

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00655 vom 3. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00655

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00655 du 3 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00655 del 3 agosto 2017

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai

2009 E.

E. 1.2

und I 212/03 vom 28. August

2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar

201

E. 1.3

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.

E. 1.4

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

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichtes 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung

(Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis).
Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdnamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai

2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

E. 1.5

). So tätigte

Dr. A.____ sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und begründete

seine Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den vorgelegten Vorakten. Er legte die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründete

seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Das Gutachten erweist sich somit grundsätzlich als beweistauglich. 4.1.2

Soweit der Beschwerdeführer eine ungenügende Dauer der Untersuchung durch Dr. A.____ rügte (Urk. 1 S. 10 f.), ist dem entgegenzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange die Expertise den praxisgemässen Kriterien entspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C_448/2009 vom 27. Juli 2009, E.

E. 1.6

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51).
2.

E. 2

Gegen die rentenaufhebende Verfügung vom 6. Mai 2016 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 8. Juni 2016, vertreten durch Rechtsanwalt Abdullah Karakök und/oder Rechtsanwältin Ursina Bacchi Beschwerde und beantragte die Weiterausrichtung der bisherigen halben Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde, die Bestellung von Rechtsanwältin Ursina Bacchi als unentgeltliche Rechtsvertreterin, sowie eventuell die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen (Urk. 1/1). Mit einer weiteren Eingabe vom 7. Juni 2016 beantragte der Beschwerdeführer ausserdem die Zusprechung einer Entschädigung für vorprozessuale Bemühungen von Rechtsanwalt Abdullah Karakök [Urk. 1/2]). Mit Eingabe vom 27. Juni 2016 teilte Rechtsanwalt Abdullah Karakök seine neue Anschrift für sämtliche pendenden Verfahren am hiesigen Gericht mit (Urk. 5). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Juli 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 4. August 2016 verfügte das Gericht die Abweisung der Gesuche um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde sowie um Bestellung von Rechtsanwältin Ursina Bacchi als unentgeltliche Rechtsvertreterin im Beschwerdeverfahren. Sodann wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 9). Mit Eingabe vom 9. August 2016 beantragte der Beschwerdeführer, die Verfügung vom 4. August 2016 sei wiedererwägungsweise aufzuheben, und Rechtsanwältin Ursina Bacchi sei für ihre Bemühungen zu entschädigen und Rechtsanwalt Abdullah Karakök sei per 1. Juli 2016 als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 10). Mit Verfügung vom 7. September 2016 wurde dem Beschwerdeführer in Bewilligung des Gesuchs vom 9. August 2016 Rechtsanwalt Abdullah Karakök als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das Beschwerdeverfahren ab Gesuchsdatum bestellt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid vom 6. Mai 2016 erwog die IV-Stelle, die aktuellen psychiatrischen Befunde würden nur eine leichte Beeinträchtigung bewirken und hätten sich im Vergleich zum Gutachten vom 6. Mai 2015 (richtig: 19. April 2015) nur minimal verändert. Es könne weiterhin davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung wesentlich verbessert habe. Aufgrund der medizinischen Befunde sei keine relevante Einschränkung mehr gegeben (Urk. 2).

E. 2.2

und 8C_485/2010 vom 21. September 2010, E. 2.4.3), was vorliegend der Fall ist. 4.1.3

In Anbetracht der von Dr. A.____ erhobenen Befunde (Urk. 8/126 S. 10-12) erweist sich seine Beurteilung, aus psychiatrischer Sicht lasse sich aktuell keine Diagnose von Krankheitswert stellen, als nachvollziehbar, dies umso mehr, als auch die Schilderungen des Beschwerdeführers über seine Situation in der Türkei (Urk. 8/126 S. 8 f.; vgl. auch nachfolgend E. 4.2.1) sowie die unterhalb des therapeutischen Bereichs liegende Medikation (Urk. 8/126 S. 14) auf keinen ausgeprägten Leidensdruck hindeuten. Schlüssig erscheinen sodann die Feststellungen von Dr. A.____, die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner psychischen Befindlichkeit seien aggraviert (Urk. 8/126 S. 13) und die Laborbefunde würden im Zusammenhang mit der Beteuerung der Wichtigkeit der Medikamenteneinnahme ebenfalls auf eine leichte Aggravation hindeuten (Urk. 8/126

S. 15). Der Beschwerdeführer hatte nämlich zumindest in Bezug auf die Einnahme des Medikaments Fluoxetin unrichtige Angaben gemacht, indem er beteuert hatte, das Medikament täglich einzunehmen, auch am Untersuchungstag (Urk. 8/126 S. 14). Auffällig erscheint sodann die Reaktion des Beschwerdeführers auf die Mitteilung des Gutachters, er könne ihm aktuell aus psychiatrischen Gründen keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestieren: Der Beschwerdeführer reagierte rasch und bemerkte, in diesem Fall, wenn seine Rente in Gefahr stehe, werde er nicht in die Türkei zurückkehren. Ohne Rente könne er dort nicht leben (Urk. 8/126 S. 10). 4.1.4

Im Zeitpunkt der Begutachtung ist somit kein relevanter Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen, weder aufgrund der Befunde noch aufgrund der Beschwerden, denn diesbezüglich ist von Aggravation auszugehen (E. 1.6). 4.2 4.2.1

Was den Bericht von Dr. B.____ vom 7. Januar 2016 (Urk. 8/162) anbelangt, so fallen hier im Vergleich zur Begutachtung wiederum einige Diskrepanzen in den Angaben des Beschwerdeführers auf: Dem Gutachter gegenüber hatte der Beschwerdeführer noch geschildert, das Dorf, in welches er 2013 zurückgekehrt sei, habe im Sommer wegen der Nussernte vielleicht 100 Einwohner, im Winterhalbjahr seien es nur einige wenige. Im Dorf habe es weder ein Kaffee noch einen Laden, dafür aber eine Moschee. Sein Haus stehe in Hanglage. Er habe einen wunderbaren Gartensitzplatz. Wenn er dort, mit Blick über das Tal einen Kaffee trinke, dann fühle er sich schon sehr zufrieden. Um das Haus herum befinde sich ein Garten mit Haselnusssträuchern, die eine Ernte von vielleicht 140 Kilo in einem guten Jahr ergäben. Er übergebe die Erntearbeit einem Onkel, der ihm die Hälfte des Ertrages abgebe. Zwei- bis dreimal die Woche fahre er mit seinem Auto in die 20 km entfernte Stadt, immer am Dienstag sei Basar. Etwa monatlich habe er auch einen Termin bei seinem Psychiater. Jeden Freitag gehe er zum Gebet. Das Abendessen nehme er meistens bei einem Onkel oder bei einem Kollegen ein. Am Nachmittag sei er oft zu Hause und schaue TV-Serien. Drei Serien hätten es ihm besonders angefallen; und er liebe eine in der Türkei bekannte Heiratssendung, Paare würden vor laufender Kamera heiraten. Oft auch trinke er mit Kollegen Tee.

Und im Sommer fahre er auch gerne ans nahe gelegene Schwarze Meer, um zu baden. Alle seine vier Kinder kämen ihn besuchen, jedes einzeln, so dass er doch oft eines von ihnen sehe. Sonst beschränke sich der Kontakt auf Telefonate (Urk. 8/126 S. 8 f.). Diese Schilderungen stehen in krassm Widerspruch zu der gegenüber Dr. B.____ geäußerten Isolation in der Türkei (er habe sich „nach jahrzehntelanger Abwesenheit in seiner Heimat sozial isoliert“ wiedergefunden [Urk. 8/162/2]). Auch erstaunt die Angabe des Beschwerdeführers gegenüber Dr. B.____, er sei bei seiner Rückkehr aus der Türkei im Frühjahr 2015 zu nächst obdachlos gewesen und sei dann provisorisch bei seiner Tochter unter gekommen, was sich konfliktreich gestaltet habe (Urk. 8/162/2). Gegenüber Dr. A.____ hatte der Beschwerdeführer noch von einer harmonischen Beziehung zu seiner Tochter beziehungsweise zu seinen Kindern berichtet. Er habe nur gute Beziehungen zu seinen Kindern. Sie seien sein „Ein und Alles“. Zurzeit beherberge ihn seine (älteste) Tochter. Sie seien sieben Leute in einer Zweizimmerwohnung und hätten es sehr schön zusammen (Urk. 8/126 S. 11). Von einer Obdachlosigkeit oder Schwierigkeiten mit der Tochter hatte der Beschwerdeführer nicht berichtet. Die soeben wiedergegebenen Diskrepanzen liefern einen weiteren Anhaltspunkt für eine Aggravation in den Schilderungen des Beschwerdeführers. Vor diesem Hintergrund kann auf den Bericht von Dr. B.____ vom 7. Januar 2016, welcher sich primär auf die Angaben des

Beschwerdeführers zu stützen scheint, nicht abgestellt werden. In diesem Zusammenhang fällt auch auf, dass Dr. B. ___ im Bericht vom 7. Januar 2016 (Urk. 8/162) wie bereits im Austrittsbericht vom 10. November 2015 über die Hospitalisation vom 5. bis 28. August 2015 im Z. ___ (Urk. 8/156/1-4) unverändert eine mittelgradige depressive Symptomatik diagnostizierte. Gemäss Austrittsbericht hatte sich der Beschwerdeführer jedoch bereits beim freiwilligen Eintritt am 5. August 2015 ins Z. ___ mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik präsentiert gehabt; im Verlaufe der stationären Behandlung habe dann eine Stabilisierung des Zustands beobachtet werden können, der Beschwerdeführer sei zunehmend aufgehellter und freundlicher im Kontakt erlebt worden (Urk. 8/156/3). Der von Dr. B. ___ erhobene Befund im Bericht vom 7. Januar 2016 lässt sich denn auch nicht mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik vereinbaren (vgl. hierzu die diagnostischen Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl., Bern 2014, Ziff. F.32.1 S. 173). Es wurde der folgende Befund erhoben: „Bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, im Gespräch zugewandt und kooperativ. Leichte Konzentrationsstörungen. Merkfähigkeit sowie Gedächtnis sind leicht beeinträchtigt gewesen. Formales Denken geordnet, eingeeignet auf die desolate soziale Situation. Keine Ängste oder Zwänge. Bei dem Patienten sind keine Wahnsymptome, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen feststellbar. Affektiv deprimiert, unter schwellig gereizt, berichtet von verbalaggressiven Durchbrüchen im Umgang mit Behördenmitarbeitern, empfindet dies als nicht sinnvoll, ist in solchen Situationen allerdings offensichtlich nur eingeschränkt steuerungsfähig. Im Gespräch keine Aggressivität, aus Sicht des Referenten auch kein erhöhtes Risiko für tätliche Aggressivität. Freude und Interesse sind kaum vorhanden, Antrieb leicht bis mittelgradig vermindert. Suizidpläne, -gedanken, -impulse und passiven Todeswunsch verneint der Pat. deutlich. Keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung“ (Urk. 8/162/2). 4.2.2

Selbst wenn mit Dr. B. ___ von einer mittelgradigen depressiven Symptomatik auszugehen wäre, verbliebe aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht für die Annahme einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kein Raum. Depressive „Episoden“ sind definitionsgemäss vorübergehender Natur und haben deshalb, zu mindest wenn sie leicht bis mittelschwer sind, gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung. Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven „Störung“ ist nach der Rechtsprechung nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt indessen jedenfalls, dass es sich dabei um ein selbständiges, von einem allfälligen psychogenen Schmerzsyndrom und/oder allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöstes depressives Leiden handelt (vgl. Urteile des 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 4.4.1, 9C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.3 und 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.2 mit Hinweisen). Die Symptombewältigung scheint im vorliegenden Fall offenkundig durch psychosoziale Faktoren behindert zu sein. Im Austrittsbericht vom 10. November 2015 hatte Dr. B. ___ nämlich festgehalten, der Beschwerdeführer habe von den sozialen Umständen berichtet, die zu einem grossen Teil zu seinem Krankheitsbild beigetragen hätten. Der Fokus des stationären Aufenthalts sei vor allem darauf gelegen, dem Beschwerdeführer einen stützenden Rahmen zu bieten, um etwas Abstand von den krankheitsfördernden Faktoren zu gewinnen und das Leben für sich neu strukturieren zu können. Grundsätzlich habe der Beschwerdeführer dann auch von dem stützenden Rahmen der Klinik sehr profitiert, sodass er bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung wieder aus der Klinik habe entlassen werden können (Urk. 8/156/3). 4.2.3

Aus den übrigen vom Beschwerdeführer im Einwandverfahren eingereichten Arztzeugnissen und Arztberichten lassen sich sodann keine Rückschlüsse auf eine mögliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ziehen. Den Arztzeugnissen des Z.____ (Urk. 8/148/1-2) fehlt die Begründung für die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit. Dem Austrittsbericht des C.____ vom 12. August 2015 (Urk. 8/154) fehlen jegliche Angaben über die Arbeitsfähigkeit; aufgrund der darin gestellten Diagnosen ist aber nicht von einer somatisch bedingten Einschränkung auszugehen. 4.3

Nach dem Gesagten ist im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. A.____ kein Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen. Von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 6. Mai 2016 ist sodann nicht auszugehen, da wiederum – wie bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung – Hinweise auf eine Aggravation bestehen und psychosoziale Faktoren im Vordergrund standen. Weitere Abklärungen erübrigen sich daher. 4.4

Im Übrigen stellt sich die Frage, ob eine Rentenaufhebung nicht auch wieder erwägungsweise möglich wäre. Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und Art. 1 Abs. 1 IVG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einsprache zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung im Sinne dieser Bestimmung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (BGE 117 V 8 E. 2c mit Hinweis). Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne (Urteil 9C_466/2010 vom 23. August 2010 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall befand sich der Beschwerdeführer vom 20. Juni 2007 bis 30. Juli 2008 zunächst bei Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter psychiatrischer Behandlung aufgrund seiner Familienkonflikte, einer Impulskontrollstörung und Problemen am Arbeitsplatz. Dr. D.____ stellte in seinem Bericht vom 20. April 2011 allerdings keine psychiatrische Diagnose (Urk. 8/11). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bei welchem der Beschwerdeführer ab dem 2. September 2009 in Behandlung war, hielt in seinem Bericht vom 24. Juni 2011 fest, seit Februar 2011 sei der Beschwerdeführer zunehmend depressiv geworden (Urk. 8/19). In der Folge begab sich der Beschwerdeführer drei Mal in stationäre Behandlung im Z.____, vom 14. Februar bis 15. April 2011, vom 29. August bis 4. Oktober 2011 und vom 15. März bis 10. Mai 2012, ausserdem befand er sich dort in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (Urk. 8/34). Im Bericht vom 22. Mai 2012 hielt Dr. B.____ unter anderem fest, vor allem die schwierige soziale Situation trage zur Chronifizierung und Krankheitsaufrechterhaltung bei (Urk. 8/34/2). Weshalb bereits rund ein Jahr nach Beginn der depressiven Entwicklung von einer Chronifizierung ausgegangen wurde, erscheint nicht nachvollziehbar, insbesondere auch deshalb nicht, weil bei der Krankheitsentstehung und -aufrechterhaltung vor allem psychosoziale Faktoren im Vordergrund gestanden hatten beziehungsweise standen. Es erscheint daher fraglich, ob der Bericht von Dr. B.____ vom 22. Mai 2012 eine nachvollziehbare ärztliche Einschätzung der

massgeblichen Arbeitsfähigkeit darstellte. Diesbezüglich kann auch auf die Ausführungen von Dr. A. ___ in seinem Gutachter verwiesen werden (Urk. 8/126 S. 16 f.). Ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung letztlich gegeben wären, kann hier aber offengelassen werden, da sich eine Rentenaufhebung bereits aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes rechtfertigt (E. 4.3). 5.

Auf den Antrag des Beschwerdeführers um Zusprechung einer Entschädigung für die vorprozessualen Bemühungen von Rechtsanwalt Abdullah Karakök (Urk. 1/2) ist nicht einzutreten. Ein entsprechender Antrag wurde bereits bei der dafür zuständigen Beschwerdegegnerin gestellt und von dieser mit Verfügung vom 7. Juni 2016 rechtskräftig abgewiesen (Urk. 8/173). 6.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung somit nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist. 7.

7.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) , zufolge der ihm mit Verfügung vom 7. September 2016 gewährten unentgeltlichen Rechtspflege jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Das Gericht setzt die Entschädigung des mit Verfügung vom 7. September 2016 ab Gesuchsdatum (9. August 2016) als unentgeltlichen Rechtsvertreter bestellten (Urk. 12) Rechtsanwalts Abdullah Karakök, Zürich, nach Ermessen fest (§ 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]). Mangels prozessualen Aufwands ab Gesuchsdatum ist Rechtsanwalt Abdullah Karakök somit einzig für die Durchsicht dieses Urteils von praxisgemäss einer Stunde zu entschädigen, was unter Berücksichtigung des geüblichen Ansatzes von Fr. 220.-- (ab dem 1. Januar 2015) ein Honorar von Fr. 220.-- ergibt. Rechtsanwalt Abdullah Karakök ist deshalb mit Fr. 237.60 (= Honorar von Fr. 220.-- zu züglich Mehrwertsteuer von 8 % [Fr. 17.60]) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 7.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an Rechtsanwalt Abdullah Karakök verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit darauf eingetreten wird . 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, wird mit Fr. 237.60 (inkl. MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Abdullah Karakök - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

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
Hurst Muraro

E. 2.3

Dass die Beschwerdegegnerin die Rentenaufhebung nicht begründet hätte, trifft nicht zu. Sie musste sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand oder jedem eingereichten Arztbericht auseinandersetzen. Vielmehr durfte sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken, was sie auch tat. Im Übrigen wäre eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör bei dieser Ausgangslage ohnehin als geheilt zu betrachten.

Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin wohl eine Vorlage benutzte und diese nicht korrekt anpasste. Denn nur so lässt sich erklären, weshalb sie zunächst festhielt, die aktuellen psychiatrischen Befunde würden nur eine leichte Beeinträchtigung bewirken und hätten sich im Vergleich zum Gutachten vom 6. Mai 2015 (richtig: 19. April 2015) nur minim verändert, dann aber zum Schluss gelangte, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung habe sich wesentlich verbessert. Eine Verbesserung ergibt bei einem Vergleich des Gutachtens mit den später datierten ärztlichen Berichten nämlich keinen Sinn, denn bei der Begutachtung wurden gar keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (vgl. dazu E. 4). Der Beschwerdegegnerin unterlief sodann ein Fehler bei der Wiedergabe des Gutachtens datums. Da es sich dabei jedoch offensichtlich um einen Verschieb handelt – ein anderes Gutachten, auf welches die Beschwerdegegnerin hätte Bezug nehmen können, existiert nicht –, sind keine weiteren Abklärungen diesbezüglich vorzu nehmen. 3.

3.1

3.1.1

Die Rentenzusprache vom 3. April 2013 (Urk. 8/43 f. und Urk. 8/47) erfolgte aufgrund einer Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD). Dieser stützte sich primär auf die Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. med. B.____, Oberarzt im Z.____, wo der Beschwerdeführer drei malig stationär und im Übrigen ambulant behandelt worden war (Urk. 8/37/3). 3.1.2

Dr. B.____ führte im Bericht vom 22. Mai 2012 (Urk. 8/34) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), auf und attestierte dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. B.____ hielt sodann

fest, grundsätzlich sei eine Depression als gut behandelbare Krankheit anzusehen, es seien jedoch auch chronifizierende Verläufe bekannt. Im Falle des Beschwerdeführers komme erschwerend und wahrscheinlich tendenziell chronifizierend eine schwierige soziale Situation mit Rollen- und Funktionsverlust hinzu. 3.2 3.2.1

Dr. Y.____ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 19. April 2015 die folgenden Diagnosen fest (Urk. 8/126 S. 12): - Aktuell keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert, rezidivierende Phasen mittelschwerer Depression in Remission (ICD-10 F33.4) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10 F17.25) Dr. Y.____ führte sodann aus, die psychischen Schwierigkeiten seien aufgetreten, nachdem sich der Beschwerdeführer von seiner (zweiten) Ehefrau getrennt gehabt habe. Es sei ein langer, wütender Kampf um das Sorgerecht der Kinder mit hohem Einsatz an Finanzen und Nerven geführt worden (Urk. 8/126 S. 12). Am Ende sei es zur Resignation und Entwicklung einer Depression gekommen. Im Jahr 2008 habe der Beschwerdeführer dann aus eigenem Antrieb auch seine Arbeitsstelle gekündigt. Mit dem Bezug von Sozialhilfe sei es zu kränkenden Unterordnungen und Anpassungen gekommen. Im Jahr 2013 sei der Beschwerdeführer in die Türkei zurückgekehrt. Im Bericht des dort behandelnden Psychiaters werde keine Diagnose gestellt; Angaben über die Art der Zusammenarbeit, die Häufigkeit der therapeutischen Sitzungen und die Kooperation würden fehlen. Es werde lediglich festgehalten, es sei angemessen, wenn der Beschwerdeführer die Medikamente ein weiteres Jahr nehme. Die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner psychischen Befindlichkeit würden an sich gut zu einer Depression passen, jedoch seien diese mit den wöchentlich drei Besuchen in der 20 Kilometer entfernten Stadt, zu welcher er mit dem Auto gelange, schlecht zu vereinbaren. Insgesamt erschienen die Angaben aggraviert (Urk. 8/126 S. 13). Die Stimmung während der Untersuchung sei aufgeräumt, der Beschwerdeführer berichte spontan im angeregten Gespräch. Von Energielosigkeit fehle jede Spur – er habe sich für die paar Tage in der Schweiz mitten ins fröhliche und lebhaft Getümmel seiner Familie geworfen, wohne mit seinen Kindern und deren Freunden (Anmerkung des Gerichts: vier Kinder und Freund der ältesten Tochter [vgl. Urk. 8/126 S. 10]) in einer kleinen Wohnung. Die beklagten Schlafstörungen seien bei dem enormen Zigarettenkonsum mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Nikotin-Entzugserscheinungen während der Nacht nach einigen Stunden Schlaf zurückzuführen. Die beklagte Vergesslichkeit und die Konzentrationsstörung hätten im Verlauf der zwei mal zwei Stunden dauernden Gespräche nicht beobachtet werden können, auch eine Ermüdung nicht. Damit könne eine depressive Symptomatik nicht diagnostiziert werden. Die Laborresultate ergäben, dass der Beschwerdeführer die angegebenen antidepressiven Medikamente mit hoher Wahrscheinlichkeit seit mindestens einigen Tagen nicht genommen habe (Fluoxetin habe eine sehr lange Halbwertszeit von über 70 Stunden). Dies stehe im Widerspruch zur Angabe, er nehme das Medikament täglich ein, auch am Untersuchungstag. Risperdal lasse sich dagegen in einer geringen Menge, weit unterhalb des therapeutischen Bereichs, nachweisen (Urk. 8/126 S. 14). Seit dem letzten Bericht aus der Schweiz im Mai 2012 habe sich das Befinden des Beschwerdeführers deutlich verbessert. Es bestehe auch eine Tendenz zur Aggravation (Urk. 8/126 S. 15). 3.2.2

Im Bericht vom 7. Januar 2016 (Urk. 8/162) des Z.____, wo sich der Beschwerdeführer vom 5. bis 28. August 2015 in (vierter) stationärer psychiatrischer Behandlung befand, wurden als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.1),

und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das bereits bekannte Tabak-Abhängigkeits syndrom (ICD-10 F17.2) aufgeführt. Der behandelnde Arzt, wiederum Dr. B.____, hielt sodann im Wesentlichen fest, der Beschwerdeführer habe in seiner Heimat nicht wieder richtig Anschluss gefunden, entsprechend sei es ihm dort auch nicht besser gegangen. Aus Sicht des Referenten erscheine es nicht unplausibel, dass die gereizt-depressive Symptomatik des Beschwerdeführers unter diesen Bedingungen persistiert und zur Aufrechterhaltung namentlich der sozialen Isolation beigetragen habe. Im Frühjahr 2015 habe sich der Beschwerdeführer dann gezwungen gesehen, in die Schweiz zurückzukehren, da die Überweisung der Invalidenrente in die Türkei aufgrund einer anstehenden Überprüfung wohl nicht mehr möglich sei. Zurück in Zürich habe sich der Beschwerdeführer dann in einer desolaten sozialen Situation wiedergefunden, sei er zu nächst obdachlos gewesen und habe dann provisorisch bei seiner Tochter unterkommen können, was sich konfliktreich gestaltet habe. Während der stationären Behandlung sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aktuell könne eine Arbeitsfähigkeit von annäherungsweise 50 % attestiert werden, tendenziell eher geringer als höher. 4. 4.1

4.1.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 19. April 2015 (E. 3.2.1) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 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).

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