

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00447 vom 6. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00447

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00447 du 6 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00447 del 6 settembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1971, bezieht seit November 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Verfügung vom 19. September 2007, Urk. 7/41).

E. 1.2

Im Januar 2008 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, eine Rentenrevision ein (Urk. 7/44), worauf sie dem Versicherten mit Mitteilung vom 26. Juni 2008 weiterhin einen Anspruch auf eine ganze Rente bescheinigte (Urk. 7/51).

E. 1.3

Nach einem im November 2009 gescheiterten Arbeitsversuch (Urk. 7/52) bat der Versicherte die IV-Stelle um Unterstützung bei der Suche einer leichten Tätigkeit für einen weiteren Arbeitsversuch (Urk. 7/52+54). Die IV-Stelle gewährte ihm daraufhin Arbeitsvermittlung (Mitteilung vom 7. Dezember 2010, Urk. 7/60) und Integrationsmassnahmen (Mitteilung vom 4. März 2011, Urk. 7/73) durch die Y.____.

E. 1.4

Im Juni 2011 leitete die IV-Stelle erneut eine Rentenrevision ein (Urk. 7/78) und holte Arztberichte (Urk. 7/80-81) sowie einen Bericht des Y.____-Beraters (Urk. 7/82) ein. Mit Verfügung vom 20. August 2012 hob sie die bisherige Rente gestützt auf die Schlussbestimmung lit. a der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 auf (Urk. 7/102). Die dagegen am hiesigen Gericht erhobene Beschwerde (Urk. 7/109/3-9) wurde mit Urteil vom 8. Januar 2013 gutgeheissen und es wurde festgestellt, dass der Versicherte weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat (Prozess IV.2012.00942; Urk. 7/127/1-10).

E. 1.5

Zwischenzeitlich verfügte die IV-Stelle am 16. Oktober 2012 die Weiterausrichtung der Invalidenrente während der Durchführung der Wiedereingliederungsmassnahmen (Urk. 7/112). Die dagegen ebenfalls beim hiesigen Gericht erhobene Beschwerde zog der Versicherte wieder zurück, weshalb der Prozess IV.2012.01194 als durch Rückzug der Beschwerde erledigt abgeschlossen wurde (Verfügung vom 23. März 2013, Urk. 7/139/1-3).

E. 1.6

Nach Eingang eines am 20. September 2014 ausgefüllten Revisionsfragebogens (Urk. 7/144/1-3) holte die IV-Stelle unter anderem beim (Z.____) ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 5. Mai 2015 erstattet wurde (Urk. 7/170). Mit Verfügung vom

25. September 2015 hob die IV-Stelle die bisher ausgerichtete ganze Rente auf (Urk. 7/182). Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/187/3-8) wurde mit Urteil vom 1. März 2016 gut geheissen und die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückgewiesen (Prozess IV.2015.01103; Urk. 7/197/1-14).

E. 1.7

Daraufhin führte die IV-Stelle weitere Abklärungen zur medizinischen (Urk. 7/217-218) und erwerblichen (Urk. 7/219) Situation durch und gab ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 18. Januar 2017 von Ärzten der A.____ erstellt wurde (Urk. 7/242). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/245; Urk. 7/248) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. März 2017 die bisherige Rente per Ende Oktober 2015 auf (Urk. 7/253 = Urk. 2).

E. 2

Der Versicherte erhob am 24. April 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. März 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin mindestens eine halbe Rente zu gewähren. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2 Ziff. I).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 2. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht. Gleichzeitig wurde er aufgefordert, ein aktuelles Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit einzureichen (Urk. 8). Mit Eingabe vom 4. Juli 2017 reichte er das ausgefüllte Formular (Urk. 11) sowie diverse Belege dazu ein (Urk. 12/1-17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die rechtlichen Grundlagen wurden im Urteil vom 1. März 2016 im Prozess IV.2015.01103

in Erwägung 1 dargelegt (Urk. 7/197/3-5). Darauf kann verwiesen werden.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die weiteren Abklärungen im Nachgang zum Urteil vom 1. März 2016 des hiesigen Sozialversicherungsgerichts hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe (S. 1 f.). Dies gehe insbesondere aus dem Gutachten der Ärzte der A.____ hervor. Bei der Rentenzusprache im Jahr 2004 sei eine schwere depressive Symptomatik im Vordergrund gestanden. Demgegenüber gehe aus dem A.____-Gutachten hervor, dass zum heutigen Zeitpunkt die depressive Problematik nicht mehr in schwerem Ausmass vorhanden sei. Diesbezüglich werde lediglich noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Die Verbesserung ergebe sich einerseits aus einem Vergleich der erhobenen objektiven Befunde sowie andererseits aus der Tagesgestaltung des Beschwerdeführers. Aufgrund des veränderten Gesundheitszustandes sei ein Revisionsgrund ausgewiesen, weshalb der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen sei (S. 2 oben).

Im A.____-Gutachten sei dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 2 Mitte).

Aus dem Gutachten gehe hervor, dass die erhobenen objektiven Befunde weitgehend unauffällig gewesen seien. Zudem verfüge der Beschwerdeführer über ein intaktes soziales

Umfeld und ein hohes Aktivitätsniveau. Diese Tatsachen würden auf zahlreiche Ressourcen hindeuten und würden im Widerspruch zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit stehen. Im Gutachten seien zudem diverse psychosoziale Faktoren sowie eine nicht nachvollziehbare Selbstlimitierung genannt worden, welche zur subjektiven Arbeitsunfähigkeit führen würden. Psychosoziale Belastungsfaktoren hätten jedoch ausser Acht zu bleiben. Schliesslich gehe aus dem Gutachten auch hervor, dass die psychiatrischen Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien, was ebenfalls gegen das Vorliegen eines psychischen Leidens spreche. Aus den genannten Gründen sei es halb von der im Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen. Auf Grund der vorliegenden Akten sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (S. 2 unten).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort ohne weitergehende Stellungnahme fest (Urk. 6).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe sich trotz der Vorbringen im Vorbescheidverfahren geweigert, die Frage der Therapieresistenz abzuklären. Damit habe sie die Grundsätze des rechtlichen Gehörs, der Begründungspflicht und den Untersuchungsgrundsatz verletzt (S. 3 Ziff. 4). Das A.____-Gutachten stelle eine andere Einschätzung des gleichen medizinischen Sachverhaltes dar. Daher sei die Rente auf der Basis der gleichen Krankheit weiterhin zu gewähren. Allenfalls sei eine Neubegutachtung durchzuführen, um die Frage der Veränderung der Depression und der Therapieresistenz zu klären (Ziff. 5 sowie S. 4 Ziff. III.1).

Es sei verfehlt, wenn die Beschwerdegegnerin weiterhin von einer überwindbaren Situation ausgehe, obwohl der Beschwerdeführer sich seit über zehn Jahren in psychiatrischer Behandlung befinde und die Depression trotz dieser Behandlung therapieresistent geblieben sei. Umso mehr dränge sich eine Abklärung der Frage der Therapieresistenz auf (S. 4 Ziff. III.2).

Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, er sei seit Jahren in der B.____ zu 50 % beschäftigt. Die Beschwerdegegnerin habe sich auch diesbezüglich geweigert, eine Abklärung vorzunehmen. Ohne Abklärung der Verhältnisse und des Einsatzes des Beschwerdeführers könne man sich kein definitives Bild machen. Daher werde beantragt, dass entweder die verantwortlichen Personen der Stiftung B.____ befragt würden oder eine Abordnung des Gerichts einen Augenschein vornehme (S. 5 Ziff. 3).

Zudem beanstandete der Beschwerdeführer, dass die Beschwerdegegnerin keinen Einkommensvergleich vorgenommen habe (Ziff. 5).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht die bisherige Rente per 31. Oktober 2015 aufgehoben hat. Insbesondere fragt sich, ob eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Dabei sind die Verhältnisse der mit Urteil vom 8. Januar 2013 (Prozess IV.2012.00942; Urk. 7/127/1-10) - bezogen auf den Zeitpunkt der Verfügung vom 20. August 2012 - erfolgten letzten materiellen Beurteilung mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2017 zu vergleichen.

E. 3

Im Urteil vom 8. Januar 2013 (Urk. 7/127/1-10) wurde unter anderem festgehalten, dass die Rentenzusprache in erster Linie aufgrund einer von den Ärzten des C.____ diagnostizierten depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode erfolgt sei. Der Beschwerdeführer habe zwar bereits damals an organisch nicht erklärbaren Schmerzen gelitten. Wie aber der Bericht vom 5. Oktober 2005 der D.____ zeige, sei beim erhobenen Befund und bei den therapeutischen Massnahmen die depressive Problematik im Vordergrund gestanden. Eine Renten aufhebung unter Anwendung der Schlussbestimmung lit. a der Änderung des IVG vom 18. März 2011 - wie es durch die damals angefochtene Verfügung vom 20. August 2012 beabsichtigt war - falle daher ausser Betracht (Erwägung 5.1).

Weiter wurde im genannten Urteil erwogen, dass ein Revisionsgrund gemäss Art. 17. Abs. 1 ATSG weder von der Beschwerdegegnerin geltend gemacht worden, noch ein solcher gestützt auf die Akten ersichtlich sei. Einerseits liege keine erhebliche Änderung der gestellten Diagnosen vor und andererseits sei dem Beschwerdeführer weiterhin von allen Ärzten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Sodann habe sich die ärztliche Einschätzung auch anlässlich der durchgeführten Eingliederungsmassnahmen bestätigt, im Rahmen derer bisher lediglich Arbeiten im geschützten Rahmen möglich gewesen seien (Erwägung 5.2).

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut anheubar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 4.1

Im Rahmen der im September 2014 eingeleiteten Rentenrevision sind den Akten die folgenden Arztberichte zu entnehmen:

PD Dr. med. E.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in einem undatierten Bericht (Urk. 7/148; letzte Kontrolle am 13. Oktober 2014, vgl.

Ziff. 3.1) einen stationären Gesundheitszustand fest (Ziff. 1.3; vgl. auch Beiblatt Urk. 11/148/5). Als Diagnose nannte er ein posttraumatisches Syndrom bei Status nach Autounfall im Jahr 2003 und bei einer depressiven Entwicklung (Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer könne in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit vier Stunden täglich arbeiten (Ziff. 2.1).

E. 4.2

Nach Angaben von Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, besteht aufgrund der chronischen Hepatitis B keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (undatiertes Bericht, Urk. 11/158/1- 4). Aus seinem Bericht vom 21. Mai 2014 geht hervor, dass das Schmerzsyndrom im Vordergrund stehe (Urk. 7/158/5-6).

E. 4.3

Med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, H.____, gab im Bericht vom 11. November 2014 (Urk. 7/159) an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Ziff. 1.1). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit sich wiederholenden Schwankungen in den schwer depressiven Bereich - zervikospondylogenes Syndrom links und lumbospondylogenes Syndrom rechts (Somatik)

Med. pract. G.____ führte aus, es handle sich um ein chronisches, weitgehend unbeeinflussbares Krankheitsbild. Nach dem bisherigen Verlauf sei nicht davon auszugehen, dass sich deutliche Verbesserungen erreichen lassen würden. Mit den aktuellen Anforderungen am geschützten Arbeitsplatz sei der Beschwerdeführer an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit (Ziff. 3.3). Seines Wissens könne der Beschwerdeführer in sehr langsamem Tempo einfache Gegenstände sortieren. Die Arbeitsleistung sei sehr langsam und er müsse die Arbeit immer wieder unterbrechen. Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe keine verwertbare Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1).

Zur gegenwärtigen Therapie fügte med. pract. G.____ an, es würden regelmässig Gespräche stattfinden. Im Jahr 2013 habe es acht vereinbarte Termine gegeben und im Jahr 2014 seien bisher sieben vereinbart worden (Ziff. 3.1). Aufgrund der schweren Lebererkrankung würden keine Medikamente abgeben (Ziff. 3.2).

E. 4.4

Dem am 5. Mai 2015 erstatteten Z.____-Gutachten (Urk. 7/170) sind folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 78 Ziff. 6.1): - mittelgradige depressive Störung im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) - kombinierte akzentuierte Persönlichkeitszüge mit selbstunsicheren, emotional instabilen, narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 Z73.1) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Ziff. 6.2): - nicht näher spezifizierbare rezidivierend-chronifizierte zervikovertebrale und lumbovertebrale Missempfindungen ohne klinisches oder radiologisches Korrelat - differentialdiagnostisch: im Rahmen einer Somatisierungsstörung mit Schmerzverarbeitungsstörung, unauffällige Untersuchung des Bewegungsapparates - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - differentialdiagnostisch: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Der psychiatrische Gutachter führte aus, beim Beschwerdeführer stehe - nebst einer rezidivierenden depressiven Störung und den akzentuierten Persönlichkeitszügen - seit Jahren ein chronifiziertes subjektives Schmerzsyndrom im Vordergrund. Aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen körperlichen Schmerzen und Missempfindungen und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat sei gemäss den ICD-10-Kriterien am ehesten von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung auszugehen. Differentialdiagnostisch könne eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erwogen werden. Beide Diagnosen würden gemäss dem ICD-10-Katalog zu den sogenannten somatoformen Störungen gehören und würden im Hinblick auf die versicherungsmedizinische Beurteilung und aufgrund der aktuellen Rechtsprechung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Es handle sich somit um einen rein akademischen Diskurs (S. 70 unten). Im Falle des Beschwerdeführers seien aus psychiatrischer Sicht insbesondere aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung und der akzentuierten Persönlichkeitszüge mit

fremdaggressivem Verhalten besondere Hinweise vorhan den, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen würden , insbesondere durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung interpsychischer Konflikte. Die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv mittelgradig einzustufen. Es könne von einer verminderten tatsächlichen Überwindbarkeit der subjektiv erlebten Defizite aus rein medizinischer Sicht ausgegangen werden (S. 71 f.). Die Untersuchung habe aber auch bestehende Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden sowie Diskrepanzen zwischen massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation gezeigt (S. 72 unten). Aus gesamtgutachterlicher Sicht sei der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache im Jahr 2004 stationär. Die Behandler würden dem Beschwerdeführer seit der Rentenzusprache eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Dies sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht nachvollziehbar. Es handle sich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (S. 88 oben). Aus Sicht der Gutachter sei dem Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser sowie in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Die 50%ige Einschränkung sei auf das psychiatrische Leiden zurückzuführen (S. 88 Ziff. 7.6 f.).

E. 4.5

Mit undatiertem Bericht (Urk. 7/217; letzte Kontrolle am 14. Juli 2016, vgl.

Ziff. 1.2) nannte PD Dr. E.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Autounfall vom 1. Dezember 2003 mit einer anschliessenden schweren psychoreaktiven Störung (Ziff. 1.1). Aufgrund der Schmerzen (Rücken, Nacken, Kopf und Schultern), der Depression sowie der Parästhesien im rechten Bein (unleserlich) sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit seit November 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Im geschützten Rahmen sei ihm eine angepasste Tätigkeit täglich vier Stunden zumutbar (Ziff. 1.6 f.).

E. 4.6

Med. pract. G.____ hielt im Bericht vom 29. Juli 2016 (Urk. 7/218) eine anhaltende depressive Störung mit mittelgradigen bis schweren Episoden (ICD 10 F32.1, F32.2) sowie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) fest (Ziff. 1.1 oben). Er führte aus, der Beschwerdeführer berichte seit Jahren über schwere Schmerzen. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung halte er aber für unsicher. Es gebe keine Erkenntnisse über eine gestörte Schmerzverarbeitung, über Aggravationstendenzen oder sonstige erschwerende Faktoren. Der Beschwerdeführer habe wiederholt versucht, die Schmerzen zu überwinden und Probearbeiten auszuführen. Dies sei nicht erfolgreich gewesen. Es sei davon auszugehen, dass eine somatische Ursache für die Schmerzen vorhanden sein müsse (Ziff. 1.1 unten).

Bereits frühzeitig im Verlauf der Erkrankung seien depressive Symptome aufgetreten. Die Symptome seien anhaltend immer vorhanden und hätten im Verlauf im Ausmass zugenommen (S. 3 oben).

Seit dem letzten Bericht im Oktober (richtig: November) 2014 (vgl. vorstehend E. 4.3) habe es keine grosse Veränderung gegeben. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz bei der Firma B.____ tätig (Ziff. 1.4).

Die Behandlung der Depression mit stärkerer Medikation sei wegen einer bestehenden Lebererkrankung nicht möglich (S. 4 Mitte).

Zur gegenwärtigen Therapie führte med. pract. G.____ aus, es würden regelmässige Einzelgespräche stattfinden. Im Jahr 2015 seien insgesamt elf Termine vereinbart worden, wobei der Beschwerdeführer sehr zuverlässig sei und Termine fast nie ausfallen würden (Ziff. 1.5).

Es würden Einschränkungen aufgrund der Konzentrationsprobleme, durch Grübeln und Verlangsamung, durch Gedächtnisprobleme, durch reduzierte Stimmung und deutlich reduzierten Antrieb bestehen. Möglich seien nur sehr langsame, einfache Aktivitäten mit der Möglichkeit zu regelmässigen Pausen. Eine geschützte Tätigkeit sei zu 50 % zumutbar (Ziff. 1.7). In der bisherigen Tätigkeit als Gipser sei er zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

E. 4.7.1

Am 18. Januar 2017 erstatteten Ärzte der A.____ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/242).

Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (S. 61 ff. Ziff. 6; S. 73 Mitte).

E. 4.7.2

Der orthopädische Befund habe bis auf eine endgradig schmerzhaft bewegliche bei freiem Bewegungsausmass der Halswirbelsäule (HWS), schmerzhaft myogelose in der Trapeziusmuskulatur und endgradig schmerzhafter Inklination der Lendenwirbelsäule (LWS) keine Pathologien aufgewiesen (S. 71 f.). Der röntgenologische Befund sei altersentsprechend. Aus orthopädischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (S. 72 oben).

E. 4.7.3

Aus psychiatrischer Sicht stünden die geschilderten und gezeigten Schmerzen sowie eine depressive Symptomatik im Vordergrund. Daneben zeige der Beschwerdeführer vereinzelt histrionische Anteile, indem er mehrmals im Gespräch zu schluchzen beginne. Ebenfalls zeige sich im Gespräch, dass er die Tendenz habe, sich gekränkt zu fühlen und dann auch mit einer Zunahme der Symptome und ablehnender Haltung reagiere.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine sehr komplexe Situation, die sich auch in den Akten niederschläge. Man sei sich nicht einig und sehe den Sachverhalt aus verschiedenen Blickwinkeln. Hinzu komme auch die Frage nach der somatischen Erkrankung, insbesondere der Schmerzproblematik. Aufgrund der interdisziplinären Besprechung sei einerseits darauf hinzuweisen, dass die gezeigten Schmerzen orthopädisch nicht erklärbar seien. Andererseits müsse darauf hingewiesen werden, dass die Behandlung der Hepatitis B mit Sebivo als Nebenwirkungen Myalgien und Schmerzzustände verursachen könne (S. 72 Mitte).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass die Schmerzen der Ausdruck einer depressiven Symptomatik seien. Aus seinem kulturellen Verständnis sei eine psychische Krankheit schwer akzeptierbar und es sei für ihn einfacher, unter Schmerzen zu leiden, was aus seiner Sicht akzeptabler sei. Somit sei bei den Schmerzen nicht von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen, sondern diese seien ein Symptom der depressiven Symptomatik. Überlagert werde die depressive Symptomatik aber von einer

Persönlichkeitsstruktur, wie sie bereits im letzten Gutachten im Sinne einer narzisstischen, aber auch histrionischen Komponente beschrieben worden sei. Der Beschwerdeführer sei schnell gekränkt, reagiere dann auch mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik, die oft als depressive Problematik verstanden werde. Es handle sich aber um einen vorübergehenden, nicht länger anhaltenden Zustand, der nach einiger Zeit wieder verschwinde, sobald er nicht mehr der Kränkung ausgesetzt sei (S. 72 unten).

Im Sinne einer Funktionseinschränkung sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht im Rahmen der Gesundheitsschädigung weniger belastbar und verlangsamt. Er sei in sämtlichen Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig (S. 72 f.; S. 60 f. Ziff. 5.4.1). Er sei in der Lage, eine einfache, wenig anspruchsvolle Tätigkeit auszuführen (Spezifikation der adaptierten Tätigkeit; S. 61 Ziff. 5.4.6).

Zur Konsistenz führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe während des Untersuchungsgesprächs nicht stark schmerzgeplagt gewirkt. Er stehe zwar auf, lehne sich an die Wand, wirke dabei aber nicht wesentlich eingeschränkt. Auffallend sei sein histrionisches Verhalten, da er manchmal bei schwierigen Themen einfach zu schluchzen beginne, anschliessend aber wieder damit aufhöre, insbesondere auch wenn er darauf angesprochen werde (S. 73 Mitte).

E. 4.7.4

Aus gesamtgutachterlicher Sicht nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 68 Ziff. 7.1.1; ICD-10-Bezeichnung vgl. S. 60 Ziff. 5.5.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0) Im Rahmen der Persönlichkeitsstörung könne es immer wieder zu Kränkungen kommen, anlässlich welcher die depressive Symptomatik kurz verstärkt werden könne.

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie Folgendes (Ziff. 7.1.2): - rezidivierend-chronifizierte zervikovertebrale und lumbovertebrale Schmerzen ohne klinisches oder radiologisches Korrelat - mässige Stammadipositas (BMI 29.1 kg/m²) - chronische B-Hepatitis unter Telbivudin-Therapie, zurzeit inaktiv

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe aufgrund der psychiatrisch bedingten Einschränkungen für die zuletzt durchgeführte sowie jede andere Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Von diesem Arbeitsfähigkeitsgrad sei seit der letzten interdisziplinären Begutachtung auszugehen (S. 74 Ziff. 8.2.1). Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz müsse die berufliche Eingliederung langsam vorangetrieben werden (Ziff. 8.2.2).

E. 5.1

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) ist kein stationärer Gesundheitszustand ausgewiesen, sondern es ist aufgrund der Aktenlage von einer gesundheitlichen Veränderung auszugehen.

Anlässlich der Rentenzusprache lag beim Beschwerdeführer noch eine depressive Problematik schweren Ausmasses vor (vorstehend E. 3). Aktuell ist gestützt auf die beiden Berichte des behandelnden Psychiaters med. pract. G.____ (vorstehend E. 4.3 und 4.6), das Z.____-Gutachten (vorstehend E. 4.4) sowie das A.____-Gutachten (vorstehend E. 4.7.4) von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen. Für eine Verbesserung der

depressiven Störung spricht schliesslich auch die zwischenzeitlich mögliche Tagesgestaltung des Beschwerdeführers: So ist er täglich halbtags arbeitstätig, wenn auch in geschütztem Rahmen. Sodann gehe er nach eigenen Angaben jeweils nach dem Mittagessen spazieren, erledige kleinere Einkäufe selbständig und treffe manchmal seine Geschwister zum kurzen Kaffeetrinken unter der Woche oder am Wochenende zum längeren Besuch. Weiter besuche er jeweils am Freitag die Moschee (Urk. 7/242/51 Ziff. 5.2.1). Eine derartige Tagesgestaltung ist mit der Diagnose einer schweren depressiven Erkrankung nicht vereinbar.

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Der Beschwerdeführer ist seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung und nimmt die Termine regelmässig monatlich wahr. Eine Verbesserung konnte bis her insofern erzielt werden, als die depressive Problematik nicht mehr in schwerem Ausmass vorliegt. In mittelschwerem Ausmass besteht sie jedoch seit mehreren Jahren unverändert, und dies trotz konsequent verfolgter Therapie, welche aufgrund der chronischen Lebererkrankung (chronische Hepatitis B) in den Behandlungsmöglichkeiten in medikamentöser Hinsicht eingeschränkt ist (vgl. zum Ganzen vorstehend E. 4.6 sowie A.____-Gutachten Urk. 7/242/59 Mitte). Folglich ist bezüglich der mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung bis zum aktuellen Zeitpunkt eine Therapieresistenz ausgewiesen.

Im Übrigen wiesen die A.____-Gutachter auf eine antidepressive Differentialtherapie bei Patienten mit Lebererkrankungen hin (vgl. Urk. 7/242/59 Mitte). Sofern diese Differentialtherapie dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht allerdings zumutbar wäre, könnte er im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht dazu aufgefordert werden, sich einer solchen Therapie zu unterziehen.

E. 5.2.1

Gegenüber dem psychiatrischen A.____-Gutachter gab der Beschwerdeführer an, er habe Rückenbeschwerden im unteren Bereich, die wie Stiche eines Messers seien. Der Stich fahre ins rechte Bein bis zu den Zehen hinunter. Er habe auch Schmerzen in der linken Schulter und oft einen Reflux der Magensäure. Er habe Depressionen wegen der Schmerzen. Er sei vermehrt aggressiv, mache sich Sorgen und habe auch schon Gedanken gehabt, vor den Zug zu gehen. Die Schmerzen würden ihn nervös machen. Es störe ihn jede Kleinigkeit. Dann bekomme er Angst und könne weniger gut atmen (Urk. 7/242/51 Ziff. 5.2.1). Bereits aus dieser subjektiven Beschwerdeschilderung ist ersichtlich, dass nicht mehr allein die depressive Problematik im Fokus steht, sondern daneben auch die Schmerzproblematik in den Vordergrund gerückt ist.

Die A.____-Gutachter wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es sich vorliegend in psychiatrischer Hinsicht um eine komplexe Situation handelt. Insbesondere im Hinblick auf die Schmerzproblematik sei man sich nicht einig in den medizinischen Akten.

Die Schmerzen sind zwar im Vergleich zur Situation bei der Rentenzusprache zwischenzeitlich mehr in den Vordergrund gerückt. Die A.____-Gutachter erklärten dies jedoch mit einem anderen kulturellen Verständnis des Beschwerdeführers hinsichtlich psychischer Erkrankung: So sei es für ihn akzeptabler, an Schmerzen zu leiden und nicht an einer depressiven Symptomatik. Die Schmerzen seien vorliegend ein Symptom der

depressiven Erkrankung (vorstehend E. 4.7.3). Sodann hielt auch der behandelnde Psychiater med. pract. G.____ fest, er halte die Diagnose somatoforme Schmerzstörung für unsicher (vorstehend E. 4.6). Dass vorliegend die Schmerzproblematik im Vergleich zur Situation bei der Rentenzusprache vermehrt in den Vordergrund gerückt ist, lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht von der Hand weisen (vorstehend E. 4.1 ff.).

E. 5.2.2

In beiden Gutachten - sowohl jenem des Z.____ als auch jenem der A.____ - wurde aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert. Im Urteil vom 1. März 2016 des hiesigen Gerichts wurde zum Z.____-Gutachten ausgeführt, es sei nicht auszuschliessen, dass aus medizinischer Sicht aufgrund der Schmerzproblematik eine Einschränkung als gegeben erachtet worden sei, diese jedoch möglicherweise aufgrund von zu Unrecht berücksichtigten zwischen zeitlich überholten - juristischen Aspekten bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht miteinbezogen wurde (Erwägung 5.5; Urk. 7/197/12-13). Nun liegt mit dem A.____-Gutachten eine neue Beurteilung vor, welche die Schmerzen als Symptom der depressiven Störung beurteilt. Sämtliche Ärzte sind sich einig, dass nach aktuellem Kenntnisstand keine somatische Ursache für die Schmerzen vorhanden ist - wobei die A.____-Gutachter auf die Möglichkeit hinwiesen, dass die medikamentöse Behandlung der beim Beschwerdeführer vorliegenden Hepatitis B als Nebenwirkung Schmerzzustände verursachen könne. Ob die medikamentöse Behandlung dafür (alleine) verantwortlich ist oder nicht, spielt letztendlich jedoch keine Rolle, da die Schmerzen jedenfalls auch von den A.____-Gutachtern in die Gesamtbeurteilung miteinbezogen wurden. Da keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde, erübrigt sich auch die Erhebung der Schmerzindikatoren.

E. 5.3

Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermesensfrei erfolgen und eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_945/200)

E. 5.4.1

Allerdings diagnostizierten die A.____-Gutachter erstmals eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Bisher wurden allenfalls akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert (vgl. vorstehend E. 4.4 sowie Gutachten des C.____, vom 24. April 2007; Urk. 7/27/25). Im A.____-Gutachten findet sich jedoch keine Herleitung zur Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag eine akzentuierte Persönlichkeit, wie sie unter anderem von den Z.____-Gutachtern festgestellt wurde, keinen rechtserheblichen

Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. SVR 2012 IV Nr. 52 S. 188 E. 3, 9C_537/2011, oder Urteil 8C_897/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.9).

Im Zusammenhang mit der im A.____ -Gutachten erstmals diagnostizierten kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Diagnosestellung über 45 Jahre alt war. In Bezug auf Persönlichkeitsstörungen umschreiben die diagnostischen Leitlinien eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betreffen. Das deutlich auffällige und tief greifende Verhaltensmuster muss andauernd und gleichförmig, nicht auf Episoden psychischer Krankheiten begrenzt sein und in vielen persönlichen und sozialen Situationen als eindeutig unpassend in Erscheinung treten. Die Störungen beginnen immer in der Kindheit oder Jugend und manifestieren sich auf Dauer im Erwachsenenalter (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage 2015, S. 276 f. und S.

284).

E. 5.4.2

Ob der Gutachter ein derart gestörtes, unpassendes, tiefgreifendes andauernd und gleichförmig vorhandenes Verhaltensmuster, beginnend in der Kindheit oder Jugend, anlässlich der eine Stunde und 40 Minuten dauernden Exploration (vgl. Urk. 7/242/51 Ziff. 5.1) zu erheben vermochte, ist fraglich. Dies insbesondere deswegen, da sich hierfür aus der von ihm erhobenen Anamnese (vgl. Urk. 7/242/52-53 Ziff. 5.2.2 f.) sowie aufgrund der übrigen Akten keine Anhaltspunkte ergeben. Im Gutachten fehlt eine Herleitung der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Es wird einzig Folgendes ausgeführt (Urk. 7/242/58 Ziff. 5.4.3): „(...) Überlagert wird aber die depressive Symptomatik von einer Persönlichkeitsstruktur, wie sie bereits im letzten Gutachten im Sinne einer narzisstischen, aber auch histrionischen Komponente, beschrieben wird. Der Versicherte ist schnell gekränkt, reagiert dann auch mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik, die oft als depressive Problematik verstanden wird. Es handelt sich aber um einen vorübergehenden, nicht länger anhaltenden Zustand, der nach einiger Zeit wieder verschwindet, sobald der Versicherte nicht mehr der Kränkung ausgesetzt ist. (...) In der biographischen Persönlichkeitsentwicklung zeigt sich ein einfach strukturierter Mann, der in die Schweiz emigrierte, sich vom Hilfsgipser zum Gipser emporarbeitete und durch den Unfall in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war und sein Lebensziel verschwinden sah. Da er sich von aussen nicht wahrgenommen fühlte, verstärkte sich die Symptomatik, um zu beweisen, dass er schwer krank und nicht mehr in der Lage ist, zu arbeiten.“

In diesen Ausführungen sowie im restlichen psychiatrischen Teilgutachten findet sich jedoch keine Pathologie, die auf eine Persönlichkeitsstörung gemäss den klinisch diagnostischen Leitlinien (vgl. vorstehend E. 5.2.4) schliessen lässt und die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stützen würde. Auf diese Problematik wies auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) mit Stellungnahme vom 23. Januar 2017 hin (Urk. 7/243/5-7).

E. 5.5

Wie dargelegt, hat sich vorliegend der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert, indem nicht mehr eine schwere, sondern eine mittelgradige depressive Störung (im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung) vorliegt.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, ein zig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesener massen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E.

E. 5.6

Soweit der behandelnde Psychiater med. pract. G.____ dem Beschwerdeführer in Abweichung beider gutachterlichen Einschätzungen eine 100%ige Arbeits unfähigkeit attestierte, ist diese Beurteilung aufgrund der Erfahrungstatsache zu relativieren, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche 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. 5.7

Zusammenfassend ist aufgrund der vorliegenden Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gesundheitliche Verbesserung ausgewiesen und ins besondere gestützt auf die beiden Gutachten der Ärzte des Z.____ sowie der A.____ - von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischer Sicht auszugehen. 6. 6.1

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Auf gabenbereich zu betätigen oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder des Hilfebedarfs die anspruchs beeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen wer den kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berück sichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu not wendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E.

3c/aa mit Hinweisen). 6.2

Aufgrund der Beurteilung der A.____-Gutachter ist dem Beschwerdeführer sowohl seine angestammte Tätigkeit als Gipser wie auch jede andere Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Da er keine Berufsausbildung absolviert hat (vgl. Urk. 7/1/4 Ziff. 6.2) wäre ohnehin sowohl in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit von Hilfstätigkeiten auszugehen. Daher brauchen vor liegend weder das Validen- noch das Invalideneinkommen genau beziffert zu werden. Es kann ein Prozentvergleich erfolgen (Prozentvergleich , BGE 114 V 313 E. 3a, 107 V 22, 104 V 136 E. 2a und b) , woraus ein Invaliditätsgrad von 50 % resultiert.

Die gesundheitliche Verbesserung wurde bereits im vorangegangenen Urteil vom 1. März 2016 festgehalten und von einer solchen ist spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (11. und 26. März 2015; Urk. 7/170/1) beim Z.____ auszugehen. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vorstehend E. 6.1) hat der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2015 Anspruch auf eine halbe Rente, was zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung und zur teilweisen Gut heissung der Beschwerde führt. 7. 7.1

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend erweist sich der Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. I.2) als gegenstandslos. 7.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungseleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.3

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

In Anwendung obiger Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 2'700.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und ausgangs gemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. März 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass

der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2015 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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, zuzustellen.

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

E. 9

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

Dass die durch die Z.____-Gutachter, den behandelnden Psychiater med. pract. G.____ und die A.____-Gutachter gestellten Diagnosen - unter anderem bezüglich der Schmerzproblematik - nicht einheitlich ausfielen, ist mit Blick auf den genannten Interpretationsspielraum somit nicht ungewöhnlich.

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