

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01034 vom 21. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01034 du 21 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01034 del 21 dicembre 2017

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; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294

E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

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. 1.4

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 ausgleichender 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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2.1

Zuvor hatte die SUVA der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, am 30. Juli 2004 die von X.____ am 28. Juli 2004 unterzeichnete Anmeldung zum Leistungsbezug samt Unfallakten zur weiteren Veranlassung zugestellt (Urk. 7/1 und

Urk. 7/2/1-377). Die IV-Stelle liess einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten erstellen (Urk. 7/7), erkundigte sich bei dessen Arbeitgeberinnen nach den Arbeitsverhältnissen (Urk. 7/9 und Urk. 7/11), aktualisierte die Unfallakten (Urk. 7/10) und holte die Berichte von Dr. B.____ vom 19. Oktober 2004 (Urk. 8/12/1-4, mit diversen Beilagen [Urk. 7/12/5-25]), von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. November 2004 (Urk. 7/13/1-7, unter Beilage des Berichtes der D.____ des E.____ vom 2. April 2004 [Urk. 7/13/8-10]) sowie des F.____ vom 22. Dezember 2004 (Urk. 7/14) ein. Nach Bezug einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD, Urk. 7/15/3) sprach sie dem Versicherten, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100%, mit Verfügung vom 17. März 2005 (Urk. 7/24) mit Wirkung ab 1. März 2004 eine ganze Invalidenrente zu.

E. 2.1.1

Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung vom 17. März 2005 (Urk. 7/24) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 2.1.2

Im Austrittsbericht der A.____ vom 10. September 2003 (Urk. 7/2/250-262) wurden als Diagnosen (A) ein HWS-Distorsionstrauma (Unfall vom 25. März 2003, Heckauffahrkollision als Lenker) und (B) eine Anpassungsstörung mit multiplen Ängsten, Besorgtheit, innerer Anspannung bei (narzisstisch) akzentuierten Persönlichkeitszügen und psychosozialen Belastungsfaktoren angeführt. Als aktuelle Probleme wurden (1) Restbeschwerden eines zervikalen und thorako-lumbovertebralen Schmerzsyndroms, (2) Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Angespanntheit und (3) ein vermindertes Hörvermögen (subjektiv) sowie zunehmende Handgelenksbeschwerden beidseits seit dem Unfall vom 25. März 2003 angeführt. Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufes und der aktuellen Beschwerden bestehe eine Arbeitsfähigkeit im Rahmen des Zumutbaren für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit mit Einschränkungen bei Überkopfarbeiten oder bei Arbeiten in Zwangshaltungen (Urk. 7/2/250).

E. 2.1.3

Nach einem gescheiterten Arbeitsversuch (17. bis 25. November 2003) attestierte Dr. B.____ dem Beschwerdeführer ab dem 26. November 2003 wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 1. Januar 2004 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/2/227 und Urk. 7/2/197). Wegen des neuerlichen Auffahrunfalles vom 31. Januar 2004 war der Beschwerdeführer indessen vom 31. Januar bis 1. Februar 2004 in der Klinik für Unfallchirurgie des E.____ hospitalisiert, wobei dort eine HWS-Distorsion sowie eine Kontusion der BWS diagnostiziert wurden (Urk. 7/2/142). Laut Arztzeugnis UVG vom 27. Februar 2004 bestand nebst einer HWS-Distorsion eine posttraumatische Belastungsstörung und war der Beschwerdeführer ab dem 30. Januar 2004 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 7/2/133). Auf Veranlassung von Dr. B.____ (Urk. 7/2/84-85) fanden am 11. und 15. März 2004 Abklärungsgespräche in der D.____ statt.

E. 2.1.4

Im betreffenden Bericht der D.____ vom 2. April 2004 (Urk. 7/2/59-61) wurden halluzinatorisch-wahnhafte Zustandsbilder (ICD-10 F22.0; Differentialdiagnose: epileptogen, drogeninduziert, psychogen) sowie Schwierigkeiten in Verbindung mit Arbeitslosigkeit und fehlender Tagesstruktur (ICD-10 Z56) diagnostiziert. Unter dem Titel „Beurteilung“ wurde angeführt, dass sich aus den Schilderungen des Beschwerdeführers

sowie fremdanamnestisch primär Hinweise auf halluzinatorisch-wahnhaft Zustandsbilder ergäben. Ob die weitere Symptomatik (Hypervigilanz, Ängstlichkeit etc.) eine posttraumatische Belastungsstörung ausreichend begründeten, könne zur Zeit nicht beantwortet werden. Eine psychiatrie-psychotherapeutische Behandlung werde darüber Klarheit bringen (Urk. 7/2/61). Daraufhin wurde der Beschwerdeführer am 15. April 2004 und 24. Juni 2004 im F.____ behandelt (Urk. 7/2/19-24; vgl. E. 3.1.7).

E. 2.1.5

Am 24. August 2004 wurde der Beschwerdeführer durch Kreisarzt Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht. Im Bericht vom gleichen Tag hielt er fest, die Beschwerden im Bewegungsapparat bestünden auch nach Angaben des Beschwerdeführers weit im Hintergrund. Zentrales Problem seien seine Angstzustände. Bekanntlich sei eine schizophreniforme psychotische Störung diagnostiziert worden. Auf somatischer Ebene müsse keine Beeinträchtigung angenommen werden. Es wäre eine volle Arbeitsfähigkeit zu postulieren. Besondere Behandlungsmassnahmen seien nicht nötig. Weiterhin sehr behandlungsbedürftig sei die psychische Problematik (Urk. 7/10/5-7).

E. 2.1.6

Dr. B.____ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 19. Oktober 2004 (Urk. 7/12/1-4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) halluzinatorisch-wahnhaft Zustandsbilder, (2) einen Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung sowie (3) einen Status nach HWS-Distorsion bei Auto unfall am 24. (richtig: 25.) März 2003 und 31. Januar 2004 an. Wie bereits nach dem ersten Unfall seien auch nach dem zweiten Unfall zunächst die körperlichen Beschwerden (Nacken-/Kopfschmerzen, Schulter-/Armbeschwerden) im Vordergrund gewesen. Nach kurzer Zeit hätten akustische und optische Halluzinationen den Alltag zu dominieren begonnen. Nachdem bereits nach dem ersten Unfall Alpträume, Flashbacks und Hyperarousal aufgetreten seien, hätten sich die Angstzustände aufgrund der Halluzinationen gesteigert, so dass der Beschwerdeführer nicht mehr alleine sein könne und ständig Begleiter aus der Familie oder dem Freundeskreis brauche. Bezüglich des körperlichen Status verweise er auf den Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. I.____ vom 24. August 2004. Dem Beschwerdeführer sei keine Tätigkeit mehr zumutbar.

E. 2.1.7

Dr. med. J.____, stellvertretender Oberarzt des F.____, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. Dezember 2004 (Urk. 7/14) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizophreniforme psychotische Störung (ICD-10 F23.2), bestehend seit 15. April 2004, anamnestisch zunehmend seit 24. (richtig: 25.) März 2003 und verstärkt seit 1. Januar 2004 an. Der Beschwerdeführer sei am 15. April und am 24. Juni 2004 im F.____ in Behandlung gewesen, wobei sein Zustand am 24. Juni 2004 verschlechtert gewesen sei. Es sei die bereits von der D.____ empfohlene Behandlung mit Zyprexa 10 Milligramm und Zolofit eingeleitet worden mit Dosiserhöhung des Zyprexas auf 15 Milligramm. Die Prognose sei als günstig geschätzt worden, eine gute Compliance beim Beschwerdeführer und ein gutes Ansprechen auch der Medikation vorausgesetzt. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. J.____ an, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit des Beschwerdeführers seien am 15. April und am 24. Juni 2004 eingeschränkt gewesen. An diesen beiden Tagen sei ihm keine Tätigkeit mehr zumutbar gewesen. Ab wann und in welchem Umfang wieder eine Arbeitsfähigkeit gegeben sei,

könne er nicht sagen, da er keinen Kontakt mehr zum Beschwerdeführer gehabt habe, dürfte aber vor allem auch vom Erfolg der Behandlung abhängen.

E. 2.1.8

Dr. C.____ erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. November 2004 (Urk. 7/13/1-7) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie, unvollständige Remission (ICD-10 F20.04), bestehend seit Jahren. Der Beschwerdeführer stehe seit dem 18. Juni 2004 bei ihm in Behandlung (Psychotherapie, unterstützt mit Neuroleptika, zurzeit Zyprexa 15 Milligramm und Buspar 10 Milligramm). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei sich verschlechternd. Die paranoide Schizophrenie sei der Grund der Invalidisierung. Eine Erwerbsfähigkeit werde dadurch verunmöglicht.

E. 2.1.9

RAD-Arzt Dr. K.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2005 fest, dass aufgrund der vorhandenen psychiatrischen Berichte von einer schizophrenen Erkrankung mit 100%iger Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ab dem 25. März 2003 auszugehen sei (Urk. 7/15/3).

E. 2.2

Im Rahmen der im Jahr 2006 durchgeführten Rentenrevision holte die Beschwerdegegnerin die Verlaufsberichte von Dr. B.____ vom 30. März 2006 (Urk. 7/33) sowie von Dr. C.____ vom 15. Mai 2006 (Urk. 7/35) ein.

Dr. B.____ führte darin aus, dass sich die Situation nicht verändert habe. Die Prognose sei ungünstig. Die Beschwerden seien chronifiziert. Er habe dem Beschwerdeführer schon mehrfach empfohlen, sich einer stationären psychiatrischen Therapie zu unterziehen. Dieser habe sich bis zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nicht dafür entscheiden können (Urk. 7/33/2).

Dr. C.____ diagnostizierte im Verlaufsbericht vom 15. Mai 2006 eine paranoide Schizophrenie (vollentwickeltes Wahnsystem) nach ICD-10 F20.04, ihm bekannt seit Juni 2004. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Die paranoide Schizophrenie nehme einen chronischen Verlauf. Unter diesem Krankheitsbild sei eine Erwerbstätigkeit nicht zumutbar (Urk. 7/35/2).

E. 2.3

Im Zuge des im Juli 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens zog die Beschwerdegegnerin den Verlaufsbericht von Dr. B.____ vom 18. August 2008 (Urk. 7/48) bei. Darin führte Dr. B.____ bei gleichen Diagnosen wie im Vorbericht vom 30. März 2006 aus, der Gesundheitszustand sei stationär. Die Situation mit den vorwiegend nächtlichen Halluzinationen habe sich leicht gebessert. Dennoch träten regelmässig akustische und visuelle Halluzinationen auf. Um die soziale Situation zu verbessern, sei 2007 ein Kontakt zu einer Frau in Syrien vermittelt worden, welche er schon früher gekannt und unterdessen geheiratet habe. Für sie sei ein Visum für die Schweiz beantragt worden. Damit sehe er seine Zukunft positiver und sei zuversichtlich, ein normaleres Leben führen zu können. Weiterhin sei es ihm nicht möglich, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen.

E. 2.4

Im Nachgang zu diesem Urteil aktualisierte die IV-Stelle die erwerbliche und medizinische Aktenlage und liess X.____ durch Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachten (psychiatrisches Gutachten vom 8. Februar 2016, Urk. 7/115). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 31. August 2017 die bisherige ganze Invalidenrente per 31. Dezember 2013 ein (Urk. 2).

E. 2.4.1

Anlässlich des im Jahre 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens verlangte die Beschwerdegegnerin zunächst den „Fragebogen: Revision der Invalidenrente“ samt Angaben des behandelnden Arztes (Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) vom 22. September/3. Oktober 2012 ein (Urk. 7/62). Dr. L.____ hielt darin fest, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2011 alle drei bis vier Wochen bei ihm in Behandlung sei. Er leide unter unklaren Wahnvorstellungen gefärbt mit leichter Depression. Er sollte begutachtet werden. Es sei unklar und durch einen Gutachter zu beurteilen, in welchem Umfang und seit wann eine der Behinderung angepasste Tätigkeit möglich sei (Urk. 7/62/3).

E. 2.4.2

Im daraufhin von der Beschwerdegegnerin eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 27. Februar 2013 (Urk. 7/65) erhob Gutachter Dr. G.____ keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er anamnestisch unklare, atypische halluzinatorische Symptome sowie einen Verdacht auf Simulation (ICD-10 Z76.5). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Arbeitsunfähigkeit (S. 10). Im Weiteren führte er aus, dass die Krankheitsgeschichte sowie die in den Vorakten beschriebenen und in der aktuellen Untersuchung wiederholten Symptome untypisch für eine psychotische Erkrankung seien. Insbesondere habe der Beschwerdeführer immer wieder überwiegend nächtliche Halluzinationen berichtet, während solche im Rahmen einer psychotischen Erkrankung typischerweise nur im Wachzustand aufträten. Die in den Vorakten geschilderten Befunde seien insgesamt widersprüchlich und reichten nicht aus, um die Diagnose einer schizophreniformen oder schizophrenen Psychose nachvollziehbar zu begründen. Es falle auch auf, dass sich trotz fachärztlicher sowie medikamentöser Behandlung keine nennenswerte Verbesserung des Zustandsbildes eingestellt habe. Eine bei Therapieresistenz indizierte Intensivierung der Behandlung durch Änderung oder Kombination der Medikation habe ebenso wenig stattgefunden wie eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik. Der aktuell behandelnde Psychiater Dr. L.____ habe massive Vorbehalte gegenüber der Glaubwürdigkeit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung beim Versicherten geäussert. In der aktuellen Untersuchung hätten sich keine klaren Hinweise auf einen schweren psychischen Gesundheitschaden, der eine langfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde, ergeben. Der Beschwerdeführer führe zudem ein aktives Privatleben. Er habe 2007 erneut geheiratet und mit seiner neuen Ehefrau eine zweite Familie mit zwei Kindern gegründet. Die bei schweren psychotischen Erkrankungen oft erkennbare Überforderung im Alltag mit sozialem Rückzug scheine nicht ausgeprägt vorzuliegen, obwohl er gemäss Vorakten zeitweise auf intensive Betreuung durch Drittpersonen angewiesen gewesen sei. Gemäss eigenen Angaben sei er nach seinem Krankheitsausbruch auch nach Syrien, Iran, Deutschland und in die Türkei gereist, wobei er sich mehrfach ärztlich habe behandeln lassen und grosse Geldbeträge dafür ausgegeben habe. Sollte bei der Rentenzusprache 2004 tatsächlich ein schwerer

psychischer Gesundheitsschaden vorgelegen haben, habe sich dieser im Verlauf bis heute zweifellos signifikant gebessert. Zusammenfassend gehe er eher davon aus, dass der Beschwerdeführer seine halluzinatorischen Beschwerden vortäusche, um Versicherungsleistungen zu erschleichen. Um den Sachverhalt weiter zu untersuchen, wäre allenfalls eine Observation zu diskutieren (S. 14). 3.

E. 3

Hiergegen erhob X.____ am 21. September 2017 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 31. August 2017 eine ganze Invalidenrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um Bestellung von Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Stadler zum unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-14 2), was dem Beschwerdeführer am 30. Oktober 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 3.1

Im Urteil IV.2013.01090 vom 25. November 2014 (Urk. 7/88), wurde festgehalten, dass es zwar gewichtige Indizien dafür gebe, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache im März 2005 bis zum massgeblichen Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 30. Oktober 2013 objektiv verbessert habe. Da aber das Ausmass dieser Verbesserung sowie damit zusammenhängend die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht hinreichend ermittelt werden können, wurde die Sache vom hiesigen Gericht zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück gewiesen.

E. 3.2

Im Austrittsbericht der M.____ vom 23. Januar 2014 (Urk. 7/99/7-9), wo sich der Beschwerdeführer vom 13. Dezember 2013 bis 6. Januar 2014 auf Zuweisung von Dr. L.____ in stationärer Behandlung befand, wurde folgende Austrittsdiagnose genannt:

-

Sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD-10: F 43.8)

-

ängstlich-depressive Reaktion auf aktuell beschriebene Belastungen

-

differentialdiagnostisch: anhaltende Folgen von posttraumatischer Belastung

-

akutenanamnestisch paranoide Schizophrenie vorbeschrieben

Aus der psychiatrisch-psychotherapeutischen Zusammenfassung ergibt sich, dass der gemäss eigenen Angaben unter florid-psychotischen Symptomen leidende Beschwerdeführer auf die halboffen geführte Akutstation aufgenommen worden sei, um die

in Frage gestellte, ursprünglich attestierte schizophrene Erkrankung durch die stationäre Verlaufsbeobachtung zu klären. Unter integrierter stationärer Behandlung mit Weiterführung der Pharmakotherapie (Solian 400 mg/d), pflegerischer Strukturierung und spezialtherapeutischer Aktivierung sei der Verlauf weitgehend unauffällig gewesen. Insbesondere habe der Beschwerdeführer keine der berichteten Sinnestäuschungen entsprechendes affektives Erleben gezeigt. Vielmehr sei er im Stationsalltag in Bezug auf Affektivität, Kognition und Volition als unauffällig und kontrolliert erlebt worden.

E. 3.3

Dr. L.____, welcher den Beschwerdeführer seit Mai 2011 ambulant behandelt und arabisch spricht, nannte in seinem Bericht vom 29. Juli 2015 (Urk. 7/99/1-6) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ängstlich-depressive Reaktion auf schwere Belastungen (Flucht aus seiner Heimat in die Schweiz, ICD-10: F 43.8. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe die psychosoziale Belastungssituation (keine Ausbildung, Sozialhilfe-Bezug). Der Beschwerdeführer beschreibe noch immer wiederkehrende Bilder und Flashbacks bezüglich des im ersten Irakkrieg Erlebten. Im November 2013 habe er in Marokko eine Magenbypass-Operation durchführen lassen und sein Gewicht habe sich in der Folge von 120 Kilogramm auf 90 Kilogramm reduziert. Er klage über Schmerzen am ganzen Körper, Konzentrationsschwäche sowie Ängste, vor allem bei Menschenansammlungen, und Schlafstörungen. Es gebe keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und Wahnideen. Psychomotorisch sei er ruhig und nicht suizidal. Die Prognose sei stationär. Die bisherige Tätigkeit sei ihm aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar.

E. 3.4

Dr. B.____ führte in seinem Verlaufsbericht vom 13. August 2015 (Urk. 7/100) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, dass er praktisch keinen Kontakt zum Beschwerdeführer gehabt habe und er deshalb über den weiteren Verlauf der Leistungsfähigkeit und des psychischen Befindens keine Auskunft mehr geben könne.

E. 3.5

Med. pract. N.____, welcher den Beschwerdeführer seit Februar 2014 zweiwöchentlich behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. November 2015 (Urk. 7/105) zuhanden der Beschwerdegegnerin eine paranoide Schizophrenie mit unvollständiger Remission (ICD-10: F 20.05; Differentialdiagnose: akut polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie). Das Verhalten des Beschwerdeführers sei höflich und korrekt. Er sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Aufmerksamkeit und Konzentration seien leicht vermindert und es sei eine Angst vor dem Versagen gut sichtbar. Der formale Gedankengang sei meistens kohärent, zeitweise auf sein Leiden eingeengt. Seine Darstellung seines psychischen Leidens und Lebens hätten meistens den Charakter eines Rapportes. Er berichte immer wieder von Krisen, die mehrere Stunden bis Tage dauerten. Hierbei sei er wenig schwingungsfähig und wirke kontrolliert. Im Vordergrund ständen die Angstanfälle. Verfolgungswahn und Wahnstimmung lösten akustische, optische, zönanästhetische Halluzinationen sowie hypochondrische Attacken aus. Er weise Ich-Störungen im Sinne von Derealisation und Depersonalisation auf. Er sei affektstarr und zeitweise parathym. Die Grundstimmung sei ängstlich, gelegentlich verzweifelt und begleitet von innerer Unruhe. Die Prognose sei sehr ungünstig, da die Beschwerden weitgehend chronifiziert seien. Der Beschwerdeführer sei seit circa 2004 bis auf Weiteres

zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe eine reduzierte Aufmerksamkeit und Auffassung, die Konzentration sei vermindert sowie der Antrieb reduziert. Weiter seien Durchsetzungsvermögen, Kontaktfähigkeit und Ausdauer stark eingeschränkt. Er sei deshalb kaum belastbar und weise stark ungenügende Arbeitsleistungen auf. Das Erscheinungsbild des Beschwerdeführers sei für eine paranoide Schizophrenie eher untypisch. Doch nach erfolgreicher Reduktion der antidepressiven und neuroleptischen Medikation hätten sich die Zustände umgehend wieder verstärkt. Die Medikamenten-Compliance des Beschwerdeführers sei höchstwahrscheinlich gut. Deshalb würden die Kriterien einer paranoiden Schizophrenie erfüllt.

E. 3.6

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. H.____ vom 8. Februar 2016 (Urk. 7/115) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 18) :

-

Anhaltende affektive Störung mit stereotyp psychotiformen Symptomen
(ICD-10: F 34)

-

Differentialdiagnose: Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

-

Ängstlich-narzisstisch akzentuierte Persönlichkeit mit massiver transkultureller Problematik

Der Beschwerdeführer

habe in der Begutachtung zwar einen kompakten, aber schwierig zu interpretierenden Eindruck abgegeben. Sowohl in seinem Habitus, seinem Verhalten wie in seinen Erzählungen und Symptomen habe er rigide, unflexibel gewirkt und er habe auf die Gepflogenheiten oder Erfordernisse seiner Umgebung praktisch nicht eingehen können. Dazu passe sehr, dass ihm sein Leiden in Gesicht und Habitus übergegangen seien. Er habe leidend gewirkt, wie jemand, der einfach so ist wie er ist, unfähig sich an irgendwelche Erfordernisse oder Konventionen anpassen zu können. In der erzählten Lebensgeschichte liessen sich keine durch ihn benannten schweren Traumatisierungen ausmachen, wenn man von den örtlichen Begebenheiten im Irak und im Kurdenkonflikt und der Flucht absehe. Zu Beginn in der Schweiz und bis zum Unfall 2003 habe er auch „völlig normal“ funktioniert und seine Arbeit als Chauffeur gewissenhaft, kompetent und problemlos ausführen können. Was sich in der Folge des ersten Unfalls 2003 dann genau abgespielt habe, bleibe zumindest aus heutiger Sicht unklar. Wesentlich sei nur, dass er seit diesem Zeitpunkt nie mehr im vorherigen Ausmass arbeitsfähig und später nur noch ein kurzer Arbeitsversuch von zwei bis drei Monaten möglich gewesen sei. Der zweite Auffahrunfall sei seinen Angaben gemäss nach der zweiten Kündigung erfolgt, seine Symptomatologie sei aber damals schon voll ausgeprägt gewesen. Die Berichte des Hausarztes und der Psychiater beschrieben deutlich psychotischere Symptome, als sie in der aktuellen Begutachtung zu eruieren gewesen seien. Über die Jahre scheine sich trotz Therapien sowohl am Verhalten des Explorenten, an seinen Möglichkeiten sowie an der Symptomatik nicht viel geändert zu haben, wenn man allenfalls von einer besser akzeptierten und wirksamen Medikation absehe. Die

Beschreibung seiner Symptome, insbesondere seiner Ängste, Sinnestäuschungen und nicht nach vollziehbaren Handlungen scheine ebenfalls über viele Jahre konstant. Auch in der Erzählung mit Übersetzung sei nie ganz klar gewesen, was sich heute und was sich früher abgespielt habe. Die Beispiele blieben immer die selben. In der Beschreibung seiner Sinnestäuschungen machten diese eher den Eindruck von psychedelischen Wahrnehmungen, denn eigentlichen optischen oder kinästhetischen Halluzinationen. Die stereotypische Beschreibung und seine Art des Unbeteiligtseins über diese doch sehr beängstigenden Phänomene verkomplizierten das Deutungsbild. Auch seine zum Teil bizarren Handlungen liessen sich nur schlecht nachvollziehen. Sie stammen wie aus einem anderen Kultur- und Bezugskreis. Am meisten habe in der Begutachtung die Art des emotionalen Unbeteiligtseins sowohl am eigenen Schicksal wie auch am eigenen Leiden, wenn man vom depressiven Ausdruck des Gesichts ansehe, irritiert. Er habe über seine Problematik aus einer Distanz erzählt, die ihn nahezu unbeteiligt und dem Gegenüber auch keine Möglichkeit zur Empathiebildung gelassen habe. Auch auf Nachfragen sei er so stereotyp, fast floskelhaft gewesen, dass es schwer falle, sein Leiden nachzuvollziehen. Über die Begutachtung sei so das Bild eines irgendwie kulturfremden Menschen entstanden, der einerseits nicht wirklich verstanden habe, was „hiesige Gepflogenheiten“ im sozialen und beruflichen Arrangement seien und er andererseits Versionen seiner Störung zeige, die sich in unserem Kulturkontext nur schlecht nachvollziehen liessen. Dies äusser sich insbesondere auch darin, dass er sein Leiden über die letzten zehn Jahre als immer schlimmer werdend erlebt habe, die Ärzte jedoch eine deutlich abnehmende Symptomatik beschrieben. Die Art der Schwierigkeiten der Beurteilung betreffe aber nicht nur ihn als „kulturfremden“ Begutachter, sondern auch den Dolmetscher wie auch seinen ihn seit drei bis vier Jahre behandelnden Psychiater, Dr. L. _____. Symptomatisch und diagnostisch sei also das Leiden des Exploranden nur schwer interpretierbar. Klar scheine es, dass mit dem Auffahrunfall 2003 die vorher sehr gute und für den Beschwerdeführer sehr befriedigende Integration verloren gegangen sei. In der Folge habe er sich ausserhalb der durch den Auffahrunfall zu erwartenden Symptome und Verhaltensweisen verhalten. Retrospektiv liessen sich die Diagnosen der behandelnden Ärzte nach dem Unfall nicht mehr sicher verifizieren. In den letzten Jahren habe der Beschwerdeführer seine psychischen Ausnahmesymptome nicht mehr klinisch nachvollziehbar beschreiben können. Zentral an der Dynamik der letzten Jahre scheine seine Passivität, sowohl eigenen Bedürfnissen wie auch Anforderungen der Umgebung gegenüber. Keine Motivation und keine Drohung - bis nun auf die ablehnende Entscheidung der IV - schienen ihn aus der Reserve locken zu können. Besonders auffallend sei auch die Tatsache, dass er anscheinend seiner Frau weder im Haushalt noch in der Kindererziehung irgendetwas helfen könne, was auch dem klinischen Bild der Exploration etwas widerspreche. Es ergab sich ein Bild, wie wenn er sich von seiner Ehefrau haushalten und umsorgen liesse, ohne irgendwelche Dankbarkeit und Anerkennung. Etwas Ähnliches gestalte sich auch um die Begutachtung, in der alle Beteiligten sich bemühten, ihm näher zu kommen, ihn besser zu verstehen beziehungsweise aus einer - wenn auch nur minimalen - Schwingungsfähigkeit etwas herauszulesen. Dies sei jedoch nicht mit eindeutigen Zuordnungen möglich gewesen (S. 14-16).

Zusammenfassend könne vielleicht von einer schweren Anpassungsstörung nach einem Umfallereignis gesprochen werden, ohne dass jedoch die Symptome eindeutig zugeordnet werden könnten. Der Explorand erfülle weder die Kriterien einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis noch einer chronifizierten Schmerzverarbeitungsstörung.

Vielmehr scheine es eine Art Störung der Persönlichkeit zu sein, die unfähig sei, sich in eine Umgebung ein- und anzupassen. Ob dies allenfalls Folge einer endogen anmutenden depressiven Erkrankung sein könnte, habe sich auch nicht verifizieren lassen. In seiner Rigidität und Passivität sei auch keine Arbeitsfähigkeit mehr vorzustellen. Auch die Möglichkeiten der Einführung einer Tagesstruktur oder gar einer Tagesbeschäftigung schienen nicht auf einen entsprechenden Widerhall stossen zu können. Zurück bleibe das Bild eines sehr gestörten, aber nach gängigen Diagnosen nicht unbedingt kategorisierbaren Menschen. Nicht unwesentlich sei allenfalls, dass in seiner Familie anscheinend psychische Beschwerden und Erkrankungen vorkämen (S. 16).

Zur Frage, ob ein Gesundheitsschaden vorliege, führte Dr. H.____ aus, dass - wie schon in der früheren Begutachtung von Dr. G.____

- die sichere psychiatrische Einordnung der Symptomatik des Beschwerdeführers nicht mehr möglich sei. Was früher als halluzinatorisch und paranoid interpretiert worden sei, lasse sich heute anhand der geschilderten Symptomatik nicht mehr nachweisen. Die „psychotischen“ Symptome ließen sich nicht mehr in ICD-F

2 einordnen und sie ständen zu unverändert und stereotyp ohne Veränderungen über die Zeit in der ganzen Dynamik. Sein aktuell behandelnder und arabisch sprechender Psychiater

Dr. L.____, der den Beschwerdeführer am nächsten in seinem Alltag begleitet, habe gemeint, der Beschwerdeführer äussere die Symptome nur, wenn es nötig sei, sonst funktioniere er gar nicht so schlecht, ausser dass er nichts mache. Ein Suchtleiden liege sicher nicht vor und die Compliance in der Medikamenteneinnahme scheine deutlich besser als früher zu sein und auch stabilisierend auf Zustand und Symptomatik zu wirken. Das Persönlichkeitsbild des Beschwerdeführers, das in den ersten Beurteilungen als ängstlich und narzisstisch beschrieben worden sei, sei weiter aktuell. So wie er sich erlebe, wie er aber auch von aussen erlebt werde, sei sehr statisch und es sei nur schwer vorstellbar, diese chronifizierten Haltungen zu dynamisieren. Phänomenologisch habe sein Zustandsbild etwas von einer anhaltenden affektiven Störung mit atypischen, nicht wahnhaften psychotiformen Symptomen. Wichtig hinsichtlich einer Arbeitsfähigkeit seien die deutlich defizitären kognitiven Funktionen, die ihm ein längeres Konzentrieren nur in sehr hoch strukturierten Situationen erlaubten. Aus psychiatrischer Sicht schienen mehrere invaliditätsfremde Faktoren das aktuelle Bild mit zu beeinflussen. In erster Linie stehe hier eine ausgeprägte transkulturelle Problematik, zumindest sei aus Sicht des Exploranden seine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben. Auffallend sei, wie dieser anscheinend nicht sehr massive Unfall die vorher sehr gute Anpassungs- und Integrationsfähigkeit völlig zunichte gemacht habe. Anscheinend habe auch die „Einführung“ einer neuen Frau und die Geburt seiner zwei Kinder nichts bewirken können. Für diesen eigentlichen „Knick in der Lebenslinie“ scheine der Unfall alleine zu wenig traumatisierend und für massive kumulative Traumata erzähle der Beschwerdeführer zu wenig über durchgemachte Entbehrungen und bedrohliche Lebensereignisse (S. 17).

Zum sozialen Kontext ergäben sich aus der Anamneseerhebung ausser den Bedrohungen vor der Flucht aus dem Irak und dem Unfallereignis keine möglicherweise traumatisierenden oder das aktuelle Krankheitsbild hinreichend erklärenden Faktoren. Der Explorand habe hier in der Schweiz mehrere Jahre seinen Angaben gemäss völlig gesund und integriert gelebt.

Aktuell imponiere in erster Linie ein depressives Krankheitsbild, das ihm in Gesicht und Haltung geschrieben stehe. Dies in Kombination mit einer Unfähigkeit, an seiner Situation irgendetwas zu ändern. Dies schein auch Folge einer grossen kulturellen und sozialen Isolation und der Einstellung, es gebe keine aktive Möglichkeit, seine Krankheit zu behandeln. In der Begutachtung sei auch keine wirklich tragende Idee bezüglich vorhandenen oder mobilisierbaren Ressourcen entstanden. Alle diesbezüglichen Fragen oder Vorstellungen seien daran gescheitert, dass der Explorand erklärt habe, er sei zu kraftlos und es sei für ihn nicht möglich, in irgend einer Form aktiv zu werden (S. 18).

Offen ist, ob der Explorand effektiv therapie- und integrationsfähig sei. Angeblich unterwerfe er sich gewissen Auflagen und Forderungen, inhaltlich schein sich aber über die letzten Jahre auch mit Therapie in arabischer Sprache weder in der Symptomatik noch in den integrativen Parametern etwas wesentlich verändert zu haben. Der aktuell behandelnde Psychiater sei ebenfalls ratlos sowohl über die therapeutischen Möglichkeiten wie den Verlauf. Er schein sich mit dem Status quo abgefunden zu haben und habe erklärt, im Alltag funktioniere der Explorand „gar nicht so schlecht“. Möglichkeiten zur basalen Integration, Tagesstrukturierung und auch einer Beschäftigung lägen zwar vor, sie seien jedoch an der Passivität und der Symptomatik des Beschwerdeführers gescheitert. Eine Tagesstruktur könnte die Situation zu Hause für die Ehefrau und die Kinder etwas entlasten. Der Beschwerdeführer unternehme aber nichts in diese Richtung, angeblich wegen seiner Kraftlosigkeit und seiner Konzentrationsstörung infolge seiner negativen Gedanken. Aus gutachterlicher Sicht schein eine ihm das Verständnis für solche Interventionen zur Integration grundsätzlich nicht zur Verfügung zu stehen. Subjektiv stelle er sich auf den Standpunkt, seine Krankheit sei so ausgeprägt, dass ihm nichts zuzumuten sei (S. 18 f.).

Bezüglich der Konsistenz sei festzuhalten, dass es keine wirklich zwingende Übereinstimmung zwischen Symptombild, Klinik und der Lebensbewährung gebe. Anscheinend mache der Beschwerdeführer gar nichts, wo er doch vor dem Unfall hoch kompetent als Chauffeur gearbeitet habe. Für den Verlust dieser Fähigkeiten und Fertigkeiten gebe es keine objektivierbare Begründung.

Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsfeld habe bis 2003 zu 100 % bestanden. 2003/2004 sei er etwa ein Jahr zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Im Jahre 2004 sei er für zwei Monate 100 % arbeitsfähig gewesen, seither 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit IV-Berentung zwischen 2004 und 2014. Die Chronifizierung der Erkrankung über mehr als zehn Jahre lasse eine Arbeitsfähigkeit im Sinne des ersten Arbeitsmarktes als nicht mehr realistisch erscheinen.

E. 4

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ vom 8. Februar 2016 (Urk. 7/ 115) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter hat nachvollziehbare Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerung nachvollziehbar

begründet. Dem psychiatrischen Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

E. 4.2

Dr. H.____ diagnostizierte in seinem ausführlichen Gutachten (vgl. E. 2.6) eine anhaltende affektive Störung mit stereotyp psychotiformen Symptomen (ICD-10 : F 34) , wobei differentialdiagnostisch auch eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis möglich sei. Ausserdem weist der Beschwerdeführer eine ängstlich-narzisstisch akzentuierte Persönlichkeit mit massiver transkultureller Problematik auf. Dabei bemerkte der psychiatrische Gutachter, dass es äusserst schwierig sei, das Leiden des Beschwerdeführers symptomatisch und diagnostisch zu interpretieren und zu kategorisieren. Es sei aber eine Art Störung der Persönlichkeit, die es ihm verunmögliche, sich in eine Umgebung ein- oder anzupassen. Dass Dr. H.____ diese schwierige Einordnung explizit eingesteht, lässt die gutachterliche Einschätzung, dass dennoch eine weiterhin invalidisierende psychische Erkrankung vorliegt, im zu beurteilenden Fall sogar plausibler erscheinen. Dabei hielt Dr. H.____ fest, dass die Medikamenten-Compliance zwar besser sei und sich dies stabilisierend auf den Zustand und die Symptomatik auswirke. Eine eigentliche Verbesserung stellte er hingegen nicht fest. Angesichts der anlässlich der Begutachtung beobachteten deutlich defizitären kognitiven Funktionen schliesst er vielmehr auf eine seit 2004 unverändert bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Auch der behandelnde Psychiater Dr. N.____ attestierte dem Beschwerdeführer bei einer diagnostizierten - wenn auch untypischen - paranoiden Schizophrenie eine seit 2004 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 2.5). Für seine Beurteilung stützt sich Dr. N.____ auch darauf, dass sich die Angstzustände und die psychotischen Symptome des Beschwerdeführers bei einer versuchsweisen Reduktion der Medikamente umgehend verstärkt hätten. Zudem sei die Medikamenten-Compliance höchstwahrscheinlich gut. Dies lässt durchaus auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen. Und obwohl demnach unter Umständen eine gewisse Anpassung an die Beschwerden stattgefunden hat, so ist angesichts der regelmässigen Einnahme seiner antidepressiven und neuroleptischen Medikamente zudem davon auszugehen, dass sich die psychische Störung des Beschwerdeführers auch gerade deswegen anlässlich der Begutachtung nicht so manifestiert zeigte.

Dr. H.____ wies zudem auf die ausgeprägte transkulturelle Problematik hin. Trotz Vorliegen dieser invaliditätsfremden Faktoren, welche nach invalidenversicherungsrechtliche Kriterien nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit miteinbezogen werden dürfen, attestierte er dem Beschwerdeführer eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin verneinte er damit implizit eine relevante Überlagerung der psychischen Erkrankung durch invaliditätsfremde Umstände.

E. 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es zu keiner rechtserheblichen Änderung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers kam. Da dem nach weder ein Wiedererwägungsgrund (vgl. Urteil IV.2013.01090 vom 25. November 2014) noch ein Revisionsgrund vorliegt, erfolgte die Renteneinstellung durch die Beschwerdegegnerin zu Unrecht und die Beschwerde ist folglich in Aufhebung der angefochtenen Verfügung gutzuheissen.

E. 5

.1

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festzusetzen sind (Art. 6

E. 9

Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (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 Schwierigkeiten des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen. Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler machte mit Eingabe vom 21. November 2017 einen Aufwand von 7 Stunden und Pauschal-Barauslagen von 3 % im Betrag von Fr. 46.20 geltend (Urk.

E. 10

), wobei dieser Aufwand als angemessen erscheint. Deshalb ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'713.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. 5.3

Entsprechend erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. August 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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. 1'713.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler - 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstGeiger

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