

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01320 vom 15. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01320

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01320 du 15 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01320 del 15 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. Rechtsprechungsgemäss 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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen) .

E. 1.6

Sind im Revisionsverfahren die Leistungen wegen unterlassener Mitwirkung im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG aus rein formellen Gesichtspunkten eingestellt worden, so ist bei nachträglicher Erklärung der Mitwirkungsbereitschaft das Revisionsverfahren fortzuführen. Die bisher zugesprochene Rente ist ab dem Zeitpunkt, in welchem das Rentenrevisionsverfahren fortgesetzt werden konnte, bis zum Abschluss des Rentenrevisionsverfahrens weiter auszurichten (vgl. BGE 139 V 589 E. 6.3.7.2 ff.; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2015 vom 29. Februar 2016 E. 4.4; vgl. auch Randziffer [Rz] 7015 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH] vom 1. Januar 2015 in der ab 1. Januar 2017 gültigen Fassung). Von einer Neuannmeldung ist gegebenenfalls dann auszugehen, wenn die Verwaltung „auf Grund der Akten“ die vollständige Aufhebung der Invalidenrente gestützt auf Art. 43 Abs. 3 ATSG zu verfügen vermochte (vgl. BGE 139 V 590 E. 6.3.7.4 mit Hinweis).

Wird die verweigerte Mitwirkung in einem späteren Zeitpunkt erbracht, kann sich die festgelegte Sanktion – Nichteintreten, Entscheid aufgrund der Akten – nur auf diejenige Zeitspanne beziehen, während der die Mitwirkung verweigert wurde (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 103 zu Art. 43 mit Hinweisen)

zur Rechtsprechung).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 24. November 2016 Beschwerde mit folgen den Anträgen (Urk. 1 S. 2): 1. Es sei die IV-Verfügung vom 2 1. Oktober 2016 aufzuheben und es sei dem Beschwerdeführer bis April 2014 eine halbe IV-Rente und ab Mai 2014 eine ganze IV-Rente zuzusprechen . 2. Eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, ein psychiatrisches Verlaufsgut achten bei Prof. B.____ in Auftrag zu geben und gestützt auf das Gutachten den Anspruch auf eine IV-Rente zu beurteilen. 3. Subeventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, eine Potentialabklärung in die Wege zu leiten. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Gegenpartei.

In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechts vertretung (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeant wort vom 16. Januar 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 22. März 2017 angezeigt wurde (Urk. 12). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass die im Gutachten von Prof. B.____ vom 1 0. Januar 2015 gestellten (Ver dachts-)Diagnosen (Angst und depressive Störung gemischt, gegenwärtig mit tel gradig bis schwer, ICD-10 F41.2, und ein Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.3)

keine invalidisierende gesund heitliche Beeinträch tigung im Sinne von Art. 8 ATSG darstellen würden . Eben sowenig sei aufgrund des Verlaufsberichts der Klinik A.____ vom 9. Juni 2015 betreffend die Hospitalisation vom 30. April bis zum 18. Juni 2015 von einer rentenbegründenden Erheblichkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung auszugehen. Gemäss den vom Beschwerdeführer

nachgereichten medizinischen Unterlagen des Medizinischen Zentrums G.____ und der IPW gehe

es ihm zwischenzeitlich psychisch sodann eher besser. Die im Gutachten von Prof. B.____ genannte Verdachtsdiagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung habe sich nicht bestätigt. Die verbleibenden psychischen Probleme seien massgeblich durch psychosoziale Probleme verursacht worden. Überdies sei das psychische Leiden noch nicht austherapiert bzw. behandelbar. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sei dem Beschwerdeführer trotz der gesundheitlichen Probleme grundsätzlich zumutbar. Es bestehe daher kein Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass die Rentenaufhebungsverfügung vom 21. März 2014 nicht auf einer materiellen Prüfung des medizinischen und rechtlichen Sachverhalts beruhe. Seit dem 2. August 2009 stehe er in andauernder psychiatrischer Behandlung und es seien im Zeitraum von August 2009 bis April 2016 elf stationäre Klinikaufenthalte/tagesklinische Behandlungen notwendig gewesen, damit sich sein psychischer Gesundheitszustand stabilisiert und eine suizidale Handlung habe vermieden werden können. Diagnostisch werde von einer mittelgradigen depressiven Störung und akzentuierten Persönlichkeitszügen (abhängig und emotional- instabil sowie einem Abhängigkeitssyndrom) gesprochen, wobei sich die rezidivierende depressive Störung zwischen mittelschweren und schweren Episoden bewege. Die medizinischen Akten würden eine andauernde Arbeitsunfähigkeit im IV-rechtlichen Sinne belegen, und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit habe sich insofern verschlechtert, als dem Beschwerdeführer heute keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt mehr attestiert werde. Er habe die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten

optimal und nachhaltig ausgeschöpft und das psychische Leiden habe sich trotz konsequenter Therapien als resistent erwiesen. Dabei seien allfällige psychosoziale Faktoren nicht die Ursache der psychischen Krankheit, sondern deren Folge. Durch die zweimonatige tagesklinische Behandlung ab Februar 2016 sei er nun insofern stabilisiert worden, dass für die Frage der Langzeitprognose eine Potentialabklärung durch die Beschwerdegegnerin beantragt werde (Urk. 1 S. 5 ff.).

E. 3.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2014 (Urk. 7/102), mit der die Rentenzahlungen infolge unterlassener Mitwirkung des Beschwerdeführers per sofort eingestellt wurden, unangefochten in Rechtskraft erwachsen ist. Wie unter Sachverhalt E. 1.3 dargelegt, hat der Beschwerdeführer den verlangten Revisionsfragebogen am 28. April 2014 aber ausgefüllt retourniert, sich in der Folge insbesondere der Untersuchung bei Prof. B.____ vom 9. Januar 2015 unterzogen und ist seiner Mitwirkungspflicht seither damit nachgekommen. Zu prüfen ist daher zunächst, ob mit dem Einreichen des Revisionsfragebogens am 28. April 2014 das Revisionsverfahren unter Weiterausrichtung der Rente fortzusetzen ist oder ob unter Aufrechterhaltung der Renteneinstellung von einer Neuanmeldung auszugehen ist. Massgebend ist dabei, ob eine auf (rein) formalen Gesichtspunkten erfolgte Leistungseinstellung vorliegt oder ob die Aufhebung der Invalidenrente aufgrund der Akten verfügt werden konnte (vgl. E. 1.6).

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung vom 21. März 2014 damit, dass der Beschwerdeführer (nach erfolgter Mahnung) mit Brief vom 9. Dezember 2013 aufgefordert worden sei, den Fragebogen für die IV-Rentenrevision einzureichen. Ausserdem sei er auf die Folgen aufmerksam gemacht worden, wenn er diesen nicht innert der angesetzten Frist einreiche. Nachdem er den geforderten Fragebogen weiterhin nicht eingereicht habe, sei aufgrund der vorliegenden Akten zu entscheiden. Aufgrund dieser Akten könne der aktuelle Anspruch auf eine IV-Rente nicht beurteilt werden. Dazu müssten aktuelle, vor allem ärztliche Unterlagen eingeholt werden. Gemäss den Arztberichten aus dem Jahr 2012 sei prognostisch eine Verbesserung des Gesundheitszustands möglich gewesen. Die IV-Rente werde deshalb aufgehoben (Urk. 7/102).

E. 3.3

Angesichts dieser Begründung und der damals gegebenen Aktenlage ist von einer aufgrund rein formeller Gesichtspunkte erfolgten Einstellung der Rente auszugehen. Beim von der Beschwerdegegnerin im April 2014 eingeleiteten Verfahren handelt es sich somit um ein Revisionsverfahren, während dessen Dauer die bisherige halbe Rente ab dem Zeitpunkt des Eingangs des Revisionsfragebogens bei der Beschwerdegegnerin am 30. April 2014 (Urk. 7/107) weiter auszurichten ist.

E. 4.1.1

Im Rahmen der Rentenzusprache vom 29. Juli 2013 (Urk. 7/74) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgende ärztlichen Beurteilungen:

E. 4.1.2

Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im von ihm verfassten Teilgutachten der Z.____ Klinik vom 26. Oktober 2011 folgende Diagnosen (Urk. 7/36/31): (1) Status post lege artis behandelter schwerer depressiver Episode (ICD-10 F32.2) (2) aktuell allenfalls leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) (3) Temesta-Abhängigkeit (ICD-10 F13.2) Prof. Dr. med. D.____, FMH Neurologie, hielt in seinem Teilgutachten der Z.____ Klinik vom 26. Oktober 2011 folgende Diagnosen fest (Urk. 7/36/14): (1) kein ausreichender Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen (2) Sedativa- und Analgetika-Missbrauch (Temesta) (3) episodische Bewusstseinsstörungen unklarer Genese (Differentialdiagnose synkopal, iktal, toxisch) Im Rahmen der gutachterlichen Konsensbeurteilung erklärten

Dr. C.____ und Prof. D.____, dass die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit auf 50 % geschätzt werde (um 50 % reduziertes Rendement aufgrund der anfallenden Tätigkeiten als Staplerfahrer und/oder an gefährdenden Maschinen). In einer angepassten Tätigkeit (kein Führen von Gabelstaplern, keine Arbeit an gefährdenden Maschinen oder in gefährdenden Höhen) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Für die notwendige Entgiftung und Entwöhnung könne ein Zeitraum von sechs Wochen in Ansatz gebracht werden, so dass hierfür noch eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu attestieren sei (Urk. 7/36/2-3).

E. 4.1.3

Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) führte in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2012 aus, dass unter Berücksichtigung der RAD-Stellungnahmen vom 15. November 2011 und vom 4. Juni 2012 sowie analog dem psychiatrisch-neurologischen Gutachten der Z.____ Klinik vom 26. Oktober 2011 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit folgender Arbeitsunfähigkeits-Verlauf ausgewiesen sei: von Februar 2010 bis zum 5. Januar 2012 zu 50 % in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit; vom 6. Januar bis zum 17. Februar 2012 (Hospitalisation mit Benzodiazepinentzug in der Klinik A.____) zu 100 % in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit. Nach der stationären Entwöhnung und Entgiftung, die dem Beschwerdeführer als Schadenminderungspflicht auferlegt worden sei, sei im psychiatrisch-neurologischen Gutachten der Z.____ Klinik eine 100%ige Arbeitsfähigkeit prognostiziert worden. Im Austrittsbericht der Klinik A.____ vom 27. März 2012 werde aber keine prozentuale Arbeitsunfähigkeitsangabe gemacht. Eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei jedoch mit der gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gut vereinbar, so dass vom 18. Februar bis Ende Juli 2012 weiter hin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen sei. Vom 1. bis zum 10. August 2012 sei wiederum von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit auszugehen (Hospitalisation IPW). Gemäss Bericht der IPW vom 19. September 2012 sei nach Austritt aus der Klinik, also ab dem 11. August 2012 bis auf Weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Dies mit folgendem zumutbarem Ressourcen- und Belastungsprofil: zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre. Bei Weiterführung der Medikation und adäquater ambulanter psychiatrischer Nachbehandlung gehe die IPW von einem weiteren Steigerungspotential aus. Dies sollte in neun Monaten medizinisch reevaluiert werden. Falls sich die Arbeitsfähigkeit in neun Monaten wieder verschlechtert haben sollte, sei über ein Verlaufs-gutachten nachzudenken (Urk. 7/54/10).

E. 4.2.1

Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahren liegen folgende ärztlichen Beurteilungen vor:

E. 4.2.2

Prof. B.____ stellte im Gutachten vom 10. Januar 2015 als psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Angst und depressive Störung gemischt, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F41.2), und (2) einen Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3). Als psychiatrische Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.20). Prof. B.____ erklärte, dass der Beschwerdeführer in erster Ehe verheiratet gewesen sei und zwei Söhne habe (Jahrgang 2002 und 2008). Im Rahmen der Trennung von seiner Ehefrau habe sich ein psychiatrisches Leiden entwickelt. Aktuell bestünden Hinweise auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung/-akzentuierung, was im Rahmen des geplanten erneuten stationären Aufenthalts weiter abgeklärt werden sollte. Sodann bestehe aktuell ein psychisch instabiler Gesundheitszustand. Eine Beurteilung der mittel- und langfristigen Arbeitsunfähigkeit sei derzeit nicht möglich. Die Diagnosen seien unzureichend abgeklärt.

Vom Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik A.____ am 31. März 2014 wegen des zweiten Benzodiazepinentzugs bis aktuell könne von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Zuvor erachte er eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit auf der Grundlage der depressiven Störung als begründet. Aktuell sei kein Leistungsvermögen gegeben, welches für die Aufnahme einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt genüge (Urk. 7/135/52-57).

E. 4.2.3

Med. pract. F.____, Oberarzt der Klinik A.____, stellte im Verlaufsbericht vom 9. Juni 2015 folgende psychiatrischen Diagnosen und Belastungsfaktoren nach ICD-10 (Urk. 7/140/1): (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) (2) Status nach mehreren Suizidversuchen 2009 bis 2011 (Medikamente, Pulsadern aufschneiden; ICD-10 X84.9) (3) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) (4) psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (low dose) (5) ein Verdacht auf dreimalige epileptische Anfälle im Entzug 2009-2010 (6) psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2) Med. pract. F.____ gab an, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 30. April 2015 bei ihnen in Behandlung befinde. Der Eintritt sei aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik erfolgt. Dies einerseits wegen eines Konfliktes mit der (zweiten) Ehefrau, wobei er sich während des Aufenthaltes dazu entschlossen habe, die Scheidung einzureichen und dies mit Hilfe ihres Sozialdienstes auch getan habe. Andererseits habe wegen finanzieller Unstimmigkeiten ein Konflikt mit dem Sozialamt bestanden. Geplant sei eine Fortsetzung der schrittweisen Reduktion der Lorazepamdosis und der Austritt für den 18. Juni 2015 (Urk. 7/140/1-4).

E. 4.2.4

Die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums G.____ stellten im an die IPW gerichteten Bericht vom 9. November 2015 folgende Diagnosen (Urk. 7/157/1): (1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) (2) eine Störung durch Medikamente (ICD-10 F13.2) (3) eine Störung durch Tabak (ICD-10 F17.2) (4) Status nach drei Suizidversuchen (2009, 2010, X61, X78)

Die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums G.____ erklärten, dass der Beschwerdeführer und seine Ehefrau auf eine Anzeige des Sozialamts hin verhaftet und am gleichen Tag wieder freigelassen worden seien (Verdacht auf Scheinehe). Diese Ereignisse hätten die depressive Symptomatik verstärkt und einen Rückfall in den Missbrauch von Benzodiazepinen ausgelöst. Um einen erneuten Rückfall vorzubeugen und damit der Beschwerdeführer für sich eine Tagesstruktur erarbeiten könne, möchten sie ihn zur tagesklinischen Behandlung überweisen (Urk. 7/157/1-2).

E. 4.2.5

Med. pract. H.____, Oberarzt der IPW, stellte im Bericht vom 10. März 2016 (Urk. 7/162) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (1) eine Persönlichkeitsakzentuierung: emotional instabil/impulsiver Typ (ICD-10 Z73; Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung) und (2) psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom. Med. pract. H.____ gab an, dass der Beschwerdeführer

seit dem 9. Februar 2016 an einem (zweimonatigen; vgl. Urk. 1 S. 6) tagesklinischen Programm teilnehmen. Zur genaueren Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei eine potentiell abklärung durch die Beschwerdegegnerin zu empfehlen. Eine fachpsychiatrische Begutachtung könnte, nachdem der Beschwerdeführer dafür effektiv aus reichend stabilisiert sei, in der Frage über die Langzeitprognose mehr Klarheit schaffen. Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Allenfalls sei eine geschützte Arbeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt für wenige Stunden pro Tag denkbar. Eine Überforderung sollte verhindert werden.

E. 5.1

Der angefochtenen Verfügung vom 21. Oktober 2016 (Urk. 2) liegt in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das psychiatrische Gutachten von Prof. B.____ vom 10. Januar 2015 (Urk. 7/135) zugrunde, wobei die Beschwerdegegnerin hinsichtlich der Frage der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit jedoch erheblich von dessen Einschätzungen abwich.

E. 5.2

Hinsichtlich der von Prof. B.____ genannten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist zu bemerken, dass sich die verdachtsweise gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 60.3) in der Folge nicht erhärten liess, zumal med. pract. H.____ im Bericht vom 10. März 2016 betreffend die zweimonatige tagesklinische Behandlung in der IPW ab Februar 2016 lediglich eine Persönlichkeitsakzentuierung emotional-instabil/impulsiver Typ (ICD-10 Z73) als erwiesen erachtete (Urk. 7/162/1). Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind indes für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Lediglich verdachtsweise gestellte Diagnosen vermögen ferner keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen.

Bezüglich der zweiten von Prof. B.____ gestellten Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – der Angst und depressiven Störung gemischt, mittelgradig bis schwer (ICD-10 F41.2) – ist einerseits darauf hinzuweisen, dass diese Diagnose nur zu verwenden ist, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose (etwa eine leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0, oder eine generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1) rechtfertigen würde (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, Bern 2015, S. 199). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichtes ist diese Diagnose im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung denn auch ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichtes 8C_55/2014 vom 27. Februar 2014 E. 4.3 mit Hinweisen). Andererseits deutet der von Prof. B.____ erhobene Psychostatus (angespannter, ängstlicher Versicherter, gedrückte Stimmung, Interessenverarmung, ausgeprägter sozialer Rückzug, gestörte Tagesstrukturierung und Antriebsstörung, deutliche Minderung der Belastbarkeit und der Durchhaltefähigkeit und multiple somatische Symptome; vgl. Urk. 7/135/55) aber doch auf einen relativ

ausgeprägten Schweregrad der depressiven Störung hin – und damit allenfalls auch auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Vor diesem Hintergrund können aktuell daher weder die von Prof. B.____ attestierten Arbeitsunfähigkeiten (retrospektiv und im Zeitpunkt der Begutachtung im Januar 2015) noch das von der Beschwerdegegnerin behauptete Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens als ausgewiesen gelten. Es besteht vielmehr Klärungsbedarf.

E. 5.3

Im Weiteren ist dem Gutachten von Prof. B.____ zu entnehmen, dass er aufgrund des psychisch instabilen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht beurteilen konnte, ob seit der Rentenzusprache vom 29. Juli 2013 eine Verbesserung oder Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands eingetreten ist. Aus dem gleichen Grund konnte Prof. B.____ auch keine Einschätzung zur mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit abgeben (Urk. 7/135/57). Nachdem der Beschwerdeführer daraufhin sieben Wochen in der Klinik A.____ stationär behandelt worden war, zwei Monate in tagesklinischer Behandlung in der IPW gestanden (vgl. Urk. 7/140 und Urk. 7/162) und sich sein Gesundheitszustand etwas stabilisiert hatte (vgl. Urk. 1 S. 7), erfolgte jedoch keine neuerliche fachärztlich-psychiatrische (Verlaufs-)Beurteilung. Nachvollziehbare Erörterungen dazu, inwiefern seit der Rentenzusprache vom 29. Juli 2013 von einer Veränderung des psychischen Gesundheitszustands und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, liegen daher nicht vor. Zudem fehlen auch Angaben dazu, in welchem Umfang der Beschwerdeführer zwischen Januar 2015 und Oktober 2016 (Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) arbeitsfähig war. Insofern erweist sich der vorliegende Sachverhalt als unvollständig abgeklärt.

E. 5.4

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich bei der gegebenen Aktenlage nicht zuverlässig beurteilen lässt, ob sich der medizinische Sachverhalt seit der Rentenzusprache vom 29. Juli 2013 massgeblich verändert hat. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit können nicht hinreichend beurteilt werden. Weitere Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht sind deshalb unabdingbar. Eine Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, ein Verlaufsgutachten bei der letztmaligen Gutachterstelle bzw. beim letztmaligen Gutachter einzuholen, besteht nicht (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2016.01035 vom 27. März 2017 E. 6 f.).

E. 5.5

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 30. April 2014 während des Revisionsverfahrens weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente hat (vgl. E. 3.3).

Im Weiteren ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen,

damit diese den medizinischen Sachverhalt erneut in psychiatrischer Hinsicht gutachterlich abklären lässt. Die/der beizuziehende Psychiaterin resp. Psychiater hat sich dabei eingehend mit den vorhandenen Vorakten auseinanderzusetzen und im Zusammenhang mit der aktenkundigen depressiven Symptomatik insbesondere auch zu den Standardindikatoren gemäss der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgeesehenes Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom

30. November 2017) Stellung zu nehmen. Danach hat die Beschwerdegegnerin über einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung (Rente, berufliche Massnahmen) neu zu entscheiden.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 6

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
Der Gerichtsschreiber
Hurst
Kreyenbühl

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses – und nach Einsicht in die Honorarnote von Rechtsanwältin Christine Fleisch vom 15. Januar 2018 (Urk. 14) - auf Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

E. 6.3

Das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1) erweist sich daher als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. Oktober 2016 aufgehoben und festgestellt wird, dass

der Beschwerdeführer ab dem 30. April 2014 während des Revisionsverfahrens weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente hat. 2.

Im Weiteren wird die Sache an die

IV-Stelle zurückgewiesen , damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. 3.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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