

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01167 vom 31. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01167

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01167 du 31 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01167 del 31 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Im Urteil IV.2012.00135 vom 25. April 2013 wurden die gesetzlichen Bestimmungen und die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze, namentlich diejenigen zum Begriff der Invalidität (Art.

E. 1.2

Auf Veranlassung der Suva nahm der Versicherte ab dem 7. Mai 2012 am Programm der Tagesstätte « F.____ » teil, wobei er dort nach einer Einführungsphase ab dem 7. Juni 2012 an einem geschützten Arbeitsplatz beschäftigt wurde (Urk. 7/82/140-142 und Urk. 7/82/132-134; vgl. Verlaufsbericht der Tagesstätte « F.____ » vom 12. November 2012, Urk. 7/82/90-92). Ab Mitte 2013 arbeitete der Versicherte im Arbeitsversuch und ab 1. Juni 2013 bei einem vertraglich vereinbarten Pensum von 16 Stunden pro Woche bei der G.____ GmbH (Urk. 7/82/14 und Urk. 7/82/16).

E. 1.2.1

Zu ergänzen ist, dass gemäss der im Zeitpunkt des Urteils IV.2012.00135 vom 25. April 2013 aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichts eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken vermögen. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E . 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete ver

sicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5).

Gemäss BGE 143 V 418 sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE

143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.2.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht 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).

E. 1.3

Mit Urteil vom 2

E. 1.3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung 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 Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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. 1.3.2

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprennung der Leistung und andererseits

deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d). Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin macht in der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2017 (Urk. 2) geltend, gemäss dem

Gutachten von Dr. H. ___ hätten beim Beschwerdeführer weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung diagnostiziert werden können. Der Beschwerdeführer habe an einer vorübergehenden Erkrankung gelitten, welche nicht von der Invalidenversicherung versichert sei. 2.2

Demgegenüber führt der Beschwerdeführer zur Begründung der Beschwerde aus, er sei nach dem Verkehrsunfall traumatisiert und innerlich erstarrt gewesen. Er habe nicht mehr richtig reden können und überall Schmerzen (z.T. auch psychisch bedingt) gehabt. Er sei in der Folge arbeitsunfähig gewesen, dank eines guten Case Managements durch die Suva habe er seine Leistungsfähigkeit aber wieder langsam steigern können. Ende 2015 habe er die volle Arbeitsfähigkeit erreicht. Er habe deshalb Anspruch auf eine ganze Invalidenrente bis zum 30. Juni 2014 (drei Monate nach Aufnahme eines 50%-Pensums) und auf eine halbe Invalidenrente für ein weiteres Jahr (bis drei Monate nach der Begutachtung). Es sei zu berücksichtigen, dass der psychiatrische Anteil zwar überwiege, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber somatische Befunde einzubeziehen seien. Wenn die psychiatrische Störung überwindbar sei, so müsse zumindest bis zu dem Zeitpunkt, in dem sie bei genügender Anstrengung überwunden werden könne, ein Rentenanspruch bejaht werden (Urk. 1). 3. 3. 1

Vorwegzunehmen ist, dass die Argumentation der Beschwerdegegnerin (Urk. 2) jedenfalls zu kurz greift. Die Beschwerdegegnerin übersieht nämlich, dass mit dem Urteil IV.2012.00135 vom 25. April 2013 (Urk. 7/76/1-18) die Verfügung vom 17. Dezember 2011, mit welchem sie dem Beschwerdeführer für die Zeit von März bis August 2009 eine ganze Rente zugesprochen hatte (Urk. 7/61 und Urk. 7/58 [Verfügungsteil 2]; vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1) nicht integral, sondern nur insoweit aufgehoben wurde, als darin ein Leistungsanspruch ab dem 1. September 2009 verneint wurde; die Beschwerdegegnerin wurde – dementsprechend – angewiesen, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. September 2009 zu verfügen (vgl. Dispositiv Ziffer 1 und Erwägung 5). Das Gericht hat somit mit dem besagten, unangefochten gebliebenen Urteil lediglich die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Befristung der (ganzen) Rente per Ende August 2009, nicht jedoch deren Zusprache aufgehoben. Über den Rentenanspruch bis Ende August 2009 wurde demnach abschliessend (und rechtskräftig) entschieden (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 9C_829/2017 vom 31. Januar 2018 E. 2.2 mit Hinweis).

Die Verneinung eines Rentenanspruchs ab dem 1. September 2009 setzt demnach einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG voraus (vgl. E. 1.3.2), zumal ein Zurückkommen auf die Rentenzusprache im Rahmen einer Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2) oder formelle n Revision (Art. 53 Abs. 1 ATSG) ausser Diskussion steht . 3.2

Die bis zur Verfügung vom 17. Dezember 2011 vorliegenden Arztberichte resp .

Gutachten wurden in Erwägung 2 des Urteils IV.2012.00135 vom 25. April 2013 zusammengefasst (Urk. 7/76/6-13; vgl. Urk. 7/108/10-13 und Urk. 7/108/16-49), weshalb sie vorliegend nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen jedoch darauf Bezug genommen. 3.3 3.3.1

Im Nachgang zum Urteil vom 25. April 2013 zog die Beschwerdegegnerin – erneut – die Akten der Suva bei (Urk. 7/82) und holte von Dr. Z.____ und Dr. A.____ je einen Verlaufsbericht ein (Urk. 7/84 und Urk. 7/88). 3.3.2

Aus den Suva-Akten geht hervor, dass am 9. Februar 2012 eine Besprechung stattfand, an welcher – nebst dem Beschwerdeführer und seinem Rechtsvertreter – der Casemanager der Suva, Dr. A.____ und die Ergotherapeutin I.____ teilnahmen (Urk. 7/82/166-167). Med. pract . J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom versicherungspsychiatrischen Dienst der Suva hielt in der betreffenden psychiatrischen (Verlaufs-)Beurteilung vom 13. Februar 2012 fest, es sei aus den Gesprächen, den Beschreibungen und dem Verlauf ersichtlich, dass der Beschwerdeführer unter den psychischen Unfall folgen weiter leide. Eine deutliche Besserung sei nicht eingetreten. Die gegenwärtige Durchführung der Traumatherapie sei unter anderem aufgrund fehlender intrapsychischer Ressourcen, Widerstandsmechanismen bzw. krankheitsbedingter Blockaden nicht möglich (Urk. 7/82/172). Dr. A.____ habe (am 9. Februar 2012) berichtet, dass nach dem Besuch der Tagesklinik der Integrierten Psychiatrie K.____ (vom 26. Februar bis 20. Mai

2010, vgl. Urk. 7/82/275-278) eine Verschlechterung zu beobachten gewesen sei. Aus ihrer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit und das Wiedererlangen einer solchen sei ebenfalls unrealistisch (Urk. 7/82/170). Alle Gesprächsteilnehmenden seien sich jedoch einig, dass die Durchführung von Tagesstrukturmassnahmen sinnvoll sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei diese Massnahme zu unterstützen (Urk. 7/82/172). 3.3.3

Im Bericht an die Suva vom 27. November 2012 führte Dr. A.____ aus, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der Besprechung vom 9. Februar 2012 nicht wesentlich verändert habe. Er sei für alle Tätigkeiten (sowohl in angestammter Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Autogarage als auch für angepasste Arbeit) zu 30 % arbeitsfähig. Die Ergotherapie sei beendet, die sozialpsychiatrische Betreuung durch den « F.____ » laufe seit dem 7. Mai 2012 regelmässig dreimal wöchentlich während zweieinhalb Stunden. Der Beschwerdeführer habe in seinem Verhalten nichts ändern können. Seine dysfunktionalen Verhaltensmuster (Vermeidung, Grübeln, Sicherheitsverhalten) seien bis heute geblieben. Er habe inzwischen auch aufgehört, auf kürzeren Strecken Auto zu fahren. Die Schlafstörungen hätten nur mit Medikamenten kuptiert werden können. Ihres Erachtens sei

es beim Beschwerdeführer zu einer Persönlichkeitsänderung mit zunehmender misstrauischer Haltung der Welt gegenüber und einer Entfremdung gekommen. Er habe weiterhin eine labile bis dysphorische Stimmung, Passivität, vermindertes Interesse und zeige auch zunehmende psychosomatische Beschwerden (Urk. 7/82/88). 3.3.4

Med. pract . J.____ hielt in seiner psychiatrischen Beurteilung vom 20. Februar 2013 (Urk. 7/82/68-72) fest, dass verglichen mit der Situation Anfang 2012 eine erfreuliche, positive weitere Entwicklung und ein entsprechender Verlauf betreffend Ressourcenaktivierung und Wiederintegration zu vermelden seien . Aus ver si cherungspsychiatrischer Sicht und anhand der Aktenlage liessen sich keine An haltspunkte finden, die gegen eine 50%ige Präsenz bei einer angepassten, jedoch anspruchsvolleren Tätigkeit als die bisherige im « F.____ » mit entsprechender Leistungsanpassung sprechen würde (Urk. 7/82/71) . 3.3.5

Dr. Z.____ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 29. Juli 2013 (Urk. 7/84/7-10) aus, die Prognose sei sehr schlecht. Sämtliche Therapie massnahmen hätten nicht zu irgendwelchen Veränderungen geführt. Die depressive Stimmung sei nach wie vor vorhanden, trotz Versuch , mit mehreren Medi kamenten die Situation zu verbessern. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe weiterhin zu 100 % , eine Arbeitsaufnahme sei völlig undenkbar. Der Beschwerde führer sei aufgrund seiner Konzentrationsschwäche, seiner psychischen Abwesenheit, seinen Schwindelerscheinungen und seinen Schmerzen absolut nicht arbeitsfähig. 3.3.6

Dr. A.____ stellte im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11. Oktober 2013 (Urk. 7/88) – wie bereits in ihrem Vorbericht vom 24. März 2011 (Urk. 7/53) – die psychiatrischen Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS ,

ICD-10 F43.1) und einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32. 10). Als die sozialpsychiatrische Betreuung durch den « F.____ » etabliert worden sei, habe der Beschwerdeführer neben seiner labilen bis dysphorischen Stimmung Passivität, vermindertes Interesse und auch zunehmende psychosomatische Beschwerden gezeigt. Nach der Einführungsphase (im « F.____ ») habe der Beschwerdeführer durch die handwerkliche Tätigkeit seine Ressourcen langsam wahrnehmen können und nach und nach kleine Fortschritte mit Verbesserung der Konzentration und Motivation gemacht bzw. sei eine Bes serung seines Selbstwertgefühls eingetreten. Trotz der misstrauischen Haltung der Welt gegenüber und sehr schwierigen, teilweise kulturell bedingten Verhältnissen in der Familie habe er sich in eine ernsthafte Beziehung einlassen können. Er habe sich zunehmend motiviert gezeigt, das Leben wieder neu zu erobern und auch einen Arbeitsversuch bei der Hauswirtsfirma eines Kollegen in Anspruch zu nehmen. Die Prognose sei schlecht, da der Beschwerdeführer das Leben noch nicht zurückerobert habe. Es sei mit einem chronischen Verlauf zu rechnen, da eine Verarbeitung des traumatischen Ereignisses nicht gelungen sei. Eine Teilar beitsfähigkeit in geschütztem Rahmen sei jedoch im Moment realisierbar. Der Beschwerdeführer sei motiviert, sich wieder durch die Arbeit zu bestätigen und seine Problematik zu überwinden. Der Beschwerdeführer habe immer noch Kon zentrationsstörungen, dissoziative Zustände, Schlafstörungen, Angstzustände und Interesse- und Lustlosigkeit. Aufgrund von depressiver Antriebs- und Stimmu ngs lage sei der Beschwerdeführer nicht imstande, seine bisherige Tätigkeit auszu üben. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm seit Februar 2012 zu 30 % mit einem Belastungsprofil von 70 % möglich. Es sei zu erwarten, dass diese Arbeitsfähigkeit bis Januar 2014 auf 50 % gesteigert werden könne. 3.4 3.4 .1

Laut dem psychiatrischen Gutachten von Dr. H.____ vom 14. August 2015 (Urk. 7/108) bestehen beim Beschwerdeführer keine aktuellen psychiatrischen Diagnosen gemäss ICD-10. Als heute nicht mehr störungswertige psychiatrische Diagnose bestünden sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, näher bezeichnet: Traumatische Trauer (ICD-10 F43.8), vollständig remittiert (Urk. 7/108/74). Dr. A.____ habe sich von Anfang an auf die Diagnose einer PTBS festgelegt. Die PTBS sei im Prinzip eine traumatisch ausgelöste Angststörung. Sie bezeichne nicht irgendeine Angst, sondern eine traumatisch wiedererlebte Todesangst (und deren Vermeidung). Was den Beschwerdeführer nach dem Unfall gemäss Dr. A.____ umtreibe, sei aber nicht das Wiedererleben von Todesangst, sondern die Angst (und die Vermeidung) von Scham-, Schuld- und Ärgergefühlen. Scham-, Schuld- und Ärgergefühle seien Gefühle und zugehörige Gedanken, die im Umfeld von Suizidalität, in deren Folge der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. A.____ gelangt sei, für eine depressive Störung sprächen. Psychopathologisches Gewicht hätten Scham, Schuld und Ärger erst dann, wenn solches Denken und Fühlen über seine sinnvolle Schutzfunktion hinaus das Minderwertigkeitserleben vertiefe und das Selbstwertgefühl und die soziale Zugehörigkeit nachhaltig schwäche (Urk. 7/108/64-65). Für die psychiatrischen Voruntersuchungen (Dr. A.____, Dr. C.____, med. pract. J.____) lasse sich übereinstimmend feststellen, dass im Umfeld von Schuld- und Schamkonflikten beim Beschwerdeführer eine Störung der Selbstwertregulation festzustellen sei. Eine solche manifestiere sich entweder (zumeist) im passiven Modus der Selbstwertschwäche (depressives Syndrom) oder aber (seltener) im überkompensatorischen Modus der Jovialität und Selbstüberschätzung. Für die ersten Jahre nach dem Unfall bestünden nach Lage der Akten beim Beschwerdeführer mehrheitlich Hinweise auf einen passiven Modus in der Bewältigung des durch den Unfall ausgelösten Schuld- und Schamkonfliktes, so dass sich die Frage eines depressiven Syndroms stelle (Urk. 7/108/66-67). Von aussen gesehen seien es häufig Verlust Erfahrungen, die Depressionen auslösten. Daraus ergebe sich die Nähe zwischen Trauer und Depression. Die Depression sei dabei Teilaspekt einer nicht einfachen, sondern komplizierten Trauerreaktion, die auch als traumatische Trauer bezeichnet werde. Ein Anknüpfungspunkt der damaligen Depression des Beschwerdeführers an den erlittenen Verlust der ersten Ehefrau liege auch in einem Phänomen, das man unter dem Begriff der Überlebensschuld kenne. Das lange Verharren des Beschwerdeführers in einem Zustand der Niedergeschlagenheit, der Trauer und der Schuld überrasche in einer Konstellation wie der vorliegenden nicht. Schuldgefühle lösten ausserdem ein Bedürfnis nach Sühne aus, so, als könne dadurch eine Schuld gemindert werden. Alles, was das Leben schwer, unglücklich und traurig mache, könne die Funktion einer Sühne haben, sei also geeignet, die drückenden Schuldgefühle abzumildern. Die genannten psychodynamischen Phänomene (Überlebensschuld und Sühne) seien eine geeignete Erklärung, wenn sich zeige, dass nach einem Todesfall Trauer und Depressivität nicht nur anhielten, sondern gerade in solchen Phasen verlässlich überhandnahmen, in denen Aussicht auf Besserung bestehe. Eine Verlust Erfahrung wie diejenige des Beschwerdeführers könne als psychisches Trauma begriffen werden (Urk. 7/108/68). Diese Erfahrung werde normalerweise ins Leben integriert (Trauerarbeit). In manchen Fällen gelinge dies (längere Zeit) nicht: dann werde die Trauer (für geraume Zeit) zum Trauma. Dabei komme der Vermeidung von schmerzhaften Emotionen eine wichtige Rolle zu. Die häufigste Reaktion in der Trauer sei Weinen. Aber auch Angst, Ärger und Wut seien Aspekte der Trauer. Nicht selten seien Trauernde gar nicht fähig, sich emotional auszudrücken oder Gefühle zu erleben: die trauernde Person fühle sich abgeschnitten von

der Welt, habe keinen Zugang mehr zu sich selbst (oder anderen) oder sei emotional überschwemmt, so dass es zu keiner klaren Gefühlsäusserung komme. In einer solchen Verfassung dürfte sich der Beschwerdeführer gemäss Dr. A. ___ in all den Jahren befunden haben (Urk. 7/108/69). Zeichen einer pathologischen Entwicklung der Trauer (komplizierte Trauerreaktion, pathologische Trauer) seien unter anderem heftige, impulsiv aufscheinende emotionale Reaktionen (vor allem: Schuldgefühle und Angst), Panikattacken, depressive Reaktionen, exzessive Reizbarkeit, Gefühl innerlicher Leere und all gemeiner Sinnlosigkeit sowie Schlafstörungen (Urk. 7/108/70-71). Nach dem allgemeinen Stressmodell könne die pathologische Entwicklung der Trauer (komplizierte Trauer, traumatische Trauer) als Intensivierung der mit der Trauer verbundenen Reaktionen (emotional, kognitiv somatisch) betrachtet werden. Die Anwendung des allgemeinen Stressmodells auf die Verhältnisse beim Beschwerdeführer erlaube, die (patho)physiologischen und psycho (patho)logischen Phänomene im Ganzen als Ausdruck einer phasenweise offenkundig erschöpften Stressverarbeitung zu betrachten (Urk. 7/108/71). Heute, im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung, gelinge dem Beschwerdeführer ein sinnvoller Umgang mit Schuld, Leid und Erfahrungen unabänderlichen Schicksals. Dass sich der Beschwerdeführer 2013 neu verheiratet habe und Anfang Mai 2015 mit einer erneuten Vaterschaft aus zweiter Ehe den Neuanfang zu einem zweiten Familienleben gemacht habe, sei offensichtlicher Ausdruck davon, dass die Anpassung an die neue Wirklichkeit nicht nur gesucht, sondern auch gefunden worden sei (Urk. 7/108/72). Ein typischer klinischer Teilaspekt der inzwischen abgeklungenen komplizierten (traumatischen) Trauer könne auch ein "Überhang" der Körpersymptomatik sein, welchen Dr. Z. ___ schon 2008 als zweifellos erkennbare Schmerzausweitung und Dr. A. ___ wiederholt als psychosomatische Beschwerden bezeichnet hätten. Nach seiner eigenen Untersuchung fielen die psychischen Anteile an der Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers und ihren Folgen heute nicht mehr massgeblich ins Gewicht. Zwar bestünden als Ausdruck der Furcht des Beschwerdeführers vor Ungewissem, vor Unkontrollierbarem und vor Versagen von der Selbstkontrolle auch Gesundheitsängste. Diese Befürchtungen erschienen jedoch als Phänomene, welche die Erheblichkeitsgrenze einer psychischen Störung eindeutig nicht mehr erreichten und den Beschwerdeführer insbesondere beruflich nicht mehr erkennbar behinderten. Daher entfalle beim Beschwerdeführer aktuell nicht nur bezüglich der traumatischen Trauer, sondern auch bezüglich der Angst die Feststellung einer psychischen Störung (Urk. 7/108/73-74).

Zur von Dr. A. ___ in ihrem Bericht (an die Suva) vom 27. November 2012 (Urk. 7/82/88) gestellten Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bemerkte Dr. H. ___, dass Dr. A. ___ diese Diagnose im Kern in einen Zusammenhang mit der Feststellung, dass es beim Beschwerdeführer zu einer « zunehmenden misstrauischen Haltung der Welt gegenüber und einer Entfremdung » gekommen sei, stelle. Diese Feststellungen passten zunächst nicht zu den Befunden aus der Einrichtung « F. ___ » zur selben Zeit oder Wochen davor, wo man den Beschwerdeführer nicht in der zumal bei einer Persönlichkeitsänderung typischen durchgängig fixierten misstrauischen Haltung kenne, sondern sein « fröhliches, freundliches Verhalten » erfasse. Hinzu komme, dass Dr. A. ___ mit der Diagnose einer Persönlichkeitsänderung impliziere, dass die früher von ihr festgestellte PTBS ein Stadium des Unabänderlichen erreicht habe. Dieser Diagnose schliesse er sich nicht an und somit interpretiere er die heutige Verfassung des Beschwerdeführers auch nicht als chronische irreversible Erscheinungsform einer PTBS (Urk. 7/108/84-85).

Dr. H.____ kam zum Schluss, dass eine unfallbedingte psychische Störung heute nicht mehr bestehe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich auf eine unfallkausale psychische Störung nicht zurückführen. Eine nicht unfallkausale psychische Störung liege ebenfalls nicht vor. Die vom Beschwerdeführer heute geltend gemachten Leistungseinbussen stünden im Zusammenhang mit anhaltenden, belastungs-abhängigen Schmerzen am Bewegungsapparat, die im Wesentlichen von Strukturen und Dysfunktionen der Wirbelsäule ausgingen. Ob diese eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu begründen vermöchten, sei nicht durch den Psychiater zu beurteilen, sondern falle ins Fachgebiet des Rheumatologen. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die Trauer über die Folgen des Verkehrsunfalles sei in eine Phase getreten, in der eine komplizierte (traumatische) Trauer nicht mehr festgestellt werden könne. Schmerzhaftes Erinnerungen, die der Beschwerdeführer mit dem Verlust seiner ersten Ehefrau durch den Unfall, mit dem Verlust des damaligen Familienlebens und allenfalls auch beschämenden Erinnerungen an den Unfallhergang verbinde, hätten in der heutigen Konstellation kein Gewicht mehr. Die Trauer habe einen natürlichen, heilsamen Verlauf genommen. Mit schmerzhaften Erinnerungen solcher Art assoziierte Beschwerden begründeten heute keine psychische oder auch psychosomatische Störung mehr, welche die Erheblichkeitsgrenze erreiche (Urk. 7/108/88-89). 3. 4. 2

In Beantwortung der Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin führte Dr. H.____ am 7. Mai 2017 (Urk. 7/120) aus, die in der Zeit nach dem Unfall diagnostizierte Reaktion auf schwere Belastung (traumatische Trauer, ICD-10 F 43.8) habe die Arbeitsfähigkeit beeinflusst. Im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom 13. Mai 2015 habe keine psychische Symptomatik mehr bestanden, welche den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit einschränke. Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit nach dem Unfall vom 24. März 2008 anbelange, so müsse diese nach Lage der Akten erfolgen, die Befragung des Beschwerdeführers könne in dieser Hinsicht nichts beitragen.

Während dem das Gutachten gegenüber den Voruntersuchungen (mangels Plausibilität der Vordiagnosen) zu einer anderen diagnostischen Einschätzung komme, seien die Einschätzungen der Arbeits (un) unfähigkeit des Beschwerdeführers, wie sie im Rahmen der Voruntersuchungen geschehen seien, im Wesentlichen nachvollziehbar (Sie seien auch Realität geworden, indem sich die Suva auf diese Einschätzungen abgestützt habe).

Die Reaktion auf schwere Belastung (Traumatische Trauer, F43.8) habe mit dem Unfall vom 24. März 2008 eingesetzt. Die zugehörigen Symptome hätten ab dem Unfall bestanden. Diese Symptomatik habe eine volle Arbeitsunfähigkeit begründet, die (überwiegend) wahrscheinlich bis im Frühjahr 2013 bestanden habe. Per Mai 2013 habe nachweislich (in Tat und Wahrheit) eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden, indem der Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt einer Teilzeitbeschäftigung für eine Firma im Bereich Liegenschaftsunterhalt (Hauswartung, Gartenunterhalt) nachgegangen sei: Das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers ab Mai 2013 werde von Dr. A.____ auf 30 % beziffert (70%ige Arbeits unfähigkeit für diese Tätigkeit). Dass das Leistungsvermögen damals « theoretisch » höher gewesen sei, sei zwar denkbar (möglich), könne aber nicht mit Wahrscheinlichkeit angenommen bzw. nachgewiesen werden. Andererseits bzw. gegen die Annahme einer über 30%igen Arbeitsfähigkeit sprechend: Dr. A.____ s Einschätzung, wonach nach längerer voller Arbeitsunfähigkeit zunächst nicht mehr als eine 30%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe, sei aufgrund der allgemeinen klinischen Erfahrung nachvollziehbar, denn die Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit sei in aller Regel eine

Angelegenheit der kleinen Schritte. Per April 2014 habe sich der Beschwerdeführer für dieselbe Tätigkeit (Liegenschaftsunterhalt) vertraglich auf ein Pensum von 50 % verpflichtet. Die Arbeitsfähigkeit für diese Tätigkeit habe daher zumindest 50 % betragen. Dr. A. ___ habe von der im April 2014 aufgenommenen Tätigkeit ihres Patienten zunächst nichts gewusst, habe dann aber, als sie durch den Suva- Casemanager darüber in Kenntnis gesetzt worden sei, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im genannten Tätigkeitsbereich bestätigt. Die damalige Einschätzung von Dr. A. ___ stehe argumentativ auf wackeligen Füßen; intuitiv dürfte ihre Einschätzung aber die Verhältnisse korrekt wiedergeben. Wie im Gutachten bereits ausgeführt, erweckten die Korrespondenzen zwischen Casemanager und Dr. A. ___ beim Leser den Eindruck, dass wesentliche Fakten der beruflichen Rückkehr in der psychiatrischen Sprechstunde nicht Gegenstand der Debatte gewesen seien. Dr. A. ___ scheine sich mit den konkreten Fragen der beruflichen Rückkehr nicht näher befasst zu haben. Im September 2014 liefere Dr. A. ___ zuhanden der Suva einen weiteren Bericht und schildere darin einen Befund, der zu einer leicht- bis mittelschweren psychischen Störung passe. Gestützt auf diesen Befund sei eine Arbeitsfähigkeit im Bereich adaptierter Tätigkeit im Umfang von 50 % (50%iges Leistungsvermögen) im damaligen Zeitpunkt weiter plausibel. Im Zeitpunkt seiner eigenen gutachterlichen Untersuchung vom 13. Mai 2015 sei die schwere Belastung (traumatische Trauer) nachweislich in einer Weise abgeklungen, dass sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf psychiatrischen Fachgebiet in diesem Zeitpunkt nicht mehr feststellen lasse. Wie sich die seit September 2014 und bis Mai 2015 somit festzustellende Besserung im Verlauf dieses Zeitraums entwickelt habe, lasse sich nicht sagen. 3. 5

RAD-Ärztin Dr. med. L. ___ , FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab am 15. Juni 2017 (Urk. 7/123/4-5 , vgl. auch Urk. 7/123/3) an, gestützt auf die Antworten von Dr. H. ___ auf die Zusatzfragen sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von folgenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen: 100 % Arbeitsunfähigkeit vom 24. März 2010

E. 5

Im April 2013 hiess das Sozialversicherungsgericht die Beschwerde des Beschwerdeführers vom 17. Dezember 2011 in dem Sinne gut,

dass die angefochtene Verfügung, soweit sie einen Leistungsanspruch ab dem 1. September 2009 verneint, aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit sie, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch ab dem 1. September 2009 neu verfüge (Prozess Nr. IV.2012.00135; Urk. 7/76/1-18). Dieses Urteil blieb unangefochten. 1. 4

Die IV-Stelle zog erneut die Akten der Suva bei (Urk. 7/82/1-451). Ausserdem holte sie die Arztberichte von Dr. Z. ___ vom 29. Juli 2013 (Urk. 7/84/7-10) und von Dr. A. ___ vom 11. Oktober 2013 (Urk. 7/88) ein. Am 29. Januar 2014 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass er teilweise wieder arbeite und eine Arbeitsleistung von bis zu 81 Stunden pro Monat erbracht habe. Er ersuchte die IV-Stelle um weitere Unterstützung bei der Eingliederung in Koordination mit der Suva (Urk. 7/89). Die IV-Stelle führte in der Folge Abklärungen über die berufliche Eingliederung des Versicherten durch (Urk. 7/98/2-5). Per 1. April 2014 stellte die G. ___ GmbH den Versicherten mit einem Pensum von 50 % als Garten- und Bauarbeiter an (Urk. 7/96), woraufhin die IV-Stelle von der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen absah (Urk. 7/98). Am 15.

August 2014 teilte die Suva der IV-Stelle mit, dass sie beabsichtige, den Versicherten durch Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten zu lassen (Urk. 7/100). Die IV-Stelle liess der Suva daraufhin zuhanden von Dr. H.____ Zusatzfragen zugehen (Urk. 7/101). Dr. H.____ erstattete sein Gutachten am 14. August 2015 (Urk. 7/108/3-90). Am 7. Mai 2017 beantwortete Dr. H.____

weitere Zusatzfragen der IV-Stelle zum Gutachten (Urk. 7/120). Mit Vorbescheid vom 3. August 2017 kündigte die IV-Stelle X.____ an, dass sie sein Leistungsbegehren abweisen werde (Urk. 7/122). Mit Verfügung vom 25. September 2017 wies sie das Leistungsbegehren ab (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob X.____ durch Rechtsanwalt Dr. Pedernana am 27. Oktober 2017 Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

« 1.

Die Verfügung vom 25. September 2017 sei aufzuheben und dem

Beschwerdeführer sei eine volle Rente bis 30. Juni 2014 und eine halbe Rente bis 30. Juni 2015 zuzusprechen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.»

Mit Beschwerdeantwort vom 7. Dezember 2017 ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 11. Dezember 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 8). 3.

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

E. 8

bis zum 30. April 2013, 70 % Arbeitsunfähigkeit vom 1. Mai 2013 bis zum 31. März 2014, 50 % Arbeitsunfähigkeit vom 1. April 2014 bis zum 12. Mai 2015 (in dieser Zeitspanne wäre theoretisch eine steigende Arbeitsfähigkeit möglich). 4. 4.1

Das Sozialversicherungsgericht hat im Urteil vom 25. April 2013 die Frage, ob ein polydisziplinäres Gutachten notwendig sei, verneint mit der Begründung, aus den medizinischen Berichten ergebe sich, dass die somatischen Unfallfolgen weitgehend abgeklungen seien und lediglich noch die psychischen Beschwerden für die Beurteilung allfälliger Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit massgeblich seien (Urk. 7/76/14-15).

Inwiefern sich an dieser Ausgangslage etwas geändert haben soll, wurde vom Beschwerdeführer nicht dargelegt und ist auch nicht ersichtlich. Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellte, es wäre eine interdisziplinäre Begutachtung angezeigt gewesen (Urk. 1 S. 5), kann ihm daher nicht gefolgt werden. 4.2

4.2.1

Das – vom Unfallversicherer eingeholte – psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ vom 14. August 2015 (Urk. 7/108) sowie seine ergänzende Stellungnahme vom 7. Mai 2017 beruhen auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurden in Kenntnis der und einlässlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Dr. H.____ berücksichtigte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dessen Verhalten auseinander. Auch hat er die medizinischen Zusammenhänge grundsätzlich einleuchtend dargelegt. 4.2.2

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4-5) erweist sich das Gutachten insbesondere in diagnostischer Hinsicht als überzeugend: Dr. H.____ hat schlüssig aufgezeigt, weshalb die in den Vorberichten, namentlich denjenigen von Dr. A.____ , gestellten Diagnosen einer PTBS resp. einer Persönlichkeitsänderung nicht zu überzeugen vermögen und weshalb er selbst das laut den Vorberichten seit dem Unfall vom 23. März 2008 bestehende psychopathologische Beschwerdebild als « Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung, näher bezeichnet: Traumatische Trauer, F43.8) » erfasst hat (Urk. 7/108/74-75). Dass Dr. H.____ bezüglich der von Dr. A.____ gestellten Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung keine Fremdanamnese eingeholt hat, stellt seine diagnostische Beurteilung nicht in Frage, obliegt doch der Entscheid darüber grundsätzlich alleine der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des medizinischen Experten (Urteil des Bundesgerichts 9C_457/2018 vom 7. September 2018 E. 3.2 mit Hinweis). 4.2.3

Die Beurteilung von Dr. H.____ , wonach die beim Beschwerdeführer seit dem Unfall (24. März 2008) bestehende traumatische (pathologische) Trauer im Zeitpunkt der Begutachtung (13. Mai 2015) vollständig remittiert gewesen sei und in diesem Zeitpunkt keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Störung mehr bestanden habe, erscheint aufgrund des von ihm erhobenen, weitestgehend unauffälligen Psychostatus (Urk. 7/108/59) überzeugend. Sie wurde denn vom Beschwerdeführer auch nicht in Frage gestellt. 4.2.4

Streitig und zu prüfen ist, ab welchem (früheren) Zeitpunkt die Remission der traumatischen Trauer einsetzte resp. ab welchem Zeitpunkt sich das dadurch bedingte psychische Beschwerdebild in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise besserte. Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung dieser Frage bildet der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Rentenbeginns (März 2009; vgl. E. 1.3.2). 4.3

4.3.1

Dr. A.____ hatte dazu in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 7. Januar 2009 festgehalten, der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration seien herabgesetzt. Es bestünde eine retrograde Amnesie mit einer Verwirrung über den Ablauf der Ereignisse beim Autounfall und eine durchschnittliche Intelligenz. Im formalen Denken sei er auf seine Erinnerungen und die schwere Lebenssituation eingeengt, misstrauisch, und grübelnd. Es seien keine inhaltlichen Denkstörungen explorierbar. In der Stimmung sei der Beschwerdeführer depressiv, weinerlich, affektlabil bis affektinkontinent und ängstlich. Es bestünden Scham-, Schuld- und Ärgergefühle. Er sei antriebsarm und psychomotorisch unruhig. Es bestehe keine Suizidalität. Die Prognose sei nicht absehbar, es sei mit einem chronischen Verlauf zu rechnen, da die geplante Verhaltenstherapie der posttraumatischen Belastungsstörung wegen dysfunktionalem Verhalten (Vermeidung und Dissoziationen) bis jetzt keine Besserung gebracht habe. Er habe immer noch schwere Konzentrationsstörungen, Wutausbrüche, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Weiter habe er immer noch Angst vor Kontrollverlust und das Gefühl, verrückt zu werden bzw. zu explodieren und sich oder anderen etwas anzutun (Urk. 7/14; vgl. auch Bericht von Dr. A.____ an die Suva vom 8. Januar 2009, Urk. 7/82/387-388).

4.3.2

Dr. H.____ bezweifelte in seinem Gutachten nicht, dass es beim Beschwerdeführer nach dem Unfall vom 24. März 2008 zu einer pathologischen Trauerreaktion mit den von Dr. A.____ im Bericht vom 7. Januar 2009 genannten affektiven und kognitiven Beeinträchtigungen kam. Auch die von Dr. A.____ in ihrem Bericht vom 24. März 2011 gemachte Angabe, wonach der Zustand des Beschwerdeführers und die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2009 unverändert seien (Urk. 7/53/2), stellte er in seinem Gutachten nicht in Frage. Zum Bericht von Dr. A.____

vom 27. November 2012 führte er zwar an, dass die von ihr darin gemachte Feststellung, wonach beim Beschwerdeführer zunehmend eine misstrauische Haltung der Welt gegenüber und eine Entfremdung sowie weiterhin eine labile bis dysphorische Stimmung, Passivität und ein vermindertes Interesse bestünden, nicht zu den Befunden aus der Einrichtung « F.____ » zur selben Zeit oder Wochen davor passten. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Mai 2017 ging er aber gleichwohl von einer seit dem Unfall vom 24. März 2008 « bis im Frühjahr » bestehenden gänzlichen Arbeitsunfähigkeit aus resp. attestierte dem Beschwerdeführer erst ab dem 1. Mai 2013 (Aufnahme einer Tätigkeit bei der G.____ GmbH) eine Arbeitsfähigkeit von 30%. Allerdings hielt er dazu fest, es sei zwar möglich (denkbar), aber nicht mit Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass das Leistungsvermögen damals höher gewesen sei (Urk. 7/120/3). 4.3.3

Dr. H.____ hatte somit Zweifel, ob Dr. A.____ in ihrem Bericht vom 27. November 2012 den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weiterhin richtig einschätzte. Revisionsrechtlich ist entscheidend, ob es – wie Dr. H.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Mai 2017 letztlich postulierte – tatsächlich nur als möglich, nicht aber als überwiegend wahrscheinlich erscheint, dass der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich gebessert hatte und die Arbeitsfähigkeit tatsächlich höher war, als von Dr. A.____ angenommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_720/2017 vom 21. Juni 2018 E. 61 und 62).

Dazu ist zu bemerken, dass med. pract. J.____ in seiner psychiatrischen Verlaufsbeurteilung vom 20. Februar 2013 (E. 3.3.4) zu den ihm vorgelegten Aktennotizen und Berichten seit Februar 2012 zutreffend ausführte, gemäss Besprechungsnotiz vom 24. Mai 2012 (vgl. Urk. 7/82/139) habe die Motivation und der Einsatz des Beschwerdeführers zu Erstaunen und Freude bei den « F.____ » - Institutionsverantwortlichen (namentlich bei Frau M.____) geführt. Per 19. Oktober 2012 habe er (laut Frau M.____) im « F.____ » unterfordert gewirkt. Es würde ihm aber schon gut gefallen. Er habe ganz klar geäußert, dass er zu 50% ausserhalb arbeiten möchte und dies entsprechend auch könnte. Er habe vorgehabt, sich mit einem Kollegen in Verbindung zu setzen, um allenfalls in einer Hauswartfirma mitarbeiten zu können. Die Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten des Beschwerdeführers würden durch Frau M.____

bestätigt. Es sei spürbar, dass der Beschwerdeführer wieder selbständiger werden möchte und sein Leben wieder in die eigenen Hände nehmen wolle. Damals habe es der Beschwerdeführer mit seiner Familie gut gehabt. Er habe jedoch vor, eine eigene kleine Wohnung zu mieten und die anfallenden Haushaltarbeiten auch wieder selbständig zu erledigen (vgl. Urk. 7/82/100). Dem Verlaufsbericht vom « F.____ » vom 12. November 2012 zufolge werde die vorherige positive Entwicklung seit Beginn des Trainingsprogramms bestätigt. Auch seine Grenzen im Bereich Konzentration und Anspannung, abhängig von der Tagesform, würden zudem festgehalten. Insbesondere im

sozialen Umgang habe sich der Beschwerdeführer mit einem fröhlichen, freundlichen Verhalten gezeigt. Es werde insgesamt beurteilt, dass der Beschwerdeführer mit den an ihn gestellten Anforderungen gut zurechtkomme. Seine Ablenkbarkeit und Konzentrationsfähigkeit hätten sich verbessert. Trotz der Verbesserung hänge seine Arbeitshaltung stark von seiner Tagesform ab und dies bestimme somit seine Befindlichkeit und Motivation (vgl. Urk. 7/82/90-93). Unter dem Titel « Beurteilung » hielt med. pract. J.____, wie erwähnt (E. 3.3.4), eine positive Entwicklung seit Anfang 2012 fest. Er führte dazu weiter aus, dass es dem Beschwerdeführer in einer alltagsähnlichen Situation trotz Schwankungen in seinem täglichen psychischen Zustand gelinge, in einem reduzierten Pensum eine gute Leistung zu erbringen sowie sich in zwischenmenschliche Kontakte auf verschiedenen Ebenen einzubringen. Ebenfalls als erfreulich positiv anzusehen sei, dass der Beschwerdeführer dadurch eine eigene Lebensperspektive neu erarbeite und ihr selbständig wie aktiv nachgehe. So sei das Nachgehen einer anderen anspruchsvolleren Tätigkeit und die Überlegung, eine eigene Wohnsituation zu gestalten, nachvollziehbar und zu unterstützen. Gleichzeitig verzeichne aber die behandelnde Psychiaterin (Dr. A.____) eine unveränderte psychische Situation beim Beschwerdeführer, was sie letztlich dazu veranlasst habe, eine 30%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Solche Diskrepanzen im Erscheinen eines Patienten während einer Therapie mit anderer Haltung oder Verhaltensweisen in unterschiedlichem Kontext seien nicht ungewöhnlich. Med. pract. J.____ kam, wie erwähnt, zum Schluss, dass sich anhand der Aktenlage keine Anhaltspunkte finden, welche gegen eine 50%ige Präsenz bei einer angepassten, jedoch anspruchsvolleren Tätigkeit als der bisherigen im « F.____ » mit entsprechender reduzierter Leistungsanpassung sprechen würden.

Die von med. pract. J.____ vorgenommene Beschreibung und Beurteilung des psychischen Zustandsbildes des Beschwerdeführers weist im Vergleich zum psychischen Zustandsbild gemäss Bericht von Dr. A.____ vom 7. Januar 2009 fraglos eine erhebliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation, namentlich auch der Affektpathologie, aus.

Es ist daher – gestützt auf den besagten Bericht von med. pract. J.____ – nicht nur möglicherweise, sondern mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (spätestens) ab November 2012 zu schliessen. Eine solche stellt nach dem Gesagten (E. 1.3.1) eine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen dar, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. 4.3.4

Demnach ist – aufgrund der insoweit überzeugenden gutachterlichen Beurteilung – davon auszugehen, dass der medizinische Sachverhalt seit der Rentenzusprache (März 2009) bis ins Jahr 2012 im Wesentlichen unverändert blieb, mithin bis dahin kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorlag. Spätestens ab November 2012 ist ein solcher jedoch als gegeben zu erachten.

Somit ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab November 2012 in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (allseitig) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. E. 1.3.1).

Dabei ist zu berücksichtigen, dass gemäss der am 30. November 2017 vorgenommenen, vorliegend anwendbaren Rechtsprechungsänderung grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.2).

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor den besagten Recht sprechungsänderungen eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren . Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweis grundlagen vor Bun des recht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht

(vgl. Urteile des Bun desgerichts 8C_604/2017 vom 1 5. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

4.4 4.4.1

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die von Dr. H.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Mai 2017 (Urk. 7/120) attestierte Arbeitsunfähigkeit (100% bis Frühjahr 2013, 30 % ab 1. Mai 2013, 50 % ab 1. April 2014 bis zumindest September 2014) rechtlich relevant ist resp. ob sie einer Standardindikatoren prüfung gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.2.2) - unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (BGE 143 V 409 und 418) - standhält. 4.4.2

Hinsichtlich der Kategorie « funktioneller Schweregrad », Komplex « Gesundheits schädigung » ist zu bemerken, dass ab November 2012 von einer eher leichten Ausprägung der mit der traumatischen Trauer einhergehenden psychischen Beeinträchtigungen auszugehen ist. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 7. Mai 2017 hielt Dr. H.____ zwar fest, dass Dr. A.____ im September 2014 in einem Bericht zuhanden der Suva (vgl. Urk. 7/108/13 und Urk. 7/108/29-30) einen Befund schildere, welcher zu einer mittelschweren psychischen Störung passe (Urk. 7/120/4). Auf die von Dr. A.____ ab November 2012 erhobenen Befunde kann jedoch nicht abgestellt werden: Dr. H.____ selbst hatte in seinem Gutachten zu einem Bericht des Casemanagers der Suva mit Dr. A.____ vom 21. Mai 2014 ausgeführt, die Tatsache, dass Dr. A.____ zunächst nichts vom per 1. April 2014 abgeschlossenen Arbeitsvertrag über ein

(höheres) Pensum von 50 % gewusst habe, lasse darauf schliessen , dass sich beim Beschwerdeführer « draussen » eine positive Entwicklung vollzogen habe , welche sich in der Sprech stunde nicht in derselben Weise hätte erkennen lassen (Urk. 7/108/28-29). In diesem Sinne hatte sich bereits med. pract . J.____ in seinem Bericht vom 20. Februar 2013 zur von Dr. A.____ in ihrem Bericht vom 27. November 2012 abgegebenen Beurteilung geäußert (Urk. 7/82/71). Die von ihm in diesem Bericht vorgenommene Beschreibung und Beurteilung des psychischen Zustandsbildes (vgl. E. 4.4.3) lässt darauf schliessen, dass die mit der traumatischen Trauer einhergehenden psychischen Beeinträchtigungen im November 2012 schon weitgehend abgeklungen waren. Eine seitherige objektive Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist aufgrund der von Dr. H.____ in seinem Gutachten gemachten Angaben nicht anzunehmen.

Zum Indikator « Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz » ist zu bemerken, dass die vom Beschwerdeführer seit Mai 2008 vorgenommenen Behandlungsbemühungen gemäss Aktenlage in den ersten Jahren nach dem Unfall keinen erheblichen resp. anhaltenden Erfolg zeitigten. Im Verlauf des Jahres 2012 kam es jedoch nach dem Gesagten im Rahmen der von der Suva getätigten Eingliederungsbemühungen zu einer deutlichen Verbesserung und bis zur Begutachtung zu einer vollständigen Remission der

psychopathologischen Befunde. Vor diesem Hintergrund ist jedenfalls nicht von einer Behandlungs- und /oder Eingliederungsresistenz auszugehen.

Was den Indikator « Komorbiditäten » betrifft, so klagte der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage zwar auch ab November 2012 über diverse körperliche Schmerzen und Beschwerden. Von einer somatischen Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist aber nach dem Gesagten (vgl. E. 4.1) seit der Rentenzusprache nicht mehr auszugehen. Eine psychiatrische Diagnose aus dem Formenkreis der (somatoformen) Schmerzstörungen wurde nie gestellt. Selbst wenn angenommen wird, dass sich die körperlichen Schmerzen und Beschwerden ab November 2012 ressourcenhemmend ausgewirkt haben, vermag dies das Gesamtbild jedenfalls nicht massgeblich zu beeinflussen.

Zum Komplex « Persönlichkeit » ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten, vorhanden sind.

Der soziale Kontext weist beträchtliche (mobilisierbare) Ressourcen aus: Nach dem Unfall war das bis dahin gute Verhältnis zu seinen Söhnen und insbesondere auch zur in den Unfall involvierten Schwiegertochter zwar belastet. Die Familie hielt aber trotz allem zum Beschwerdeführer und wandte sich nicht von ihm ab (Urk. 7/108/56). Die häusliche Situation entspannte sich zudem, als (im Jahr 2010, vgl. Urk. 7/50/12) einer der Söhne zusammen mit seiner durch den Unfall verletzten Ehefrau aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen ist und der Beschwerdeführer somit nicht mehr täglich mit einer der augenfälligsten Folgen des Unfalles konfrontiert war (Urk. 7/82/171). Im Oktober 2012 bezeichnete der Beschwerdeführer das Verhältnis zu seiner Familie ausdrücklich als gut (Urk. 7/82/100). Auch verfügte er gemäss Aktenlage damals wie auch im Zeitpunkt der Begutachtung über einen ihn unterstützenden Kollegenkreis (Urk. 7/108/59). Seit 2013 (vgl. Urk. 7/117) erhielt er zudem Unterstützung durch seine zweite Ehefrau (vgl. Urk. 7/108/72 und Urk. 7/108/59). Schliesslich ging er seit dem 1. Mai 2013 – aus eigenem Antrieb - auch wieder einer Erwerbstätigkeit nach. Zwar versah er ein Pensum von lediglich 20 % (ab Mai 2013) resp. 50 % (ab April 2014). Dies dürfte aber insbesondere auch darauf zurückzuführen sein, dass seine Arbeitgeberin ihm kein höheres Pensum anbieten konnte (Urk. 7/108/52; vgl. auch Urk. 7/82/63).

Insgesamt ist ab November 2012 nicht von erheblichen funktionellen Einschränkungen auszugehen. 4.4.3

Zur Kategorie "Konsistenz" ist zu bemerken, dass von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbelangen ab November 2012 nicht die Rede sein kann. So gab der Beschwerdeführer im Oktober 2012 an, dass er daran denke, eine eigene Wohnung zu mieten, um die anfallenden Arbeiten wieder selbst zu erledigen (Urk. 7/82/100), was darauf schliessen lässt, dass er damals in seinen alltäglichen Funktionen nicht mehr erheblich beeinträchtigt war. Auch der im Verlaufsbericht der Institution « F.____ » vom 12. November 2012 beschriebene soziale Umgang des Beschwerdeführers (Urk. 7/82/91), seine häufigen Reisen nach Bosnien (laut einer von ihm im April 2012 gemachten Angabe einmal pro Monat für eine Woche [Urk. 7/82/148]) sowie das Eingehen einer zweiten Ehe und die Gründung einer zweiten Familie (Heirat im Jahr 2013, erneute Vaterschaft aus zweiter Ehe anfangs Mai 2015 [Urk. 7/108/72]) lassen

sich nicht mit der von ihm geltend gemachten Einschränkung im Arbeitsleben in Einklang bringen. Seine Schilderung der vorhandenen Einschränkungen erscheint zudem vage (vgl. Urk. 7/108/53) und teilweise widersprüchlich. So hat er anlässlich der Begutachtung die Frage, ob er ohne Begleitung nichts unternehmen könne, verneint, gleichzeitig aber angegeben, er fahre « möglichst » nicht alleine Auto (Urk. 7/108/58).

Die Fortführung der psychiatrischen Behandlung sowie der von der Suva initiierten beruflichen Eingliederung (bis im Mai 2013, zu den Eingliederungsmaßnahmen der Beschwerdegegnerin vgl. Urk. 7/98) deutet darauf hin, dass beim Beschwerdeführer auch ab November 2012 ein psychischer Leidensdruck vorhanden war. Den Akten ist allerdings zu entnehmen, dass er einem am 6. Mai 2013 abgemachten Termin ohne Abmeldung ferngeblieben war und Dr. A. ___ den Beschwerdeführer damals längere Zeit nicht gesehen hatte (Urk. 7/82/41).

Insgesamt erscheint das Verhalten des Beschwerdeführers daher nicht in allen Teilen konsistent. 4.4.4

Zusammenfassend lässt die – aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage mögliche (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_16/2018 vom 4. Juli 2018 E. 6) – Prüfung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich darauf schliessen, dass ab November 2012 (weiterhin) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand. 4.5

In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ist die seit November 2012 bestehende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Februar 2012 zu berücksichtigen. Somit steht dem Beschwerdeführer bis 31. Januar 2013 eine ganze und ab 1. Februar 2013 keine Rente der Invalidenversicherung (mehr) zu. 5.

Demnach ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und festzustellen, dass der Beschwerdeführer bis 31. Januar 2013 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen (Rentenanspruch ab dem 1. Februar 2013) ist die Beschwerde abzuweisen. 6. 6.1

Die Kosten des vorliegenden Verfahrens sind auf Fr. 800.-- anzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer zu zwei Fünfteln (Fr. 320.--) und der Beschwerdegegnerin zu drei Fünfteln (Fr. 480.--) aufzuerlegen. 6.2

Der teilweise obsiegende anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat sodann gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine um zwei Fünftel reduzierte Prozessentschädigung. Diese ist auf Fr. 1'110.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer bis zum 31. Januar 2013 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen (Rentenanspruch auf dem 1. Februar 2013) wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden zu zwei Fünfteln (Fr. 320.--)

dem Beschwerdeführer

und zu drei Fünfteln (Fr. 480.--) der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'110.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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