle weiter in der Vergangenheit zurückliegenden Ereignisse angebe, keine Erinnerung zu haben. Eine neurologische Erklärung für diese Amnesie gebe es nicht, insbesondere seien organische Abklärungen inklusive cMRT, Lumbalpunktion und EEG 10/2004 unauffällig gewesen, weshalb diesbezüglich auf das psychiatrische Gutachten verwiesen werde (S. 36).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass die zu letzt ausgeübte Tätigkeit in der Arbeit als Reinigungskraft mit einem Pensum von 4 Stunden pro Tag an 5 Tagen pro Woche bestanden habe. Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % für diese Tätigkeit arbeitsfähig (S. 37).

E. 4.2.5

Im Rahmen der hauptgutachterlichen Beurteilung und der polydisziplinären Zusammenfassung wurde festgehalten, dass sich aufgrund der vorhandenen Berichte ein sehr widersprüchliches und schwer einordbares phänomenologisches Zustandsbild zeige. Aus den Akten gehe nicht hervor, dass ein schwerwiegender Unfall passiert sei, bei welchem der Beschwerdeführer strukturelle Verletzungen erlitten habe. Es scheine sich eher um zwei Bagateltraumata zu handeln, welche aber weder beobachtet noch dokumentiert worden seien. In sämtlichen Akten werde darauf hingewiesen, dass es immer wieder zu widersprüchlichen Angaben und Verhalten gekommen sei. Phänomenologisch gehe man von einer dissoziativen Störung mit einer antero- und retrograden Amnesie aus, wobei diese nicht wirklich erfasst werden könne und auch in den neuropsychologischen Gutachten nicht bestätigt werde. In den Beurteilungen werde von keiner nennenswerten psychiatrischen Erkrankung, von einer Simulation, einem Ganser-Syndrom sowie von einer schwerwiegenden dissoziativen Störung unklarer Genese ausgegangen. Neu sei in den letzten zwei Berichten eine depressive Erkrankung hinzugekommen, die als remittiert betrachtet respektive als mittelgradige depressive Episode interpretiert worden sei (S. 42).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass sich aus allgemein-interdisziplinärer Sicht keine Einschränkungen des Leistungsbilds ergäben, welche die berufliche Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit limitierten. Eine Arbeitsunfähigkeit in Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Arbeiten rechts respektive in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne aus rheumatologischer Sicht nicht attestiert werden. In neurologischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht sei unter Berücksichtigung der Försterkriterien davon auszugehen, dass im IV-rechtlichen Sinne keine Arbeitsunfähigkeit

in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit bestehe. In polydisziplinärer Hinsicht liege somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (S. 45), wobei die Prognose als insgesamt gut zu beurteilen sei (S. 46).

Betreffend das Vorliegen psychosozialer Faktoren wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer über eine rudimentäre Schulbildung verfüge und die deutsche Sprache nicht beherrsche. Dies könne dazu führen, dass er schnell überfordert sei, vieles nicht verstehe und an den „Anschlag“ komme, und dadurch auch Angstsymptome habe. Schliesslich sei nicht davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer bewusst selbst limitiere (S. 47).

E. 4.2.6

Dr. phil. L.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, hielt in ihrem Teilgutachten vom 9. Oktober 2014 (Urk. 6/133/50-58) fest, beim Beschwerdeführer stünden deutliche autobiographische und semantische Gedächtnisstörungen im Vordergrund. Auffallend seien sodann Schwierigkeiten in der Schriftsprache, Zahlenverarbeitung und in der Rechenfähigkeit, verminderte Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisleistungen sowie eine deutlich verminderte psychische Belastbarkeit (S. 5). Die objektivierten Befunde respektive beobachteten Beeinträchtigungen stimmten sodann weitgehend mit den subjektiven Klagen überein und erklärten die vom Beschwerdeführer angegebenen Schwierigkeiten im Alltag (S. 6).

Die neuropsychologische Gutachterin wies weiter darauf hin, dass, obwohl ein genauer Vergleich der aktuellen Befunde mit den neuropsychologischen Vorbefunden aufgrund teilweise unterschiedlicher beziehungsweise nicht standardisierter Verfahren/Aufgaben erschwert sei, die aktuell objektivierten Befunde und Beobachtungen mit der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 9. November 2005 vergleichbar seien und es seither zu keiner signifikanten Veränderung gekommen sei (S. 6).

Unter Berücksichtigung der Aktenlage sei die objektivierte und beobachtete teilweise deutliche Beeinträchtigung nicht mit einer hirnorganischen Ursache (Läsionen) vereinbar. Als Diagnose könne in neuropsychologischer Hinsicht ein Ganser-Syndrom in Betracht gezogen werden, wobei die Diagnosestellung aus medizinischer Sicht im Rahmen der Gesamtbegutachtung vorgenommen werden sollte (S. 6).

Die Gutachterin wies weiter darauf hin, dass aufgrund der deutlichen kognitiven Minderleistungen in mehreren Bereichen (unter anderem visuelle Wahrnehmung, Gedächtnis, Schriftsprache), der dadurch geringen Ressourcen respektive Kompensationsmöglichkeiten und der geringen psychischen Belastbarkeit aus neuropsychologischer Sicht seit Oktober 2004 keine Arbeitsfähigkeit in der zu letzt ausgeübten Tätigkeit bestehe. Arbeiten mit geringen kognitiven Anforderungen, mithin mit einfachen, dem Beschwerdeführer bekannten Tätigkeiten und Abläufe (Tätigkeiten mit äusserst geringen Anforderungen an Altgedächtnis/Wissen, Schriftsprache, Zahlenverarbeitung, Rechenfähigkeit) seien rein theoretisch denkbar. Aufgrund der Beeinträchtigungen, der geringen Ressourcen und Kompensationsmöglichkeiten, der Schwierigkeiten und des Leidensdrucks im Alltag sowie der geringen psychischen Belastbarkeit sei eine Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten indessen fraglich (S. 7). Dabei sei nicht davon auszugehen, dass spezifische neuropsychologische Therapiemassnahmen zu einer signifikanten Verbesserung führten. Aufgrund des mehrjährig unveränderten Zustandsbilds sei von keiner wesentlichen Veränderung

auszugehen (S. 8).

E. 4.3

Dr. B.____ nannte in seinem Bericht vom 3. Juli 2015 (Urk. 6/146) folgende Diagnose (S. 4): - Schizophrenia simplex (ICD-10 F20.6)

Der Arzt führte aus, es bestünden infantile, schizoide, zwanghafte, abhängige, selbstschädigende und passiv-aggressive Persönlichkeitszüge, wobei die Intelligenz in der unteren Norm liege. Diese Persönlichkeitszüge träten hinter der übergeordneten Diagnose einer Schizophrenie zurück respektive seien Teil der genannten Symptomatik. Anlässlich einer psychosozialen Überforderung bildeten zwei Bagatell-Unfälle Anlass, einen klassischen, für Schizophrenen oft typischen „Knick in der Lebenslinie“ auszulösen. Das von anderen Ärzten festgestellte auffällige Dissoziieren sei teilweise als „dissoziative Störung“ und/oder „Ganser-Syndrom“ benannt worden, wobei die zugrundeliegende schizophrene Entwicklung verkannt und die prämorbid Persönlichkeitsauffälligkeit nicht beschrieben worden sei. Die übrige Symptomatik sei diagnostisch nicht berücksichtigt worden, es sei nur das auffälligste Symptom – die Vergesslichkeit – diagnostiziert worden (S. 4).

Im Verlauf habe sich die Symptomatik chronifiziert. Bei der Dissoziation (forciertes Vergessen; möglicherweise unbewusst, teilbewusst oder gar sehr bewusstseinsnah) handle es sich nur um ein Teil-Symptom der Schizophrenia simplex. Andere Symptome seien unter anderem die Auffälligkeiten der Persönlichkeit, das Bagatellisieren des Schweregrads der psychischen Erkrankung, das starke Misstrauen gegenüber Personen ausserhalb der Familie, die soziale Abschottung, das Angewiesensein auf einen geschützten Arbeitsplatz innerhalb der Familie und auf eine Freundin, welche selber offensichtliche Probleme habe und auf einen eigenen Lebensvollzug verzichte, der Willens- und Motivationsmangel, die verstärkte Ermüdbarkeit und geringe Durchhaltefähigkeit, das unlogische, kreisende, ausweichende, blockierende und gekränkte Denken, die Verschlussheit, der fehlende affektive Rapport, das infantile Appellieren an Hilfe, das Verschieben der seelischen Problematik auf den Körper und die Einnahme einer Opferhaltung. Vor diesem Hintergrund treffe die Beschreibung der bei der Schizophrenia simplex vorherrschenden Symptome auf den Beschwerdeführer ziemlich präzise zu. Differentialdiagnostisch seien keine Anzeichen für eine Simulation, eine isolierte Depression und Angststörung oder eine Organizität (beispielsweise Demenz) zu erheben (S. 4 f.).

Dr. B.____ hielt schliesslich fest, dass aufgrund der Hauptdiagnose keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe. Mit täglich zwei bis vier Stunden Arbeit unter der direkten Aufsicht des Bruders (dabei fragliche Leistungsfähigkeit) sei der Beschwerdeführer vollständig integriert und seine Arbeitsfähigkeit (an einem sozusagen vom Bruder bereitgestellten geschützten Arbeitsplatz) vollständig ausgeschöpft (S. 5).

E. 4.4

Dr. A.____ ging in seinen Emails vom 6. Juli und 11. Oktober 2015 (Urk. 6/145 und Urk. 6/160) von einer schweren Form einer dissoziativen Störung respektive einer dissoziativen Amnesie (ICD-10 F44) aus. Das in der Medas-Expertise erwähnte Ganser-Syndrom gehöre ebenfalls in diesen Formenkreis, wobei der Gutachter zwar fast die richtige Diagnose gestellt, diese aber nicht adäquat gewichtet habe. Der Experte glaube, eine dissoziative Störung sei bewusst steuerbar und mit Willensfunktionen überwindbar, was indessen falsch sei. Die dissoziativen Phänomene gehörten zu den schwer

behandelbaren und häufig invalidiisierenden Störungen. Der Beschwerdeführer leide deshalb an einer schweren, invalidisierenden Krankheit, welche die aktuelle Arbeitsunfähigkeit hinreichend begründe.

E. 4.5

In ihrem Bericht vom 1. Oktober 2015 (Urk. 6/158) hielten die Dres. C.____ und D.____ fest, dass beim nur reduziert belastbaren sowie autobiographisch- und zeitlich-kalendarisch unvollständig orientierten Beschwerdeführer im Rahmen der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung Minderleistungen betreffend die Frontalhirnfunktion, die Sprache und das Altgedächtnis im Vordergrund stünden. Auf Verhaltensebene seien leichte Schwankungen der allgemeinen Aufmerksamkeit und leichte Schwierigkeiten beim Lernen von neuen verbalen episodischen Informationen bei erhaltener kurzfristiger Erinnerungsleistung erkennbar. Ein simulatives/bewusstseinsnahes Verhalten könne aufgrund der Phänomenologie der Befunde ausgeschlossen werden (S. 2 f.).

Im Weiteren wurde ausgeführt, dass die festgestellten Defizite gut mit einer dissoziativen amnestischen Störung erklärbar seien, möglicherweise begünstigt durch das tiefe prämorbid Leistungsniveau, differentialdiagnostisch auf der Basis einer frühkindlichen cerebralen Entwicklungsstörung mit dadurch eingeschränkten kognitiven Ressourcen und verminderten Kompensationsmöglichkeiten. Die Defizite seien nicht überwindbar und wiesen einen hohen Krankheitswert auf, weshalb der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar sei und künftig geschützte Arbeitsbedingungen benötige (S. 5).

E. 5.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Medas-Gutachten (vgl. E. 4.2) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in psychiatrischer, rheumatologischer, neurologischer und neuropsychologischer Fachrichtung. Die Gutachter berücksichtigen detailliert die geklagten Beschwerden und setzen sich damit auseinander (Urk. 6/133/1-49 S. 11, S. 15, S. 21, S. 25, S. 28 f., S. 32, S. 34 und S. 43 f. sowie Urk. 6/133/50-58 S. 2 und S. 5 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (Urk. 6/133/1-49 S. 2-8 und S. 40 ff. sowie Urk. 6/133/50-58 S. 6). Sie setzten sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in anderen Arztberichten auseinander und würdigten diese in nachvollziehbarer Weise (Urk. 6/133/1-49 S. 19 ff., S. 35 f. und S. 39 ff.). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne ging der psychiatrische Gutachter med. prakt. K.____ nachvollziehbar von einem Ganser-Syndrom aus, wobei beim Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Med. prakt. K.____ verneinte zudem eine Veränderung des Gesundheitszustands seit 2005 (Urk. 6/133/1-49 S. 21 f. und S. 24). In rheumatologischer Hinsicht beschrieb Dr. J.____ einleuchtend, dass beim dorsalen MCP V rechts eine chronisch persistierende Arthralgie

unklarer Ätiologie vorliegt und der Beschwerdeführer in Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Arbeiten rechts inklusive in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpfleger zu 100 % arbeitsfähig ist, wobei seit 2005 keine Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat (S. 29 ff.). Die neurologischen Gutachter Dres. H.____ und I.____ legten schlüssig dar, dass es für die beklagte Amnesie keine neurologische Erklärung gibt und beim Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht (S. 36 f.). Die Expertise erfüllt demnach die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 31; 122 V 157 E 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist.

E. 5.2

Nachdem die Medas-Gutachter eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit 2005 (Urk. 6/80-81) übereinstimmend verneinten (vgl. E. 5.1), ist – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin und des RAD (vgl. Urk. 2 S. 2 und Urk. 6/136 S. 4) – weder in psychischer noch organischer Hinsicht eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustands (vgl. E. 1.3) seit Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 29. Oktober 2009 (Urk. 6/80-81) ausgewiesen. Ebenso wenig machte der Beschwerdeführer eine entsprechende Veränderung geltend (vgl. Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 8) und wurde eine solche auch nicht in den Berichten der Dres. B.____, A.____, C.____ und D.____ erwähnt (vgl. Urk. 6/145-146, Urk. 6/158 und Urk. 6/160).

Damit fehlt der erforderliche Revisionsgrund und es kann keine revisionsweise Rentenaufhebung erfolgen. Demzufolge ist zu prüfen, ob die angefochtene Rentenaufhebung mit der substituierten Begründung der anfänglichen Unrichtigkeit der Rentenzusprache zu schützen ist (vgl. E. 1.3).

E. 6.1

Die Einschätzung des RAD-Arztes Prof. Dr. E.____, auf welche sich die Beschwerdegegnerin bei der ursprünglichen Rentenzusprache abstützte (vgl. E. 3), wurde angesichts der höchstgradigen Diskrepanz in der Diagnostik und der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwischen dem Gutachten von Dr. med. O.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Februar 2008 (vgl. Urk. 6/41/1-32) und dem Bericht von med. pract. M.____, Oberarzt des Psychiatrie-Zentrums N.____, vom 22. Oktober 2008 (vgl. Urk. 6/50/2-6) zwecks entsprechender Plausibilisierung eingeholt (Urk. 6/79 S. 3). Eine Anamnese und eine Auseinandersetzung mit dem erwähnten Gutachten und Arztbericht sowie mit den übrigen Vorakten (vgl. unter anderem Urk. 6/5/5-6, Urk. 6/5/9-26, Urk. 6/5/33-37, Urk. 6/5/40-41, Urk. 6/6/11-28, Urk. 6/16/5-10 und Urk. 6/29/2-5) erfolgte nicht respektive wurde vom RAD-Arzt in seinem Untersuchungsbefund vom 17. Februar 2009 (Urk. 6/56) nicht dokumentiert. Wenn schon die RAD-Beurteilung zur Plausibilisierung der Einschätzungen von Dr. O.____ und med. pract. M.____ hätte massgebend sein sollen, so wäre eine fundierte Auseinandersetzung mit deren teilweise abweichenden Diagnosen, Befunden und Bewertungen der Arbeitsfähigkeit unabdingbar gewesen. Abgesehen davon wies der RAD-Arzt auf auffallende kognitive Schwächen hin, wobei sich der Beschwerdeführer nicht an die Daten seiner Lebensgeschichte erinnern könne respektive er deutliche Schwächen bei der Merkfähigkeit zeige (Urk. 6/56 S. 3). Darüber, wie sich diese kognitiven Defizite bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten konkret auswirken, machte der RAD-Arzt keine Angaben, sondern hielt lediglich in pauschaler Weise fest, dass der Beschwerdeführer aufgrund des psychischen

Gesundheitsschadens mit Krankheitswert in seiner angestammten Tätigkeit vollständig eingeschränkt sei (S. 4). Im Weiteren ging der RAD-Arzt davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von vier Stunden pro Tag arbeitsfähig sei, wobei er das von ihm postulierte Pensum nicht näher begründete. Ebenso wenig äusserte er sich - mit der Ausnahme betreffend das Besteigen von Leitern (S. 4) - zum konkreten Belastungsprofil der behinderungsangepassten Arbeiten. Die Schlussfolgerungen bezüglich der dem Beschwerdeführer verbleibenden Arbeitsfähigkeit sind damit nicht nachvollziehbar. Gleiches gilt für den Hinweis, wonach sich der Gesundheitsschaden trotz lege artis durchgeführter Therapie als weitgehend therapieresistent gezeigt habe (S. 4), nachdem sich der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der RAD-Untersuchung in keiner psychiatrischen Behandlung befand und lediglich Medikamente gegen Bluthochdruck sowie Schmerz-, Schlaf- und Beruhigungsmittel einnahm (S. 2) und der RAD-Arzt zudem eine „gezielte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung“ empfahl (S. 4).

Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die drei von der Beschwerdegegnerin respektive vom Krankentaggeldversicherer beauftragten unabhängigen Gutachter Dr. med. P.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. dipl.-psych. Q.____ und Dr. O.____ allesamt eine versicherungsrelevante psychische Störung verneinten und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen (Urk. 6/6/11-28 S. 17, Urk. 6/16/5-10 S. 5 sowie Urk. 6/41/1-32 S. 27 und S. 29). Abgesehen vom RAD-Arzt Prof. Dr. E.____ postulierten einzig die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums N.____ eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/50/2-6 S. 4), wobei in diesem Zusammenhang die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen ist, dass behandelnde Ärzte 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).

E. 6.2

Nach dem Gesagten erfüllt der RAD-Untersuchungsbericht die Beweisansforderungen an eine rechtsgenügende medizinische Entscheidungsgrundlage, auf deren Basis eine Leistungszusprache erfolgen kann, nicht (BGE 125 V 351 E. 3a), weshalb sich die ursprüngliche Rentenzusprache vom 29. Oktober 2009 (Urk. 6/80-81) als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne erweist (vgl. E. 1.3). Ausser Frage steht, dass ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 119 V 475 E. 1c und Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 7.1

Steht die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung fest, so ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung zu ermitteln (in diesem Sinne auch Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 5 mit Hinweisen), woraus sich die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs ergeben (Art. 28 Abs. 1 IVG; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2.1).

E. 7.2.1

Gestützt auf das Medas-Gutachten ist aus somatischer und psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten ohne kraftanfordernde manuelle Arbeiten respektive in der angestammten Tätigkeit als Raumpfleger auszugehen (vgl. E. 5.1).

E. 7.2.2

Die gutachterliche Beurteilung der Medas steht im Einklang mit den Expertisen der Dres. P.____, Q.____ und O.____ (vgl. E. 6.1) sowie der verkehrsmedizinischen Begutachtung von med. pract. R.____, Assistenzarzt, und Dr. med. S.____, Fachärztin für Rechtsmedizin des Instituts für Rechtsmedizin der T.____, vom 6. Oktober 2011 (Urk. 6/119), welche objektiv keine relevanten kognitiven Störungen feststellten und die Fahreignung des Beschwerdeführers unter Hinweis auf regelmässige ärztliche Kontrollen und die Einnahme allfälliger Medikamente bestätigten (S. 3 und S. 5). Die Dres. R.____ und S.____ führten aus, dass der Beschwerdeführer über die Gesamtdauer der fast 45minütigen Exploration in der Lage gewesen sei, aktiv an der Untersuchung teilzunehmen, adäquate Angaben gemacht habe und insbesondere seinen Berufsalltag adäquat habe schildern können (S. 4). Der Beschwerdeführer habe unter anderem darauf hingewiesen, dass er aufgrund seiner Tätigkeit im Bereich Reinigung einen Führerausweis benötige, da er zu verschiedenen Objekten gelangen müsse und er meistens alleine arbeite (S. 2). Des Weiteren vermochte er unter anderem das Datum seiner Einreise in die Schweiz und der Ehetrennung sowie das Alter seines Sohnes zu nennen (S. 1 f.). Im verkehrsmedizinischen Gutachten wurde sodann auf die Berichte der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. U.____, Allgemeine Medizin, vom 14. März sowie 4. Oktober 2011 hingewiesen, wonach sich die retrograde Amnesie soweit erholt habe und der Beschwerdeführer für kurze Strecken innerhalb des Kantons Zürich fahrtauglich sei. Die Hausärztin hielt weiter fest, dass der Beschwerdeführer immer korrekt sei und zudem wisse, wie er sich zu verhalten habe respektive er ein Kurzzeitgedächtnis habe und das Langzeitgedächtnis besser werde und er sich, was die Fahreignung betreffe, konzentrieren könne (S. 3). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Jahre 2007 mit seinem Bruder die V.____ GmbH gründete (Urk. 6/114 S. 4).

E. 7.2.3

Die nach dem Erlass des Vorbescheids (Urk. 6/137) vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingeholten Emails respektive Berichte der Dres. A.____, B.____, C.____ und D.____ (Urk. 6/145-146, Urk. 6/158 und Urk. 6/160) vermögen an dieser Beurteilung nichts zu ändern. Diesbezüglich ist einmal mehr die auftragsrechtliche Vertrauensstellung der behandelnden Ärzte zu ihren Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351

E. 3b/cc).

Im Weiteren stellte Dr. A.____ in seiner Email vom 6. Juli 2015 (Urk. 6/145) weder eine konkrete Diagnose noch äusserte er sich zu den psychischen Defiziten des Beschwerdeführers und deren allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sondern beschränkte sich im Wesentlichen auf allgemeine Hinweise betreffend dissoziative Störungen. In der Email vom 11. Oktober 2015 (Urk. 6/160) nannte Dr. A.____ zwar die Diagnose einer dissoziativen Amnesie (ICD-10 F44.0) und wies darauf hin, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeit hinreichend fundiert sei, eine Begründung für diese Diagnose sowie Angaben darüber, wie sich die psychische Störung konkret auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt, fehlen indessen.

Ähnlich verhält es sich betreffend die von Dr. B.____ in seinem Bericht vom 3. Juli 2015 (Urk. 6/146) postulierte Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt (S. 5), zumal der Arzt nicht darlegte, inwiefern die psychischen Beeinträchtigungen den

Beschwerdeführer bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten konkret einschränken. Es ist ferner darauf hinzuweisen, dass die Schizophrenia simplex einzig von Dr. B.____ diagnostiziert wurde und es sich dabei um ein ungewöhnliches und seltenes Zustandsbild respektive um eine nur sehr schwer sicher zu diagnostizierende Störung handelt, weshalb die Stellung einer solchen Diagnose gemäss den diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation nicht empfohlen wird (Dilling H. /

Mombour W. /Schmidt M.H. [Hrsg.] , Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien,

E. 7.2.4

Was den vom Beschwerdeführer erhobenen Einwand betrifft, es bestünden Widersprüche betreffend die Diagnose, weshalb weitere Abklärungen zu treffen seien und nicht auf das Medas-Gutachten abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 6 Ziff. 7), ist Folgendes zu bemerken: Rechtsprechungsgemäss kommt es im Rahmen der Invaliditätsbemessung grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_361/2016 vom 22. August 2016 E. 4.2.1).

E. 7.2.5

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer ab März 2010 mit einem täglichen Pensum von vier Stunden als Raumpfleger arbeitete. Im entsprechenden Arbeitgeberbericht wurde darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer sämtliche Reinigungsarbeiten ausführe, hauptsächlich bei den Kunden sei und deren Häuser sauber mache sowie eine Bereicherung für das Team sei (Urk. 6/102 Ziff. 2.9 und Ziff. 5). Davon, dass der Beschwerdeführer in der Ausübung seiner Tätigkeit in irgendeiner Weise – insbesondere in psychischer Hinsicht – eingeschränkt war oder besonderer Beaufsichtigung bedurfte, ist im Bericht keine Rede. Gegenüber der Unfallversicherung gab der Beschwerdeführer ferner am 25. Juni 2009 an, dass die Arbeitsfähigkeit vor September 2008 wegen „Problemen mit dem Kopf, welche auf einen Schlag im Jahre 2004“ zurückzuführen seien, eingeschränkt gewesen sei, dass er mittlerweile deswegen aber wieder voll arbeiten könne (Urk. 6/75/17-19 S. 1, siehe dazu auch Urk. 6/116 S. 5). 8. 8.1

Die Medas-Gutachter sind in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und den sogenannten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zum Ergebnis gelangt, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers als überwindbar zu gelten habe und er zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 6/133/1-49 S. 22). Der Beschwerdeführer machte diesbezüglich geltend, die neue Rechtsprechung zu den psychosomatischen Krankheitsbildern sei nicht berücksichtigt worden und es seien gestützt darauf weitere medizinische Abklärungen zu tätigen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 9 f.). In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass bereits vor der mit BGE 141 V 281 erfolgten Rechtsprechungsänderung (vgl. nachfolgend E. 8.2) eingeholte Gutachten gemäss Bundesgericht nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob eine schlüssige Beurteilung im Lichte der

vom Bundesgericht genannten Indikatoren möglich ist oder

nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Es stellt sich sodann die Frage, ob das Ganser-Syndrom unter die erwähnten unklaren syndromalen Beschwerdebilder fällt. Diese vom Bundesgericht bisher noch nicht beurteilte Frage kann letztlich offen bleiben, da die Prüfung der Standardindikatoren keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden ergibt. 8.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und an schliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislage der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 8.3

8.3.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ betrifft, klagte der Beschwerdeführer über unter Belastung auftretende rechtsseitige Körperschmerzen respektive tägliche, morgens akzentuierte, dauerhafte und pulsierende Kopfschmerzen (Hemikranien). Der Beschwerdeführer gab die Intensität der Kopfschmerzen mit aktuell und minimal 3, maximal 7-8 auf der Schmerzskala (Minimum 0, Maximum 10) an (Urk. 6/133/1-49 S. 11, S. 25, S. 32 und S. 36). Der psychiatrische Gutachter ging von einer dissoziativen Störung im Sinne eines Ganser-Syndroms aus, welcher er jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu mass (S. 22). In rheumatologischer Hinsicht diagnostizierte Dr. J.____ eine chronische persistierende Arthralgie des MCP V rechts unklarer Ätiologie und schloss Tätigkeiten mit kraftanfordernden manuellen Arbeiten rechts aus. Im Übrigen wies er darauf hin, dass sich für die beklagten Hemikranien und die rechtsseitigen Körperschmerzen kein adäquates klinisches, radiologisches oder laborchemisches Korrelat finde (S. 29 und S. 30). Gleichermassen verneinten die Dres. H.____ und I.____ eine neurologische respektive organische Erklärung für die beklagten Beschwerden und nannten lediglich einen Verdacht auf einen medikamenteninduzierten Kopfschmerz, einen schmerzmittelinduzierten Kopfschmerz laut IHS Klassifikation II respektive auf einen chronischen Spannungskopfschmerz (S. 36). Vor diesem Hintergrund ist nicht von ausgeprägten diagnoserelevanten Befunden auszugehen. 8.3.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg“ ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer bisher einmal (vom 24. Oktober bis 15. November 2005) im Psychiatrie-Zentrum N.____ stationär behandelt worden ist (Urk. 6/133/1-49 S. 19) und sich danach keiner ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzog. Im Weiteren nahm er Schmerzmittel und Antidepressiva ein (S. 11) und begab sich aufgrund der Beschwerden in der rechten Hand in Physiotherapie (S. 25). In psychiatrischer und neurologischer Hinsicht empfahlen die Gutachter eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, einen ambulanten oder stationären Schmerzmittelentzug, die Einnahme eines schmerzdistanzierenden Medikaments, Ausdauersport sowie Nikotinkarenz (S. 23 und S. 37). Dies deutet auf eine nicht besonders ausgeprägte Behandlungsresistenz hin. 8.3.3

Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, so besteht kein gravierendes körperliches Leiden. Objektivierbar ist lediglich eine lokale Druckdolenz des dorsalen MCP V rechts mit Weichteilschwellung der dorsalen Gelenkkapsel MCP V, welche lediglich die Ausübung kraftanfordernder manueller Tätigkeiten rechts limitiert (Urk. 6/133/1-49 S. 29). Der dissoziativen Störung wurde sodann keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit beigemessen (S. 22) und der Beschwerdeführer befindet sich seit mehreren Jahren nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. 8.3.4

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer lebt seit mehreren Jahren mit seiner Freundin zusammen und sieht seinen aus erster Ehe stammenden Sohn (geboren 2002, Urk. 6/82/1-3 S. 1) jedes zweite Wochenende (Urk. 6/133/1-49 S. 9). Zu seinen Brüdern, deren Ehefrauen und seinen Eltern

hat er regelmässigen Kontakt, wobei ihn sein älterer Bruder jeden Morgen anruft (S. 14). Der Tagesablauf des Beschwerdeführers gestaltet sich wie folgt: Nach dem Frühstück chauffiert die Freundin den Beschwerdeführer zu ihrer Arbeitsstelle, von wo letzterer allein per Auto zu seinem Arbeitsort weiterfährt. Nach der Arbeit fährt er nach Hause, wo er zu Mittag isst und schläft. Danach holt er seine Freundin von der Arbeit ab und kehrt wieder nach Hause zurück, wo sie gemeinsam den Tag besprechen, kochen, essen, die Küche aufräumen und Radio hören respektive fernsehen (S. 9). Seit drei Wochen vor der gutachterlichen Untersuchung geht der Beschwerdeführer um

9 Uhr in die Firma seines Bruders, wo er mit den anderen Angestellten Kaffee trinkt. Danach kehrt er nach Hause zurück, schläft und bereitet sich einen Salat zu oder stellt das vorgekochte Mittagessen in die Mikrowelle, wäscht ab und legt sich wieder hin. Wenn die Freundin um 16 Uhr nach Hause kommt, reden sie und bereiten gemeinsam das Nachtessen vor (S. 14). Damit verfügt der Beschwerdeführer über intakte persönliche und soziale Ressourcen. 8.3.5

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff.) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Der Beschwerdeführer sieht sich nicht mehr in der Lage, einer verwertbaren Arbeit nachzugehen (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 16). Seine Tagesaktivitäten (vgl. E. 8.3.4) entsprechen indessen nicht der von ihm geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren verbrachte der Beschwerdeführer im August 2014 drei Wochen Ferien in Portugal (Urk. 6/133/1-49 S. 16). Damit zeigen sich in der Alltagsgestaltung inklusive Freizeit keine ausgeprägten Einschränkungen. 8.3.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, aa.O, S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. In konsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer nimmt wie dargelegt Schmerzmittel sowie ein Antidepressivum ein. Seit dem stationären Aufenthalt im Psychiatrie-Zentrum N.____ im Herbst 2005 befindet sich der Beschwerdeführer in keiner psychiatrischen Behandlung (vgl. E. 8.3.2). Dies

deutet auf einen nicht besonders ausgeprägten beziehungsweise ausgewiesenen Leidensdruck hin. 8.4

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht als in ausgeprägtem Umfang gegeben erachtet werden können. Demzufolge ist eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen des psychosomatischen Leidens zu verneinen und im Einklang mit dem Medas-Gutachten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen.

Damit erweist sich die Verfügung vom 13. Januar 2016 (Urk. 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 9.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr. iur. Roger Bollag - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 10

. Aufl., Bern 2015, S. 138).

Die Dres. C.____ und D.____ begründeten die von ihnen am 1. Oktober 2015 erwähnte Unvermittelbarkeit des Beschwerdeführers auf dem ersten Arbeitsmarkt mit unüberwindbaren Defiziten in den Frontalhirnfunktionen (verbale und frontale Ideenproduktion, Handlungsplanung, Konzeptdenken, inhibitorische Kontrolle), der Sprache (Lesen, Schreiben und Rechnen) sowie im Altgedächtnis. Wie sich diese Defizite auf die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Raumpfleger im Einzelnen auswirken, ist nicht ersichtlich, zumal der Beschwerdeführer bei dieser Arbeit nur in geringem Masse auf Lese-, Schreib- und Rechenfähigkeiten sowie sein Altgedächtnis angewiesen ist. Die Dres. C.____ und D.____ erwähnten zudem nur leichte Schwankungen der allgemeinen Aufmerk

samkeit, geringe Schwierigkeiten beim Lernen neuer verbaler episodischer Informationen bei erhaltener kurzfristiger Erinnerungsleistungen respektive un auffällige Leistungen in den Bereichen der Visuokonstruktion, der visuellen Wahrnehmung sowie im kurzfristigen Erinnern nonverbaler episodischer Informationen (Urk. 6/158 S. 2 und S. 3).

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