

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00587 vom 1. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00587](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00587)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00587 du 1 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00587 del 1 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ) . Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des

Bundesgesetz es 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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 psy chischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 1 8. 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vor aus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der

Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ( BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerde gegen ihre rentenaufhebende Verfügung vom 5. April 2017 (Urk. 2) damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe, sodass nur noch von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur sowie in jeglicher angepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mehr genannt werden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die depressive Störung sei remittiert. Die noch vorhandene Einschränkung von 20 % begründe sich aufgrund der chronischen Kopfschmerzen.

Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 20 %. Der Beschwerdeführer sei seit der Trennung der Ehefrau und bei fehlender Integration mit den alltäglichen Dingen des Lebens überfordert. Dabei handle es sich um psychosoziale Faktoren, welche bei der Beurteilung des Invaliditätsgrades nicht berücksichtigt werden könnten. Da die bisherige Tätigkeit aus gutachterlicher Sicht einer angepassten Tätigkeit entspreche, werde am Einkommensvergleich festgehalten. Ein leidensbedingter Abzug sei nicht begründet (S. 2 ). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vom 22. Mai 2017 (Urk. 1) vor, es fehle an einem Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG, da keine Veränderung des Gesundheitszustandes vorliege (S. 9 f.). Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht rechtsgenügend nachgewiesen. Eine Aggravation sei nicht gegeben

(S. 10). Zudem sei das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ – aus näher dargelegten Gründen – unverwertbar (S. 12 f.). 2.3

Umstritten ist vorliegend, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer sich auf die Invalidenrente auswirkenden Weise verbessert hat und falls ja, ob er immer noch Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung der anspruchserheblichen Veränderung bildet die Verfügung vom 19. November 2009, mit welcher dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2009 eine ganze Rente zugesprochen worden war (Urk. 8/42, Urk.

8/48). 3. 3.1

Die Verfügung vom 19. November 2009

## **E. 5**

April 2017 (Urk. 2) auf S. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 22. Mai 2017 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 5. April 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm auch weiterhin eine ganze Rente beziehungsweise eine Rente nach Gesetz zu gewähren; eventualiter sei durch das Gericht eine unabhängige Begutachtung – insbesondere unter Einbezug eines Psychiaters – zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes in Auftrag zu geben; subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese zu verpflichten, eine unabhängige verwaltungsexterne medizinische Begutachtung zur Klärung des medizinischen Sachverhaltes durchzuführen (S. 2). Zudem beantragte er, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen sowie Rechtsanwalt Martin Hablützel, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (S. 3).

Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30.

Juni 2017 (Urk. 7) Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer

mit Verfügung vom

22. August 2017

### **E. 5.1**

Das psychiatrische Gutachten von Dr.

A.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2016 (E. 4.3) mit Ergänzung vom 30. August 2016 (E. 4.5) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen – was bei einer psychiatrischen klinischen Untersuchung eine Anamneseerhebung (durch Dr. A.\_\_\_\_

nach Angaben des Beschwerdeführers und gestützt auf die Akten; vgl. Urk. 8/93 S. 3 f. und Urk. 8/113 S. 1), Symptomfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urk. 8/93 S. 9-11) umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2) - und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet; so zeigte der Gutachter insbesondere auf, weshalb er die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ nicht teilte (vgl.

Urk. 8/ 93 S. 2 f. , S. 7-9 und S. 13 f. und insbesondere Urk. 8/113 S. 2-4 ) .

Der Gutachter berücksichtigt e die g eklagten Beschwerden (vgl. Urk. 8/ 93 S. 5-7 ) und setzt e sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwer deführers auseinander , indem er insbesondere den Widerspruch zwischen de ssen

subjektiven Empfinden und dem objektivierbaren Befund herausstrich (vgl. Urk.

8 /93

S. 10, S. 14-17 und Urk. 8/113 S. 6 ). D r. A.\_\_\_\_ hat die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und seine Schlussfol ge rungen nachvollziehbar begründet.

So kam er mit überzeugend er Begründung

zum Schluss, dass eine (bewusst seins nahe) Aggravation vorhanden sei ,

und erläuterte eingehend, dass die ICD-10-Kri t erien für die Diagnose einer depressiven Episode nicht mehr erfüllt seien. Er hielt diesbezüglich fest, dass der Beschwerdeführer zwar selbst sehr viele der Symptome einer Depression genannt habe, aber objektiv kein e s der Symptome in ausreichender Schwere r espektive Länge beste he (vgl. E. 4.3 ). Unter anderem führte er dafür einen «Montgomery and

Asberg Depression Rating Scale »-Test ( MADRS -Test) durch , bei welchem der Beschwerdeführer mit einem Summenwert von 11 Punkten abschnitt, sodass ein depressives Syndrom nicht objektiviert werden konnte (vgl. Urk. 8/93 S. 11). Dazu führte er aus, dass die objektivierbaren psychopathologischen Befunde anlässlich der Untersuchung gering ausgeprägt gewesen seien, während er eine massgebliche Verdeutlichungstendenz ausmachte und diese mit dem theatralischen, narzisstischen dominanten und sthenischen Verhalten des Beschwerdeführers einleuchtend begründete (Urk. 8/93/14). In Anbetracht der erwähnten massgeblichen Inkonsistenzen leuchtet ein, dass er die weitgehend als subjektiv gefassten Beschwerden einer Dysthymia und nicht einem eigentlichen depressiven Krankheitsbild zuordnete (Urk. 8/93/15).

## **E. 5.2**

Dagegen vermögen die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen nicht zu überzeugen, wobei auf die Beurteilung von Dr. I.\_\_\_\_ mangels dessen fach ärztlicher Qualifikation nicht weiter einzugehen ist.

Soweit die Behandler ein schweres depressives Geschehen diagnostizierten, ist festzuhalten, dass Dr. G.\_\_\_\_ diese Diagnose nicht weiter begründete und insofern einfach auf die objektiven Befunde verwies (Urk. 8/109/4), was nicht zu genügen vermag. Er erläuterte auch nicht, weshalb er zunächst von einer mittelgradigen (vorstehend E. 4.2) und später von einer schweren depressiven Episode ausging (vorstehend E. 4.6.). Es ist auch nicht ersichtlich, weshalb er - trotz langjähriger Behandlung (vorstehend E. 3.3) - erst im Rahmen der Kritik am Gutachten erstmals psychotische Symptome erwähnte, die beim Gutachter jedoch nicht angegeben worden waren (Urk. 8/93/4-7). Dr. G.\_\_\_\_ lässt dies bezüglich auch eine Auseinandersetzung mit der Möglichkeit von benzodia ze pininduzierten Erscheinungen (da die psychotischen Symptome nach der Neu einstellung im Home Treatment regredierte; vgl. Urk. 8/123/4) beziehungsweise mit Verdeutlichungstendenzen des Beschwerdeführers vollständig vermissen. Fraglich bleibt schliesslich, wie der Beschwerdeführer mit einer solch schweren Störung - wie sie der

behandelnde Psychiater fasst - seine Aktivitäten am geschützten Arbeitsplatz unverändert fortgesetzt haben soll (vgl. dazu die dies bezüglichen Angaben im Gutachten Urk. 8/93/7).

Die Fachärzte der J.\_\_\_\_ übernahmen im Bericht vom 15. Juli 2016 unbesehen die Zuweisungsdiagnose von Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 8/109/7), sodass ihrer Diagnose keine eigenständige Bedeutung beizumessen ist. Das Gleiche gilt für den J.\_\_\_\_ -Bericht vom 26. Oktober 2016, der in Bezug auf die dort genannten Diagnosen keine Begründung enthält (Urk. 8/123). Diesem Behandlungsbericht ist sodann zu entnehmen, dass unter dem «Home Treatment» eine Stimmungsaufhellung eingetreten und - nach Änderung der Medikation - keine Halluzinationen und Orientierungsstörungen mehr aufgetreten sind, was jedoch keinen Niederschlag in der ärztlichen Diagnosen gefunden hat.

### **E. 5.3**

Hinsichtlich der von Dr. G.\_\_\_\_ postulierten (und im J.\_\_\_\_ -Bericht lediglich aktenanamnestisch bestätigten) posttraumatischen Belastungsstörung wies Dr. A.\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass diese Diagnose (ICD-10 F43.1) ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses voraussetzt ( Dilling / Mombour /Schmid [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 207 f., vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.1 und E. 5.2.2).

Dr. G.\_\_\_\_ weist unspezifisch auf die Flucht der Familie und die in diesem Zusammenhang erlebten Repressalien hin, ohne konkrete Vorkommnisse, welche die diagnostischen Voraussetzungen erfüllen, zu bezeichnen (Urk. 8/109, Urk. 8/119). Wenn auch die vom Beschwerdeführer durchlebten Geschehnisse belastend gewesen sein mögen, kann nicht allein gestützt auf die vagen Ausführungen seines behandelnden Arztes zur Situation im Heimatland und zur Flucht ein Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses als erstellt erachtet werden. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer anamnestisch dazu keine Angaben machte; weder die Z.\_\_\_\_ -Gutachter noch Dr. A.\_\_\_\_ erhoben - trotz Kenntnis der Vorakten und des Migrationshintergrundes (Urk. 8/93/4) - im Zusammenhang mit den lange zurückliegenden Vorkommnissen (der Beschwerdeführer reiste 1994 in die Schweiz ein; Urk. 8/2/1) einschlägige Befunde und der Beschwerdeführer hat auch nicht über entsprechende Störungen geklagt. Vielmehr erklärte er gegenüber Dr. A.\_\_\_\_, bis 2005 seien sein Gesundheitszustand und sein Wohlbefinden «tipp-topp und problemlos» gewesen (Urk. 8/93/5), was nicht auf eine posttraumatische Belastungsstörung hindeutet.

Angesichts der nicht ersichtlichen aussergewöhnlichen, lebensbedrohenden Erfahrung vermag auch die von Dr.

G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach extremer Belastung (ICD-10 F62.0) nicht zu überzeugen.

Die Berichte der behandelnden Ärzte sind demnach nicht geeignet, Zweifel am Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ aufkommen zu lassen. 5.4

Der Beschwerdeführer bemängelte das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

in verschiedener Hinsicht. Entgegen seiner Ansicht (vgl. Urk. 1 S. 13) war es Dr. A.\_\_\_\_ bewusst, dass er

an einem geschützten Arbeitsplatz tätig ist . Zudem ist hinsichtlich des Vorwurfs einer mangelnden Abklärung beim Arbeitgeber darauf hinzuweisen, dass die medizinische Einschätzung massgeblich ist und

Dr. A.\_\_\_\_

denn auch sehr wohl über die Art der Tätigkeit des Beschwerdeführers – Besteck sortieren - am Flughafen im Bilde war (vgl. Urk. 8/93 S. 4 und E. 4.5 ) . D i e Rüge , Dr. A.\_\_\_\_ habe die geklagten Beschwerden weder genügend berücksichtigt, diskutiert, noch gewürdigt , ist – wie bereits dargelegt - nicht zutreffend (Urk. 1 S. 14 und E. 5.1 ) .

Bezüglich der Kritik, das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ entspreche nicht den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ( Urk. 1 S. 15-17) , ist darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor schreiben . Ein Gutachten verliert rechtsprechungsgemäss nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4).

Weiter brachte der Beschwerdeführer vor , es handle sich bei Dr. A.\_\_\_\_ s Einschätzungen lediglich um eine anderslautende Beurteilung desselben Sachverhaltes wie bei der Rentenzusprache , weshalb kein Revisionsgrund vorliege ( Urk.

1 S. 15) . Dr. A.\_\_\_\_ zeigte – wie bereits ausgeführt - eingehend auf, dass die Kriterien für die Diagnose einer depressiven Episode nicht mehr vorliegen (vgl. E. 5.1) und daher im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Z.\_\_\_\_ - Gutachter 2008 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eintrat .

Entgegen der Kritik ( Urk. 1 S. 11) zeigte Dr. A.\_\_\_\_ fundiert das Vorliegen psychosozialer respektive krankheitsfremder Faktoren (Herkunft, Migration, fehlender Berufsabschluss, einfache und geringe Berufserfahrung, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Sorgen, eheliche Konflikte/Scheidung) auf und grenzte diese von krankheitsbedingten objektivierbaren Befunden ab . Ebenso strich er die Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der Beschwerden gegenüber dem beobachtbaren Verhalten und den

objektivierbaren

psychopathologischen Befunden heraus und verwies auf die ausweichenden, vagen, unglaubwürdigen und widersprüchlichen Beschreibungen der Aktivitäten ( vgl. E. 4.3 ) , womit er die Aggravation begründete (vgl. dazu BGE

141 V 281 E. 2.2.1 ) . Da Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss kam, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 100 % in angestammter als auch angepasster Tätigkeit arbeitsfähig sei (E. 4.3 ) , erübrigte sich auch die Formulierung eines Belastungsprofils , was der Beschwerdeführer verkennet ( Urk. 1 S. 17 f.).

## **E. 5.5**

Nach dem Gesagten ist auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen.

Damit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer nurmehr an einer Dysthymie bei gegenwärtig remittierter depressiver Störung leidet, bei chronischen Kopfschmerzen vom Mischtyp und Psoriasis und bei vielfältigen psychosozialen Belastungssituationen (vorstehend E. 4.3).

Zur Zeit der Rentenzusprache lag eine schwere depressive Störung vor (vorstehend E. 3.2). Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ist demzufolge ausgewiesen. Ein Revisionsgrund liegt damit vor, so dass der Rentenanspruch nachfolgend allseitig zu prüfen ist (vgl. E. 1.4).

### **E. 5.6.1**

Der Gutachter attestierte eine Arbeitsfähigkeit von wenigstens 90 % und stützte sich dabei auf die einschlägigen Indikatoren (Urk. 8/93 S. 22). Die aus ärztlicher Sicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei Dysthymie steht grundsätzlich im Einklang mit der Rechtsprechung, wonach es sich dabei um eine chronische depressive Verstimmung handelt, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen), was hier nicht der Fall ist. Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016

E 3.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3).

Da der Gutachter anhand der die massgebenden normativen Rahmenbedingungen (BGE 141 V 281) das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers dennoch in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat, rechtfertigt sich mit Blick auf die neueste Rechtsprechung, wonach bei psychischen Erkrankungen im Regelfall die Standardindikatoren für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beachtlich sind (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281), deren Überprüfung.

Das Bundesgericht hat die Standardindikatoren

wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli

Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und wider spruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4).

### **E. 5.6.2**

Im Hinblick auf den Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zunächst die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde von Bedeutung. Dazu führte der Gutachter aus, die objektiven psychopathologischen Befunde seien bei der als Dysthymia gefassten Gesundheitsschädigung gering ausgeprägt (Urk. 8/93/22), was im Einklang mit der Rechtsprechung steht (vorstehend E. 5.6.1). Er verneinte das Vorliegen von Komorbiditäten und äusserte sich im Weiteren zur Persönlichkeit (Urk. 8/93/22-23). Dr. A.\_\_\_\_ schilderte die vom Beschwerdeführer eingestandene fehlende Psychopharmakotherapie (vgl. dazu die Aussage des Beschwerdeführers Urk. 8/93/6) und die niederfrequente Gesprächstherapie, für welche der Beschwerdeführer bloss teilweise motiviert sei (Urk. 8/93/26). Der dadurch belegte Leidensdruck wird zudem gestützt durch den umgehenden Wechsel des Beschwerdeführers von der stationären zur ambulanten Behandlung durch die J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.4).

Zum sozialen Kontext beschrieb der Gutachter zahlreiche im Vordergrund stehende psychosoziale Faktoren wie Herkunft, Migration, fehlender Berufsabschluss, einfache und geringe Berufserfahrung, langjähriger Rentenbezug, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, eheliche Konflikte/Scheidung, die er - wie von der Rechtsprechung gefordert (BGE 130 V 352 E. 2.2.5) - von den krankheitsbedingten Befunden abgrenzte. Gleichzeitig wirkten sich die regelmässige Tätigkeit am Arbeitsort und der Kontakt mit den Arbeitskollegen als ressourcenfördernd aus (Urk. 8/93/25). Diese Einschätzung wird bestätigt durch die Aussagen des Beschwerdeführers, die Arbeitsatmosphäre sei positiv (Urk. 8/93/4). Zudem wohnt er mit seinen beiden erwerbslosen Töchtern zusammen, die ihn ganztägig betreuen, und er pflegt regelmässigen Kontakt mit seinem Bruder (Urk. 8/93/3-4), was auf ein insoweit intaktes Familienleben hindeutet.

Schliesslich erörterte der Gutachter die ausschlaggebende Frage der Konsistenz ausgesprochen gründlich und sorgfältig. Dies betrifft einerseits die ausweichenden, vagen und widersprüchlichen Aussagen des Beschwerdeführers zu seinen Aktivitäten und andererseits sein verdeutlichendes oder sogar aggravatorisches Verhalten. Er erläuterte insbesondere, dass die Limitierung des Aktivitätenniveaus in den verschiedenen Lebensbereichen wenigstens weit überwiegend auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers zurückzuführen ist (Urk. 8/93/27-28). Immerhin ist er in der Lage, nicht nur Kontakte zu den Familienangehörigen zu pflegen, sondern auch in seiner Freizeit an seinen Arbeitsort am Flughafen zu fahren, weil er dort verständnisvolle Mitarbeitende und Vorgesetzte trifft (Urk.

8/93/7). Dass er entgegen der eigenen Darstellung über nicht unerhebliche Ressourcen verfügt, ergibt sich auch aus dem Umstand, dass er täglich mit dem eigenen Auto zum Flughafen zur Arbeit fährt (Urk. 8/93/4).

### **E. 5.6.3**

Aus medizinischer Sicht schätzte der Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 90-100 % für ausserhäusliche Tätigkeiten wenigstens seit der Begutachtung, was er mit den objektiv gering ausgeprägten Defiziten und den vielfältigen psychosozialen Belastungen plausibel begründete (Urk. 8/93/21). Aus juristischer Sicht besteht keine Veranlassung, von dieser schlüssigen, im Lichte der massgebenden Indikatoren erfolgten medizinischen Beurteilung des Leistungsvermögens abzuweichen.

In Anbetracht der gegebenen Sach- und Rechtslage sind von den beantragten zusätzlichen medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 2) keine entscheidungswesentlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d).

Der Beschwerdeführer hat laut IK-Auszug praktisch keine Erwerbseinkommen verabgibt (Urk. 8/33), auch wenn er gegenüber Dr. A.\_\_\_\_ behauptete, vor Eintritt des Gesundheitsschadens beziehungsweise bis 2005 als selbständiger und unselbständiger Chauffeur erwerbstätig gewesen zu sein (Urk. 8/93/4). Eine angestammte Tätigkeit ist daher nicht ausgewiesen. Unter diesen Umständen ist bei der gutachterlichen Formulierung «ausserhäusliche Tätigkeiten» davon auszugehen, dass diese Zumutbarkeitsbeurteilung gleichermaßen für eine angestammte und/oder eine angepasste Tätigkeit zu gelten hat. 6 .

#### 6.1

Aus somatischer Sicht ergeben sich aus den medizinischen Berichten keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit .

Dem Bericht des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 6. Oktober 2014 (Urk. 8/68) ist nichts hinsichtlich eines somatischen Leidens zu entnehmen und aus dem Bericht der J.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 geht hervor, dass die eingehende somatische Untersuchung anlässlich des Eintritts unauffällig war (vgl. Urk. 8/123 S. 3) .

Jedoch stellten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter im Jahr 2008 fest, dass aufgrund seiner damaligen somatischen Leiden ( chronifizierte Kopfschmerzen vom Mischtyp ) eine – nicht additive – Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % bestand (E. 3.2 ) , weshalb zugunsten des Beschwerdeführers davon auszugehen ist, dass diese Einschränkungen noch bestehen. 6.2

Seit 28. Januar 2016 (Begutachtungszeitpunkt Dr. A.\_\_\_\_ [vgl. Urk. 8/93 S. 93]) ist somit insgesamt von einer mindestens

80 %igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen . Ein Invaliditätsgrad über 40 % besteht damit nicht und demgemäss auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 19 ) ist ein leidensbedingter Abzug vorliegend nicht angezeigt. Die vorgebrachte Unmöglichkeit der Verrichtung schwerer Tätigkeiten ist nicht nachgewiesen und wäre auch kein Grund für einen Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 61/2018 vom 23 . März 2018 E.

6 . 5. 2 ) . Ebenso wenig bestehen – wie behauptet – mannigfache medizinische Einschränkungen oder müsste sich der potentielle Arbeitgeber über den gesundheitlichen Zustand informieren, sodass daraus Nachteile erwachsen könnten. Eine Einschränkung von maximal 20 % rechtfertigt auch keinen Abzug wegen Teilzeitarbeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_158/2016 vom 5. April 2016 E. 4.2.2).

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7 .

Der Beschwerdeführer beantragte (Urk. 1) die unentgeltliche Rechtspflege unter Bestellung von Rechtsanwalt Martin Hablützel

als unentgeltliche n Rechtsvertreter . Die Prozessführung erschien zum Zeitpunkt der Verfahrenseinleitung nicht aussichtslos, die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ist ausgewiesen (vgl. Urk. 10 und Urk. 15/2 ) und eine Rechtsverteidigung geboten. Ihm ist daher die unentgeltliche Rechtspflege unter Bestellung von Rechtsanwalt Martin Hablützel als unentgeltliche n Rechtsbeistand zu gewähren (vgl. BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).  
8 . 8 .1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800. -- festzusetzen. Diese sind ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 8 .2

Rechtsanwalt Martin Hablützel , Zürich, ist als unentgeltlicher Rechtsvertreter aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Der von Rechtsanwalt Martin Hablützel

mit Eingabe vom 6. September 2018 (Urk. 14) geltend gemachte Aufwand von 14 Stunden und Fr. 126.-- Barauslagen (Urk. 15/3) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Die Entschädigung ist bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'453.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt:

In Bewilligung des Gesuches vom 22. Mai 2017 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Martin Hablützel , Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Martin Hablützel , Zürich, wird mit Fr. 3'453.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel -  
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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 GräubMüller

## **E. 8**

(Urk. 12 ) zur Kenntnis gebracht wurde.

Am 30. Juni 2017 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 10) sowie Unterlagen zu seiner Bedürftigkeit ein (Urk. 11) und am 6. September 2017 (Urk. 14) wurden unter anderem die Bestätigung betreffend Bezug wirtschaftlicher Sozialhilfe und die Kostennote des Vertreters eingereicht (Urk. 15/2 -3). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 9**

( vgl. Urk. 8/ 38 S. 4-7 ) im Wesentlichen auf nach stehenden medizinischen Unterlagen : 3.2

Oberarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin FMH, Assistenzarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ , Oberarzt PD Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH, Oberarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Chefärztin Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_ vom Z.\_\_\_\_ nannten in ihrem Gut achten vom 1. Juli 2008 (Urk. 8/23) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10): - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - Chronifizierte Kopfschmerzen vom Mischtyp (Erstdiagnose 1995, evtl. früher) bei/mit: - Dauerkopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.22) - Migräniforme Exazerbationen (ICD-10 G43.0) drei- bis viermal pro Monat

Zudem nannten sie unter anderem folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10): - Bekannte Psoriasis seit ca. 2004 - Adipositas (BMI 37,5 kg/m<sup>2</sup> )

Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter führten aus, in der angestammten Tätigkeit als Camion-Fahrer sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Diagnose gegen wärtig eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 50 %. Die Einschränkung von 50 % gelte für alle Verweistätigkeiten (S. 12). Die Einschränkung ergebe sich aufgrund des psychischen Leidens. Aus somatischer Sicht bestehe eine – nicht additive – Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 20 % (S. 13). Durch konsequente Umsetzung der Behandlungsvorschläge sei mit einer Verbesserung des Zustandbildes innerhalb eines Jahres zu rechnen. Formal-theoretisch sei mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % zu rechnen (S. 13). Eine darüberhinausgehende

Steigerung der Arbeitsfähigkeit erscheine auch aufgrund der somatischen Diagnose nicht realistisch (S. 14). 3.3

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit 13. Oktober 2008 behandelt, führte in seinem Bericht vom

26.

März 2009 (Urk. 8/34/7-9) aus, der Beschwerdeführer sei seit 13. Oktober 2008 und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). 3.4

Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) berichtete am 13. August 2009 (Urk. 8/38 S. 7), laut gleichentags erfolgter psychiatrischer Standortbestimmung verhindere aktuell ein chronischer psychischer und somatischer Gesundheitsschaden mit erheblichem Krankheitswert (Psoriasis, Adipositas, Lebererkrankung unklarer Genese; ICD-10 F32.2 [Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome]; G44.22 [Dauerkopfschmerzen vom Spannungstyp] und G43.0 [Migräniforme Exazerbationen]) die Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit für jede beruflich zu verwertende Tätigkeit vollständig. Die im Z.\_\_\_\_-Gutachten formulierte Restarbeitsfähigkeit von 50 % sei nur unter der Voraussetzung einer koordiniert verlaufenden therapeutischen und beruflichen Eingliederungsstrategie zu verwirklichen. 3.5

Die Beschwerdegegnerin schloss gestützt auf diese Aktenlage auf eine vollständige Erwerbsunfähigkeit (Urk. 8/42). 4. 4.1

Die rentenaufhebende Verfügung vom 5. April 2017 (Urk. 2) beruhte auf nachstehenden medizinischen Akten: 4.2

Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, sprach im Bericht vom 6. Oktober 2014 (Urk. 8/68) von einem sich verschlechternden Gesundheitszustand und diagnostizierte eine schwere Depression (Ziff. 1.1-2). Aus psychiatrischer Sicht seien mehrere - im Detail bezeichnete - Fähigkeiten schwer eingeschränkt (Ziff.

2.3).

Dr. G.\_\_\_\_ beschrieb am 16. September 2015 einen stationären Gesundheitszustand. Er diagnostizierte einen Rest einer posttraumatischen Belastungsstörung, eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach extremer Belastung und eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Der Beschwerdeführer sei aufgrund dieser Störungen weiterhin arbeitsunfähig (Urk.

7/86/6). 4. 3

Dr. A.\_\_\_\_ nannte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. Februar 2016 (Urk. 8/93) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibe eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, ICD-10 F32.4/F33.4) und bei chronischen Kopfschmerzen vom Mischtyp und Psoriasis sowie bei vielfältigen psychosozialen Belastungen (S. 25).

Zudem führte er aus, die ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10 F32/F33 seien nicht (mehr) erfüllt (S. 15). Der Beschwerdeführer nenne sehr viele der Symptome einer Depression. Bei ihm best ehe

objektiv aber keine s der Symptome in ausreichender Schwere bzw. in

ausreichender Länge, um eine depressive Episode zumindest

leichten Grades diagnostizieren zu können. Die Definition einer Dysthymia sei erfüllt. Weitere Störungen gemäss ICD-10 (Kapitel F, psychische und Verhaltensstörungen) könnten gegenwärtig nicht begründet werden (S. 16). Die Limitierung des Aktivitätenniveaus sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen weit überwiegend bis vollständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Überwindung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht medizinisch zumutbar und tatsächlich möglich (vgl. regelmässige Tätigkeit am Arbeitsort). Die Dysthymia habe sich in der Folge aus einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung bei körperlichen Missempfindungen und vielfältigen (psycho-)sozialen Belastungen entwickelt. Für die Zeit ab Oktober 2008 sei eine niederfrequente Gesprächstherapie dokumentiert. Eine regelmässige Psychopharmakotherapie verneinete der Beschwerdeführer.

In seinem Fall sei eine (bewusstseinsnahe) Aggravation vorhanden. Es sei eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der affektiven und kognitiven Beschwerden einerseits, gegenüber dem beobachtbaren Verhalten und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits festzustellen. Der Beschwerdeführer beschreibe seine Aktivitäten als weichend, vage, widersprüchlich und unglaubwürdig. Das «psychosoziale Umfeld» werde dabei als weitgehend intakt geschildert (S. 17). Es sei ausdrücklich festzustellen, dass neben der Dysthymia keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht begründet werden könne (S. 18).

Der Gutachter schilderte nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren (Herkunft, Migration, fehlender Berufsabschluss, einfache und geringe Berufserfahrung, langjähriger Rentenbezug, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, eheliche Konflikte/Scheidung), die von objektivierbaren Befunden abzugrenzen seien (S. 18). Sie würden nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit eingehen (S. 19).

Eine relevante (>10 % von 100 %) anhaltende (längerfristige) Arbeitsunfähigkeit für ausserhäusliche Tätigkeiten und für Hausarbeiten sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht aufgrund einer Dysthymia und den damit verbundenen objektiv gering ausgeprägten Defiziten nicht mehr anzunehmen. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung am 28. Januar 2016 ausgegangen werden. Mit Bezug zum psychiatrischen Z.\_\_\_\_-Fachgutachten vom 19. Mai 2008 sei von einer wesentlichen tatsächlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen (vgl. dazu auch S. 20). Eine depressive Episode sei remittiert. Eine darüber hinaus in den Akten postulierte Minderung der Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischen Gründen könne nicht bestätigt werden. Eine trotzdem allfällig entsprechend postulierte Minderung der Arbeitsfähigkeit er scheine aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht als eine therapeutisch-wohlwollende sozialmedizinische Massnahme (S. 19). 4. 4

In seinem Bericht vom 18. August 2016 (Urk. 8/109/1-5) nannte Dr. G.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3): - unverarbeitete posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - chronifizierte depressive Störung, aktuell schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - andauernde

Persönlichkeitsstörung nach extremer Belastung (ICD-10 F62.0) - Somatisch: - Psoriasis vulgaris (ICD-10 L40.0) - Migräne (ICD-10 G43.9) - chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen (ICD-10 M06.90)

Dazu führte er aus, die Behandlung dauere seit Jahren und habe zu keiner wahrnehmbaren Verbesserung geführt. Insgesamt habe der Beschwerdeführer Schwierigkeiten in der Regulation von Gefühlen, was sich in verschiedensten Lebensbereichen niederschlägt, insbesondere den zwischenmenschlichen Beziehungen. Er berichte über Versündigungsideen und Schuldideen, gebe sich die Schuld an geschichtlichen Ereignissen und seiner Lebensgeschichte (S. 3). Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass die drei psychischen Störungsbilder in ihrer Kombination, ihrem Schweregrad und ihrer bereits vorliegenden Dauer vor dem Hintergrund einer äußerst schlechten Prognose als entscheidend leistungsrelevant anzusehen seien. Die Schwere und die Art der Störung hätten sich in der Zwischenzeit vollständig chronifiziert und als therapieresistent gezeigt.

Deswegen sei die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_

nicht nachvollziehbar. Die Diagnose einer Dysthymia könne aufgrund seiner unvollständigen psychopathologischen Befundbeschreibung nicht nachvollzogen werden (S. 4).

Auf Zuweisung durch Dr. G.\_\_\_\_ war der Beschwerdeführer vom 12. bis 14. Juli 2016 bei schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen in der psychiatrischen Klinik J.\_\_\_\_ hospitalisiert. Es wurden keine paranoiden Ideen erhoben und die Halluzinationen traten seit drei Tagen nicht mehr auf. Ein Benzodiazepinenzug wurde in Aussicht genommen. Bevor eine Anpassung der Medikation erfolgen konnte, wechselte der Beschwerdeführer aufgrund ausgeprägter klaustrophobischer und soziophobischer Symptomatik ins ambulante Setting («Home Treatment»; Bericht vom 15. Juli 2016, Urk. 8/109/7-9). 4. 5

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. A.\_\_\_\_

nach Vorlage der Berichte von der J.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2016 und von Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. August 2015 (E. 4.4) am 30. August 2016 (Urk. 8/113) aus, die vom Beschwerdeführer beschriebene (seit ca. 2012 stabile/erfolgreiche) Tätigkeit an einem «beschützenden» Arbeitsplatz werde im Gutachten angemessen beachtet (S. 2).

Im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_

werde auf die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers abgestellt. Die entsprechende fachärztliche Einordnung sei dabei zumindest vage (tatsächlich Schuldahn oder nur allfällig überwertige Schuld- und Versündigungsideen?). Die Diagnosen würden auch weiterhin nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem kritisch beschrieben und/oder diskutiert (überhaupt nicht bezüglich F32.3 [depressive Störung]). Die formalen Kriterien zu F43.1 (posttraumatische Belastungsstörung)

würden dabei nur teilweise referiert

und nicht substantiiert. Das angenommene Trauma werde ebenfalls rein pauschal benannt (S. 4). Eine allfällige andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung könne somit auch nicht begründet werden, bleibe vollständig spekulativ (S. 5). Durch die neu

eingereichten Unterlagen ergebe sich somit keine Änderung an der Beurteilung im Gutachten (S. 6). 4. 6

Oberarzt Dr. med. K.\_\_\_\_ und Assistenzarzt Dr. med. L.\_\_\_\_ vom Home Treatment der J.\_\_\_\_ , durch welche der Beschwerdeführer vom 15. Juli bis zum 31. August 2016 ambulant behandelt wurde ,

nannten in ihrem Bericht zuhanden von

Dr. G.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 (Urk. 8/ 123 ) folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 1 ):

- Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - Aktenanamnestisch: Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - Tabakabhängigkeit (ICD-10 F17.2; aktuell zwei Packungen täglich) - Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2) - Migräne, nicht näher bezeichnet (ICD-10 G43.9) - Erektionsstörung (ICD-10 F52.2)

Sie führten aus, Duloxetin sei langsam eindosiert und bis auf 120 mg gesteigert worden, um die depressive Stimmung und die Antriebslosigkeit zu verbessern sowie die chronischen Schmerzen im Rahmen der Polyarthritiden nach Möglichkeiten positiv zu beeinflussen. Dies habe der Beschwerdeführer als sehr positiv erlebt. Er habe angefangen, sich wacher und konzentriert zu fühlen. Er habe wieder eine mittelfristige Zukunftsperspektive entwickelt. Seine Stimmung habe sich im Verlauf der Behandlung aufgehellt und er sei besser schwingungsfähig. Die optischen und akustischen Halluzinationen seien nicht mehr aufgetreten, eben falls keine Orientierungsstörungen (S. 4 ).

Weiter berichteten die Ärzte der J.\_\_\_\_ , im Rahmen der Hausbesuche habe sich gezeigt, dass das familiäre System stark überlastet , der Beschwerdeführer mit der Führung seines Haushaltes deutlich überfordert und die Wohnung in einem leicht verwahrlosten Zustand sei. Deshalb sei eine Haushaltsspitex organisiert worden. Er habe sich mit den verschiedenen administrativen Angelegenheiten ebenfalls überfordert gezeigt und sei mit der Errichtung einer Beistandschaft einverstanden (S. 4).

Bezüglich der Psoriasis und den anderen somatischen Erkrankungen sei er in guter hausärztlicher Behandlung und bereits verschiedenen Fachärzten der Dermatologie und Neurologie vorgestellt. Es bestehe kein weiterer Handlungsbedarf (S. 4).

Am 31.

August 2016 sei der Beschwerdeführer in affektiv teilweise gebessertem Zustand entlassen worden. Die schwer depressive Symptomatik bei vorbeschriebener posttraumatischer Belastungsstörung habe partiell gut auf die integrierte psychiatrische Behandlung und antidepressive Medikation angesprochen (S. 4). 5.

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