

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00048 vom 8. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00048

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00048 du 8 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00048 del 8 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai

2009 E.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten

Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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) über wiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

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.

E. 1.5

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 Aktivitätsniveaus 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).

2.

E. 2

5. Januar 2010 bei einem Invaliditätsgrad von 60 % eine Dreiviertelrente ab dem 1. August 2008 zu (Urk. 7/48 und Urk. 7/55).

Nach einer im Februar 2010 eingeleiteten Revision (vgl. Urk. 7/ 59) hob die IV-Stelle die bisherige Rente des Versicherten mit Verfügung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Eine psychische Erkrankung habe beim Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung im März 2015 weder bestätigt noch ausgeschlossen werden können . Aufgrund seiner widersprüchlichen Angaben, seines auffällig passiven Verhaltens und der tendenziellen

Antwortmanipulationen im neuropsychologischen Test seien eine objektive Diagnosestellung und eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich gewesen. Bei der Untersuchung vom August 2016 habe eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn vorgelegen. Es liege Beweislosigkeit vor, die sich zulasten des Beschwerdeführers auswirke. Der Beschwerdeführer habe durch sein eigenes Verhalten eine Situation herbeigeführt, die es dem Gutachter zweimal verunmöglicht habe, eine Diagnose zu stellen und eine Beurteilung vorzunehmen. Der Gesundheitsschaden habe nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt werden können. Demnach bestehe kein Rentenanspruch mehr (S. 2). Der Beschwerdeführer sei seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen, weshalb eine Beweislastumkehr eingetreten sei (S. 3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, er habe seine Mitwirkungspflicht nicht verletzt, sondern sein Verhalten sei auf seinen schlechten Gesundheitszustand zurückzuführen. Prof. Y.____ habe in seinem ersten Gutachten keine Hinweise auf Aggravation, Verdeutlichung oder Simulation festgestellt. Weiter habe er im Vergleich zu den Vorbefunden einen nahezu unveränderten Status gefunden. Auch bei der zweiten Begutachtung habe er sich in einem ähnlich schlechten Zustand befunden. Der Psychostatus sei gemäss Prof. Y.____ gleich wie in den Vorbegutachtungen der Jahre 2008 und 2011 (Urk.

1 S.

5

ff.). Weiter bestehe für die Aufhebung der Dreiviertelsrente keine Rechtsgrundlage. Dazu nehme die Beschwerdegegnerin keine Stellung. Jedoch habe das Sozialversicherungsgericht die Dreiviertelsrente bestätigt und einzig eine Rückweisung zur Klärung der Frage einer Verschlechterung und zur Prüfung des Erhöhungsgesuches vorgenommen. Es liege jedoch weder ein - von der Beschwerdegegnerin nicht geltend gemachter - Revisionsgrund noch ein Wiedererwägungsgrund vor (S. 9 f.). 3.

E. 3

0. September 2016; Urk. 7/172). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/180 ; Urk. 7/183; Urk. 7/186), in dessen Rahmen der Beschwerdeführer seinen Antrag auf Rentenerhöhung zurückzog, hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. November 2017 die bisher ausgerichtete Dreiviertelsrente auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats auf (Urk. 7/187 = Urk. 2). 2.

Am 12. Januar 2018 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. November 2017 (Urk. 2) mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Weiterausrichtung der Dreiviertelsrente (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 9. März 2018 zur Kenntnis gebracht; gleichzeitig wurde ihm antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (Urk. 8).

Mit Beschluss vom 12. Juni 2018 nahm das hiesige Gericht die Einholung eines bidisziplinären (psychiatrisch-neuropsychologischen) Gerichtsgutachtens in Aussicht (Urk. 10). Nach durchgeführten Schriftenwechseln (Urk. 12, Urk. 21, Urk. 23 ; Urk. 32-33) ordnete das Gericht mit Beschluss vom 8. Mai 2019 das Gutachten an und beauftragte die

Z.____

mit der Begutachtung (Urk. 34). Das Gutachten wurde am 28. Oktober 2019 von Prof. Dr. med. A.____, Leitender Arzt der Forensisch-Psychiatrischen Klinik, und Prof. Dr. rer. nat. med. habil. Dipl. Psych. B.____ erstattet (Urk. 38). Die Parteien verzichteten auf eine Stellungnahme zum Gutachten (Urk. 42; Urk. 44), worüber sie am 22. Januar 2020 gegenseitig in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 45). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Urteil vom 19. November 2013 (Urk. 7/98) ging es zunächst um die Frage, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. April 2012 die bisherige Dreiviertelrente des Beschwerdeführers aufgrund einer nicht vorgenommenen Behandlung (Art. 21 Abs. 4 ATSG in Verbindung mit Art. 7b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG)

einstellen durfte. Dies wurde aufgrund der ärztlichen Angaben verneint und festgestellt, dass die Kürzung oder Verweigerung der Leistung davon abhängt, ob die fragliche Massnahme eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit verspricht. Aufgrund der ärztlichen Einschätzung sei jedoch nicht davon auszugehen, dass eine psychiatrische Behandlung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erbracht hätte. Schliesslich könne die Rentenaufhebung auch nicht mit der substituierten Begründung einer Revision nach Art. 17 ATSG geschützt werden, da sich aus den vorliegenden Berichten unbestrittenemassen keine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zeige. Dies führe zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2012 (E. 4.3 f.). Damit bestand ab April 2012 weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelrente bei einem Invaliditätsgrad von 60 % (vgl. Urk. 7/48). In einem zweiten Schritt prüfte das hiesige Gericht aufgrund des Antrags des Beschwerdeführers auf Zusprache einer ganzen Rente (vgl. Urk. 7/90/2; Urk. 7/93/4), ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgebend verändert haben (vgl. E. 5 des genannten Urteils), und kam zum Schluss, dass diese Frage mittels der vorhandenen Arztberichte nicht beurteilt werden könne. Es wies die Angelegenheit deshalb hinsichtlich des Rentenerhöhungsgesuchs zur erneuten Prüfung zurück. Dieses zog der Beschwerdeführer in der Folge im Einspracheverfahren (vgl. Urk. 7/186) zurück.

Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Beschwerdegegnerin vom Gericht aus drücklich angewiesen wurde, eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit zu prüfen. Aus dieser Prüfung kann auch eine Rentenaufhebung für die Zukunft resultieren. Durch das hiesige Gericht wurde einzig der Anspruch auf eine Dreiviertelrente über den April 2012 hinaus (bis zum Abschluss des neuen Revisionsverfahrens) bestätigt.

E. 3.2

Somit ist streitig und zu prüfen, ob im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. November 2017 (Urk. 2)

im Vergleich zur gesundheitlichen Situation im April 2012 eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in dem Sinne eingetreten ist, dass der Beschwerdeführer nun keinen Anspruch auf eine Rente mehr hat. Zu prüfen ist auch, ob der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtungen bei Prof. Y.____ seine Mitwirkungspflicht schuldhaft verletzt hat und wenn ja, ob die Rente deshalb aufgehoben werden durfte. Dementsprechend ist

nachfolgend die medizinische Aktenlage, die im Januar 2010 zur Zusprache einer Dreiviertelsrente führte, mit der nach dem Rückweisungs Urteil vom 19. November 2013 ergangenen Berichterstattung zu vergleichen (vgl. vorstehend E.

1.1) . Dabei ist auf die in E.

E. 3.5

ff. des genannten Urteils erwähnten Berichte

(vgl. E. 5.2-5.3 des genannten Urteils)

nicht nochmals einzugehen ,

da sie als nicht genügend aussagekräftig beurteilt wurden . 4. 4.1

Die im Jahr 2010 verfügte Zusprache einer Dreiviertelsrente ab August 2008 (Urk. 7/48 und Urk. 7/55) erging gestützt auf folgende Arztberichte: 4.2

Die Ärzte des C. ___ nannten im Bericht vom 12. November 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/14/3-10) als Diagnose eine depressive Störung , gegenwärtig schwere Episode , bei psychosozialer Belastungssituation (Ziff. 2.1). Sie attestierten dem Beschwerdeführer seit dem 7. August 2007 (Behandlungsbeginn) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Angestellter in der Lebensmittelverarbeitung (Ziff. 3). Gemäss Angaben des Beschwerdeführers bestehe die depressive Störung seit längerer Zeit, vermutlich seit Beginn der Arbeitslosigkeit im Jahr 2001. Er lebe völlig isoliert. Ausser zu seiner in der Türkei lebenden zweiten Ehefrau und den dort lebenden zwei Töchtern aus erster Ehe und zwei Söhnen aus der zweiten Ehe habe er keine Kontakte (Ziff. 4.3). Zu den Befunden wurde ausgeführt, Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung seien reduziert, formal sei er verlangsamte im Denken, es bestünden jedoch keine inhaltlichen Denkstörungen. Psychomotorisch sei er verlangsamte, affektiv traurig, affektstarr. Es bestünden eine deutlich

gedrückte Grundstimmung, deutliche Insuffizienzgefühle und ein negatives Selbstwertgefühl. Der Beschwerdeführer spreche von Medikamentenabhängigkeit und Schlafstörungen, nehme allerdings seine Medikamente nur unregelmässig ein . Er beschreibe Suizidgedanken, jedoch keine konkreten Absichten (Ziff. 4.5). Vorläufig sei dem Beschwerdeführer keine Erwerbstätigkeit zumutbar (Ziff. 6.2). 4.3

Med. pract. D. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , führte im Bericht vom 15. Oktober

2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/15/7-8) aus, er habe den Beschwerdeführer bisher wegen verschiedener kleinerer Sachen behandelt. Es bestehe eine schwere depressive Entwicklung. Seines Wissens habe bisher keine entsprechende Behandlung etabliert werden können. Antidepressive Medikamente seien nach kurzer Zeit wieder abgesetzt worden, weil sie nicht gewirkt hätten. Körperlich wäre der Beschwerdeführer mindestens für leichte Arbeiten mit Wechselbelastung voll arbeitsfähig (S. 1). 4.4

Dr. med. E. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , führte im Gutachten vom 1. März 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/18) aus,

das Zustandsbild des Beschwerdeführers sei offensichtlich dasjenige eines schwer depressiven, sich von der Welt zurückziehenden, in seine Gedanken und Fantasien sich einsinnenden Mannes, der aber keine Wahnideen oder sonstige psychotische Störungen

aufweise. Alle seine Symptome wiesen auf eine schwere Depression hin. So sei er verlangsamt im Denken, seine Ideen kreisten ständig um die gleichen Komplexe, er habe Insuffizienzgefühle, seine Grundstimmung sei gedrückt, er habe kein Selbstwertgefühl mehr, fühle sich unnütz (S.

7

f.). Nach dem seitens der Ärzte der psychiatrischen Klinik F.____ noch eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert worden sei, müsse man – nachdem die Depression mehrere Jahre unverändert an gehalten habe – die Diagnose revidieren im Sinne einer Dysthymia . Die Depression zeige keine Schwankungen oder zyklischen Veränderungen, sie halte unvermindert stark an, unabhängig auch von den Bemühungen von ärztlicher und sozialer Seite um eine Integration oder Verbesserung der Symptomatik, auch durch Medikamente (S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Prof. A.____

und Prof. B.____ , Z.____ , stellten in ihrem am 28. Oktober 2019 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese , Durchführung eigener Untersuchungen, Veranlassung einer laborchemischen Abklärung sowie Einholung weiterer Akten erstatteten bidisziplinären (psychiatrisch- neuropsychologischen) Gutachten (Urk. 38) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2): - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2) : - anamnestisch Verdacht auf Alkohol-/ Sedativamissbrauch / Differentialdiagnose Alkohol-/ Sedativaabhängigkeit (maximal wohl 1995 bis 2005, unklarer Verlauf) - leichtgradige neuropsychologische Einschränkung

E. 6.2

Gesamthaft zeige die ab 2004 aufgenommene psychiatrisch-psychologische Behandlung ein ausgesprochen heterogenes Bild. Aktuell werde aufgrund der im Längsschnitt mehrfach beschriebenen schweren depressiven Zustandsbilder die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert, gestellt, die hierfür erforderlichen Diagnosekriterien seien aktuell nicht erfüllt, liessen sich aber - aus den Akten nicht durchgehend überzeugend - aus den vorliegenden Akten heraus nachlesen. Faktisch weise der Explorand eine ausgesprochen geringe Behandlungsfrequenz auf bei einer auch von den Therapeuten gesehenen fraglichen Compliance, insbesondere bezüglich der medikamentösen Behandlung und aufgrund von langen Auslandsaufenthalten. Der Verlauf bis heute unter Berücksichtigung der therapeutischen Berichte zeige trotz der 2011 von den Behandlern geltend gemachten klinischen Verschlechterung bis hin zur Diagnose von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis keine gutachterlich belastbaren Hinweise auf eine schwere psychische Störung, zumal der Explorand kaum Termine wahrgenommen habe und die dokumentierten Befunde in sich widersprüchlich seien. Insgesamt würden die sporadischen therapeutischen Kontakte keine ausreichend sichere Dokumentationsbasis ergeben, auf die man sich gutachterlich beziehen könne. Dr. G.____ erhebe im Jahr 2011

weitgehend ähnliche Befunde wie 2008 und diagnostiziere wiederum eine Dysthymia , wobei der psychopathologische Befund hierzu nicht passe. Diese massiv divergierende psychiatrische Einschätzung setze sich dann auch in aktuelleren Begutachtungen durch Prof. Y. ___ fort, der sich konkret aufgrund mangelnder Beschwerdevalidierung, insbesondere neuropsychologisch gestützt, in seinen Gutachten nicht imstande sehe, überhaupt eine Diagnose zu stellen. Aktuell sei eine Dysthymia zu diagnostizieren, ohne Hinweise auf eine aktuell schwerer wiegende depressive Störung. In Anbetracht der Vorbegutachtung fast erstaunlich habe sich aktuell eine durchaus konstruktive Explorationssituation mit einem gut spürbaren Exploranden ergeben, der bereits zu seinem Interaktionsverhalten relevante Ressourcen, einschliesslich einer guten Kommunikation in deutscher Sprache , aufgewiesen habe, die auch mit den berichteten Alltagsaktivitäten korreliert hätten. Es sei wahrscheinlich, dass er phasenweise in den Jahren seit 2004, vielleicht auch etwas früher, einmal die Kriterien einer depressiven Störung erfüllt habe, so dass diese Diagnose auch berücksichtigt worden sei. Die Symptomatik sei aktuell remittiert. Stationäre Aufenthalte 2018/2019 liessen zumindest mittelgradige depressive Episoden annehmen, wobei der reaktive Bezug zu der eingetretenen schwierigen Situation durch den Rentenentzug offen sichtlich scheine. Die im April 2019 von den Ärzten der F. ___ gestellte Diagnose einer schizoaffectiven Störung sei aus heutiger Sicht absolut nicht haltbar und in keiner Weise nachvollziehbar (S. 5 f.).

E. 6.3

Unter Berücksichtigung der aktuell erkennbaren Ressourcen des Exploranden sei der Schweregrad der geschehenen psychischen Störung als leichtgradig einzuschätzen, allenfalls im Verlauf auch einmal mittelgradig und punktuell in Phasen der depressiven Exazerbation auch einmal kurzfristig schwergradig . Die retrospektive Beurteilung sei jedoch schwierig und unsicher, da doch erhebliche Diskrepanzen und zum Teil auch nicht nachvollziehbare Stellungnahmen vorliegen würden. Die divergierende Beurteilung des Exploranden stehe sehr wahrscheinlich auch in Verbindung mit der von den Therapeuten immer wieder attestierten Einschränkung der Behandlungcompliance . So seien die Angaben bezüglich des Gebrauches von Suchtmitteln offensichtlich nicht verlässlich, so dass hier auch der Verdacht einer Abhängigkeitskomponente, wie auch 2019 von der Klinik F. ___ dokumentiert, verbleibe, die aber sehr wahrscheinlich keinen relevanten Einfluss auf die Schwere der Erkrankung habe.

Es ergäben sich in der aktuellen Exploration keine Korrelate der in der Vergangenheit durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen , die eine gezielte und bewusste Manipulation hätten validieren können. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich valide Testergebnisse gezeigt. Eigentlich ähnlich wie in den Vorbegutachtungen werde auch ein positiver Leistungsausweis gegeben mit den ausgedehnten Aufenthalten in der Stadt bis tief in die Nacht hinein, aktuell limitiert durch irgendwann nicht mehr fahrende Busse.

Die leichtgradigen Defizite im Bereich der einfachen und komplexen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen sowie der kognitiven Flexibilität könnten im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen sowie der kognitiven Dekonditionierung (soziale Deprivation, Vereinsamung) gesehen werden (S. 6).

E. 6.4

Hinsichtlich der Konsistenzprüfung hielten die Gutachter fest, der Explorand verhalte sich im Rahmen der Exploration grundsätzlich kooperativ und es ergebe sich in der Interaktion keine Hinweise für eine Aggravation im Rahmen der Symptompräsentation. Diese sei sicherlich in der Tendenz ostentativ und auch die Erzählungen des Alltages («sitze stundenlang auf dem Bett und schaue mir die Flugzeuge an») seien nicht immer überzeugend, entsprächen jedoch nachvollziehbar der subjektiven Wahrnehmung eines langweiligen, wenig erfüllten Alltags vor dem Hintergrund des gesehenen psychiatrischen Gesamtbildes. Auffällig sei sicherlich, wie in den Vorbegutachtungen auch, dass die erzählte Biographie sehr viele Fragen offen lasse bezüglich verschiedener Motive, bezüglich der Art der Beziehungsgestaltung und so weiter, die jedoch weniger das Krankheitsgeschehen selbst betreffen als vielmehr versicherungsmedizinisch nicht prioritäre Bereiche. Es ergäben sich jedoch aktuell keine Korrelate der in der Vergangenheit durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen, die eine gezielte und bewusste Manipulation hätten validieren können. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich die Ergebnisse valide gezeigt (S. 8 Ziff. 4.6).

E. 6.5

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten hielten die Gutachter fest, aus psychiatrischer Sicht unter Integration und in Einklang mit den erhobenen neuropsychologischen Befunden sei trotz des geringen Schweregrades aufgrund der chronifizierten, langjährigen Persistenz eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 30 % auf 70 % anzunehmen. Diese Einschätzung gelte für alle Tätigkeiten, die dem Exploranden im Rahmen seines Ausbildungsgrades zumutbar seien (S. 8 unten f.).

E. 6.6

Es sei gut zu erkennen, dass der Explorand eine eingeschränkte Compliance aufweise bezüglich einer Behandlung, was aufgrund des neurotischen Hintergrundes mit der führenden gestellten Diagnose einer Dysthymie auch nicht ungewöhnlich sei. Bei dem führend dysphorisch-dysthymen Zustandsbild mit geringer Motivierbarkeit, einer völlig verfahrenen psychosozialen Gesamtsituation und chronifiziertem Krankheitsbild werde sich auch durch eine Intensivierung der psychiatrischen Therapie keine Verbesserung erzielen lassen. Die Noncompliance sei nicht in dem Sinne krankheitsbedingt, wie es beispielsweise bei einer schweren depressiven Erkrankung möglich sein könne, aber sie passe durchaus zu einer Dysthymie mit störungsbedingt missmutig-demotiviert-widerwilligen Anteilen (S. 9).

E. 6.7

Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich gesamtthaft seit April 2012 und seit Dezember 2017 bis heute neben vorübergehenden Krisen, die über Wochen, vielleicht Monate, angehalten hätten, keine wesentliche Änderung der gesundheitlichen Verhältnisse eingestellt habe. Er schwerte die retrospektive Beurteilung dadurch, dass die Behandlungsberichte nicht immer schlüssig seien und die Einschätzung des Schweregrades der Störung nicht belegt werde. Auch die vorübergehende Einschätzung als schizophrene Erkrankung, als schizoaffektive Erkrankung oder auch als schizotype

Störung durch die Behandler habe auf der Dokumentationsebene keine begründenden, nachvollziehbaren Befunde, so dass auf diese versicherungsmedizinisch nicht abgestellt werden könne. Diese Einschätzung werde unterstützt durch die aktuelle Fremdanamnese des zuletzt mehrjährig ambulant behandelnden leitenden Arztes, der ebenfalls keinen

Anhalt für eine schizophrene Störung sehe und auch den rezidivierenden Charakter der Störung bezüglich der depressiven Anteile bestätige, mit vielen verbliebenen Ressourcen des Exploranden. Es sei da von auszugehen, dass bereits langjährig, zumindest seit 2012, aber überwiegend wahrscheinlich bereits vorher führend eine Dysthymie als Störung vorliege und die schwerer wiegenden depressiven Episoden lediglich reaktiv bei Spitzen in der psychosozialen Belastung, wie zuletzt nach dem erfolgten Rentenentzug, eingetreten seien. Aktuell sei der Beschwerdeführer jedoch trotz erheblicher Belastungen auf die « dysthyme Ebene» zurückgekehrt mit entsprechend gutem Funktionsniveau; eine Vulnerabilität sei jedoch ersichtlich (S. 10 Mitte).

E. 6.8

Bereits aus den Gutachten von Dr. G.____ von 2008 und Ende 2011 sei abzuleiten, dass der Explorand grundsätzlich über ein relevantes Funktionsniveau verfüge, das er in den damaligen Explorationen auch angebe und das mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit eigentlich nicht vereinbar sei. Die Befunde von Dr. G.____ passten nicht zu den gestellten Diagnosen, was auch schon von anderen Fachärzten angemerkt worden sei. Auf die Befunde der zwei Begutachtungen durch Prof. Y.____ könne nicht Bezug genommen werden, da er sich nicht in der Lage gesehen habe, aufgrund der gesehenen Aggravation valide Befunde zu erheben, was sich heute anders darstelle. Im Vergleich zu den gesehenen Arbeitsunfähigkeiten durch Dr. G.____ bestehe heute klar eine verbesserte Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit von 70 % . Ob dies einer klinischen Verbesserung entspreche oder zumindest partiell einer anderen medizinischen Einschätzung, bleibe unklar (S. 10 unten).

Die im Vergleich zur Aktenlage unterschiedliche Beurteilung ergebe sich sehr wahrscheinlich dadurch, dass krankheitswerte Anteile immer wieder mit nur mal psychologischen, dysphorisch -missmutigen Anteilen, sekundärem Krankheitsgewinn und kulturell bedingtem Verhalten durchmischt würden. Besonders deutlich werde dies in den Begutachtungen durch

Dr. G.____ , der diese Anteile zwar sehr gut benenne, dann aber in seiner Beurteilung nicht differenzierend abgrenze, wodurch dann auch die hohe Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit bedingt sein könnte (S. 11 oben).

E. 6.9

In den aktuellen Explorationen ergäben sich keinerlei Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten. Der erkennbare Leidensdruck des Exploranden sei durch authentisch nachvollziehbar gewesen und habe sich im Wesentlichen auf die in der Tat desolaten psychosoziale Situation bezogen. Die fehlenden Hinweise auf eine Aggravation seien in Anbetracht der vorliegenden psychiatrischen Fachgutachten von Prof. Y.____ , der aus diesem Grund nicht in der Lage gewesen sei, valide Befunde zu erheben, sowie der früher stattgehabten neuropsychologischen Untersuchungen mit eingeschränkter Beschwerdevalidität durchaus überraschend gewesen (S. 11 Mitte). 7. 7.1

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt.

Abweichende Beurteilung kann ferner gerecht fertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa). 7.2

Es ist vorliegend kein Grund ersichtlich, der ein Abweichen von der Beurteilung durch Prof. A.____ und Prof. B.____ rechtfertigen würde. Das Gutachten ver mag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.3) vollum fäng lich zu genügen. Es ist somit darauf abzustellen. Der Beweiswert des Gerichts gutachtens wird denn auch von den Parteien nicht in Frage gestellt. 7.3

Die Gutachter kamen darin unter sorgfältiger Herleitung der Diagnosen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer die Arbeitsfähigkeit beein flus sen den Dysthymia sowie einer aktuell remittierten rezidivierende n depressive n Stö rung leidet. Sie legten dar, dass der Schweregrad der psychischen Störung leichtgradig, allenfalls im Verlauf einmal mittelgradig und punktuell in Phasen der depressiven Exazerbation auch einmal kurzfristig schwergradig gewesen sei. Die retrospektive Beurteilung sei jedoch schwierig und unsicher, da erhebliche Diskrepanzen und auch divergierende Beurteilungen vorlägen (E.

6.3). Es sei bereits durch Dr. G.____ eine widersprüchliche psychiatrische Einschätzung vorgenommen worden, der im Jahr 2011 weitgehend ähnliche Befunde erhoben habe wie 2008 und wiederum eine Dysthymia diagnostiziert habe, wobei der psychopathologische Befund hierzu nicht passe. Diese massiv divergierende psy chiatri sche Einschätzung setze sich dann in der Begutachtung durch Prof. Y.____ fort, der sich konkret aufgrund mangelnder Beschwerdevalidierung, ins besondere neuropsychologisch gestützt, nicht in der Lage gesehen habe, über haupt eine Diagnose zu stellen. Aktuell sei eine durchaus konstruktive Explo ra tionssituation gegeben gewesen. Die Diagnose einer schizoaffektiven Störung sei nicht haltbar (E. 6.2). Die aktuelle neuropsychologische Untersuchung habe valide Testergebnisse erbracht, und es sei ähnlich wie in der Vorbegutachtung ein positiver Leistungsausweis mit den ausgedehnten Aufenthalten in der Stadt gegeben. Die leichtgradigen Defizite im Bereich der einfachen und komplexen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen sowie der kognitiven Flexibi lität könnten im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen sowie der kognitiven Dekonditionierung gesehen werden (E. 6.3).

Zur Therapierbarkeit hielten die Gutachter fest, die eingeschränkte Compliance passe durchaus zu einer Dysthymie mit störungsbedingt missmutig-demotiviert- widerwilligen Anteilen, und angesichts der Gesamtsituation werde sich auch durch eine Intensivierung der Therapie keine Verbesserung erzielen lassen (E.

6.6).

7.4

Zum Verlauf wurde festgehalten, dass seit April 2012 keine wesentliche Ver änderung der gesundheitlichen Verhältnisse eingetreten sei, diese Beurteilung werde aber erschwert durch nicht immer schlüssige Behandlungsberichte und fehlende Belege zum Schweregrad der Störung. Aus dieser Darlegung ist jedoch nicht auf eine revisionsrechtlich unerhebliche lediglich andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhaltes zu schliessen. Im Gegenteil

erbrachte erst das Gerichtsgutachten eine diagnostisch korrekte Einordnung der mindestens seit 2012 vorhandenen Befunde, sah sich doch Prof. Y. ___ ausserstande, eine Diagnose zu stellen. Soweit die Gutachter festhielten, es bestehe heute im Vergleich zur Beurteilung durch Dr. G. ___ eine klar verbesserte Arbeitsfähigkeit, und in Frage stellten, ob dies einer klinischen Verbesserung entspreche oder zu mindest partiell einer anderen medizinischen Einschätzung (vgl. vorstehend E.

6.8), so ist auch festzuhalten, dass mit dem Gerichtsgutachten erstmals eine fundierte medizinische Einschätzung vorliegt. Die Gutachter wiesen denn auch darauf hin, dass die im Vergleich zur Aktenlage unterschiedliche Beurteilung auch auf eine bisher ungenügende Abgrenzung von krankheitswertigen und anderen Anteilen zurückzuführen sei (E. 6.8). Es liegt nach dem Gesagten somit keine lediglich andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts vor, zumal die Gutachter bestätigten, dass der Beschwerdeführer auf eine « dysthyme Ebene » mit entsprechend gutem Funktionsniveau zurückgekehrt sei, und somit von einer Verbesserung auszugehen ist (E. 6.7). 7.5

Die gutachterliche Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen (vorstehend E. 1. 4- 5) und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist.

Demzufolge ist von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 70 % in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten auszugehen (vorstehend E.

6.5), womit eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 3.1). Es liegt somit ein Revisionsgrund vor. 7.6

Zu den Gutachten von Prof. Y. ___ ist festzuhalten, dass diese keine genügende Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bildeten. Zwar wurde vermutet, dass der Beschwerdeführer nach Einschätzung der beteiligten Neuropsychologin einen Manipulationsversuch begonnen habe. Prof. Y. ___ ging deshalb von einem bewusstseinsnahen Verhalten aus, hielt aber gleichzeitig fest, dass keine Hinweise auf Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation bestünden (vgl. vorstehend E. 5.2). Dies ist zumindest widersprüchlich. Weiter erhob Prof. Y. ___ bei der ersten Begutachtung nicht unerhebliche Befunde wie Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, eingeschränkte Vigilanz und Hoffnungs- und Ratlosigkeit mit deutlichem Antriebsmangel (E.

5.2) und führte anlässlich der zweiten Begutachtung aus, der Psychostatus sei nahezu unverändert zur Vorbegutachtung. Die von ihm als schwer eingestufte Vigilanzminderung

fürhte Prof. Y.____ nicht auf die eingenommenen Medikamente zurück . Es sei weiter aufgrund der Aktenlage nicht auszu schlies s en, dass eine chronifizierte Depression und gegebenenfalls eine Störung aus dem schizophre nen Formenkreis vorliege, und es hätten sich keine Hinweise darauf ergeben, dass der Versicherte nur zum Untersuchungszeitpunkt sedierende Psy chopharmaka eingenommen habe (E. 5.3). Trotz der festgestellten Diskrepanzen ist nicht nachvollziehbar, weshalb Prof. Y.____ sich nicht in der Lage sah, eine Diagnose zu stellen, beziehungsweise der neuropsychologischen Abklärung - die lediglich einen Teil der Untersuchung ausmachte - ein so grosses Gewicht beimass, dass er die von ihm erhobenen Befunde diagnostisch nicht einordnete. Auch wäre angesichts der Feststellungen zum Medikamentengebrauch eine Suchterkrankung zu diskutieren gewesen. Auch e ine Indikatorenprüfung erfolg t e nicht. Angesichts des Umstands, dass Prof. Y.____ teilweise krankheitswertige Befunde erhob, die durchaus hätten beurteilt werden können, kann dem Be schwerdeführer nicht die volle Verantwortung für das Misslingen der Begut acht ung überbunden werden. Vielmehr wollte sich Prof. Y.____ offenbar nicht festlegen. Für eine Verletzung der Mitwirkungspflicht bestehen daher nicht ge nü gend Anhaltspunkte , weshalb eine Rentenaufhebung einzig gestützt auf diese n Grund ausser Betracht fällt .

E. 8

Mitte). Der Beschwer deführer sei kör perlich voll ar beits fähig. Infolge der chronischen und schweren nichtzyklischen Depression be stehe jedoch eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Alle bishe ri gen Versuche zur Wiedereingliederung seien gescheitert (S. 10 Mitte). 4 .5

Dr. med. G.____ , Facharzt für Ps ychiatrie und Psychotherapie, nannte im Gut achten vom 6. Dezember

2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/31) als Diagnose eine Dysthymia bei einer Persönlichkeit mit narziss ti schen Zügen und beträchtlichen psychosozialen Problemen (S. 11 Mitte). Zum psychopatholo gischen Befund führte er aus, Aufmerksamk eit und Konzentration seien wäh rend der Untersuchung leicht eingeschränkt, di e Auffassung sei intakt, der An trieb vermindert. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer deutlich ver langs amt, das Verhalten passiv, abwartend. Das Denken sei formal leicht ver langs amt, manchmal etwas umständlich, inhaltlich themenzentriert. Affektiv sei der Beschwerdeführer mittelschwer bedrückt, die affektive Modulationsfä higkeit sei eingeschränkt; er klage über Lustlosigkeit, Unfähigkeit, Freude zu empfinden und Zukunftsängste. Es bestehe eine Tendenz zu sozialem Rückzug, er äussere ein Gefühl des Lebensüberdrusses, jedoch keine konkreten Suizidab sichten (S. 10

Mitte). Diagnostisch könne in Übereinstimmung mit dem Gut achten von Dr. E.____

von einer Dysthymia ausgegangen werden. Gemäss Defini tion der ICD-10 handle es sich bei dieser Diagnose um eine lang anhaltende de pressive Verstimm ung, die jedoch nur selten schwer genug sei, um die Kriterien einer depressiven Stö rung zu erfüllen. Früher seien phasenweise als schwer ein geschätzte depressive Episoden aufgetreten (S. 12 Mitte).

Dr. G.____ hielt weiter fest, dass ab 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit in der Gastronomie oder in einer vergleichbaren Tätigkeit bestehe (S. 13 unten). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es könne erwartet werden, dass eine konse quente psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive medikamen töser Therapie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer Verbesserung des psychischen

Gesundheitszustandes führen würde. Damit könne eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erreicht werden, allenfalls eine Präsenzzeit von acht Stunden pro Tag bei leicht eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Es sei dem Beschwerdeführer im Sinne einer Schadenminderungspflicht durchaus zuzumuten, eine regel mässige psychiatrische Behandlung in Anspruch zu nehmen (S. 14 oben/ Mitte).

Mit Bericht vom 28. September 2009 (Urk. 7/44) nahm Dr. G.____ Stellung zu ergänzenden Fragen der Beschwerdegegnerin. Er hielt zusammenfassend fest, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit überwiegend durch psychosoziale Faktoren und eine ausgewiesenen schlechte Behandlungssituation bestimmt sei. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich durch eine adäquate antidepressive Medikation nachweislich verbessert. Die Möglichkeiten einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien also bei weitem noch nicht ausgeschöpft (S. 2 unten). 4.6

Dr. med. H.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 9. Januar 2009 (Urk. 7/38/3) fest, der Beschwerdeführer leide an einer Dysthymie bei narzisstischer Persönlichkeit und beträchtlichen psychosozialen Problemen. Die psychische Störung schränke die Leistungsfähigkeit derzeit ein. Allerdings sei das Leiden therapierbar, durch erhebliche psychosoziale Faktoren überlagert, und unter adäquater Therapie sei mit einer Wiederherstellung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich zu rechnen. Aus medizinischer Sicht sei es deshalb notwendig, dass sich der Beschwerdeführer einer intensiven fachärztlichen Therapie unterziehe. Er sei seit 2008 in allen Tätigkeiten in der freien Wirtschaft zu 50 % arbeitsunfähig. Möglich seien zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei geringem Publikumsverkehr und ohne besondere Anforderungen an das Umstellungsvermögen - und Anpassungsvermögen. 5. 5.1

Am 31. Oktober 2012 fand an der psychiatrischen Klinik F.____ eine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers statt, über welche am 8. November 2012 berichtet wurde (Urk. 7/96). Als Diagnosen wurden genannt: - schizotype Störung (ICD-10 F60.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) Der Beschwerdeführer sei zumindest vordergründig kooperativ. Aufgrund der eingeschränkten Konzentration und auch der sprachlichen Schwierigkeiten bleibe unklar, ob er die Testinstruktionen nicht verstehe oder sich aus anderen Gründen teilweise nicht daran halte. Deshalb hätten einige Tests nicht durchgeführt werden können (S. 2). Er zeige massive Defizite in allen überprüften Leistungsbereichen, mit Ausnahme der Neugeächtnisfunktionen, wo ein weitgehend unauffälliges Resultat erzielt werde. Allerdings schränke ein dynamisches Wechselspiel von krankheitsbedingten, motivationalen, kulturellen Bedingungen und sprachlichen Faktoren die Validität der Testung dermassen ein, dass eine abschliessende Beurteilung nicht erfolgen könne (S. 3). 5.2

Prof. Y.____ erstattete sein Gutachten vom 20. März 2015 (Urk. 7/155 /1-65) unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer psychiatrischen sowie einer neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Anhang zum Gutachten; Urk. 7/155/66-71). Prof. Y.____ stellte keine Diagnose und äusserte sich nicht zur Arbeitsfähigkeit, sondern hielt fest, es müsse vor allem aufgrund der Feststellungen der Neuropsychologin von einem Manipulationsversuch des Versicherten im Rahmen der Begutachtung ausgegangen werden, welcher eine korrekte medizinische Diagnostik unmöglich mache. Es müsse betont werden, dass nicht davon ausgegangen werden könne,

dass dieses Verhalten krankheitsbedingt sei. Es sei von einem bewusstseinsnahen Verhalten auszugehen (S. 64 oben). Es bestünden keine Hinweise auf Verdeutlichung, keine Aggravation und keine Simulation. Der Rapport zum deutlich vigilanzgeminderten Exploranden könne während der gesamten etwa zweistündigen Exploration nur mässig hergestellt werden. Er nehme nur selten Augenkontakt auf, welchen er dann kaum fixiere. Er spreche mit sehr leiser, kaum vernehmbarer Stimme. Es habe sich der Hinweis auf aktuellen und chronischen Gebrauch von Benzodiazepinen ergeben (S.

55). Die Vigilanz sei eingeschränkt und der Beschwerdeführer sei zeitlich unscharf orientiert. Störungen des Kurz- oder Langzeitgedächtnis seien nicht objektiv nachweisbar, wobei der Beschwerdeführer nur bedingt auskunftswillig erscheine. Es bestünden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen; es falle ihm schwer, wach zu bleiben und sich auf das Gespräch zu konzentrieren. Er könne die Konzentration nur mit Mühe aufrecht erhalten. Der formale Gedankengang sei deutlich verzögert. Die kognitive Begabung liege soweit feststellbar im Normbereich. Während des Untersuchungsverlaufs sei die Stimmungssituation zum negativen Pol verschoben. Die Schwingungsfähigkeit sei aufgehoben, jedoch bei starker Müdigkeit des Exploranden. Es bestehe Hoffnungslosigkeit und Ratlosigkeit mit deutlichem Antriebsmangel. Anamnestisch liege kein Libidoverlust und keine Appetitreduktion vor. Das Selbstwahrerleben sei gemindert; Gefühle der Schuld und der Wertlosigkeit würden auf Befragen nicht geäußert. Es würden Schlafstörungen beklagt; Suizidgedanken würden verneint (S. 56).

Laborchemisch seien Benzodiazepine nachgewiesen worden (S. 57 Mitte). 5.3

In seinem zweiten Gutachten vom 13. /3 0. September 2016 (Urk. 7/172/1-107) hielt Prof. Y. ___ fest, der Beschwerdeführer habe sich - wie bereits anlässlich der ersten Begutachtung; vgl. Urk. 7/155/70 oben - eingenässt (S. 68 oben). Er wirke körperlich erschöpft und in der Vigilanz deutlich gemindert. Beim Betreten der Praxis habe er sehr stark geschlurft und ein deutlich schwankendes Gangbild gezeigt. Beim Verlassen der Praxis sei ein unauffälliges Gangbild mit raschen und sicheren Schritten zu beobachten gewesen, wobei er in der Lage gewesen sei, auf den an der stark befahrenen Hauptstrasse vorhandenen Verkehr gut zu reagieren (S. 68 unten). Es hätten sich erneut erhebliche Inkonsistenzen ergeben. Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung seien die Ergebnisse in sich nicht konsistent und hätten im Zufallsbereich gelegen. Es habe ein unplausibles Leistungsmuster bestanden mit Auffälligkeiten, welche auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft hinweisen würden (S. 101 unten). Es sei von einer bewusstseinsnahen Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn auszugehen (S. 102 unten). Das Drogenscreening sei wiederum positiv auf Benzodiazepine gewesen. Zwar erhalte der Versicherte seit Jahren derartige Substanzen verordnet, dennoch könne davon ausgegangen werden, dass bei einer Gewöhnung an diese Substanzen in den angegebenen Dosen keine Vigilanzminderung auftrete. Auch sei zu bemerken, dass die stundenlangen Spaziergänge nicht mit der in den Untersuchungen gezeigten Müdigkeit vereinbar seien (S. 103). Der Psychostatus sei nahezu unverändert zur Vorbegutachtung. Die Mitarbeit des Versicherten sei erneut unzureichend gewesen, um eine abschliessende Aussage zur Diagnose und zur Arbeitsfähigkeit machen zu können (S. 104 unten). Aufgrund der Aktenlage sei nicht auszuschliessen, dass eine chronifizierte Depression und gegebenenfalls eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis mit Negativsymptomatik vorliege. Differentialdiagnostisch könne die Verhangenheit auch durch die multiplen sedierenden Präparate verursacht sein. Allerdings sei die Mitarbeit des Exploranden

ungeeignet, seine Fähig keits störungen zu beurteilen und damit die Arbeitsfähigkeit abschliessend festz u le gen. Es hätten sich aber keine Hinweise darauf ergeben, dass der Versicherte nur zum Untersuchungszeitpunkt sedierende Psychopharmaka eingenommen hab e. Prof. Y. ___ hielt fest, wiederum keine Diagnose zu stellen. Es müsse vor allem aufgrund der neuropsychologischen Resultate erneut von einer bewusst seinsnahen Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn ausgegangen werden, der eine medizinisch korrekte Diagnostik verunmögliche. Es sei aber nicht davon auszugehen, dass dieses Verhalten krankheitsbedingt sei (S. 105).

Um dem Versicherten nicht Unrecht zu tun, sei ein stationärer Aufenthalt mit Herabdosierung der sedierenden Medikamente und Wiederholung der Begut ach tung zu empfehlen. Es müsse eine low - dose Abhängigkeit von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.24) als einzige Diagnose ausgesprochen werden (S. 106). 6.

E. 8.1

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten und in einer ange passten Tätigkeit seit Dezember 2017 besteht ein Invaliditätsgrad von 30 % und damit grundsätzlich kein Rentenanspruch mehr (Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2018 vom 2 4. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C_333/2013 vom 1 1. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen) .

E. 8.2

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Ein gliederungs massnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung aus zuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grun d sätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbstein gliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die ver sicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben inte griert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufser fah rungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Per son in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leis tungs potenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1).

E. 8.3

Der Beschwerdeführer ist 1962 geboren und bezieht seit August 2008 eine Drei viertelsrente. Bereits i m Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2 8. Novem ber 2017 (Urk. 2) war er 55 Jahre alt und fällt damit unter den besonders geschützten Bezügerkreis .

Deshalb kann er nicht ohne weiteres auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden und ist vor einer Rentenaufhebung die Eingliederungsfrage zu prüfen.

Aufgrund des Umstands, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenaufhebung auf die aus ihrer Sicht gegebene Verletzung der Mitwirkungspflicht stützte, wurden

Eingliederungsmassnahmen bislang gar nicht geprüft. Prof. A. ___ wies diesbezüglich darauf hin, dass die früh ersichtliche eingeschränkte Compliance und mangelnde Motivierbarkeit bezüglich Integrationsmassnahmen schwer wiege und auch die frühe Berentung daran ihren Anteil

und zur Chronifizierung beigetragen habe (S. 46 unten des Teilgutachtens). Gleichzeitig ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer lediglich unter leichten Beeinträchtigungen - die zudem teilweise auf normalpsychologische Reaktionen einer nachvollziehbar belastenden Lebenssituation zurückzuführen sind - leidet und mit einer doch substantiellen zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % auch in der angebotenen Tätigkeit grundsätzlich geeignete Voraussetzungen für einen beruflichen Wiedereinstieg mitbringt. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass sich der Beschwerdeführer trotz seines fortgeschrittenen Alters ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren könnte und deshalb ausnahmsweise von der Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung auszugehen ist, ergeben sich jedoch keine. Der Beschwerdeführer verfügt insbesondere nicht über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen.

E. 8.4

Die Beschwerdegegnerin konnte bislang ihrem Eingliederungsantrag (noch) nicht nachkommen. Daraus ergibt sich, dass die Renteneinstellung so lange nicht gerechtfertigt ist, als die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert wurde oder der Beschwerdeführer, der an dieser Stelle auf seine Schadenminderungspflicht hinzuweisen ist, sich nach durchgeführtem Mahn- und Bedenkzeitverfahren

gegebenenfalls geweigert hat, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen.

Dies führt im Ergebnis zur Gutheissung der Beschwerde mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer auch nach dem 28. November

2017 einstweilen weiterhin Anspruch auf die bisherige Dreiviertelrente hat.

E. 9.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- fest zu setzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 9.2

Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können dem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechts erheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind, und zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (vgl. BGE 139 V 225 E. 4.2 mit Verweis auf BGE 137 V 210).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf die Gutachten von Prof. Y. ___, obwohl diese nicht zu überzeugen

vermögen (vgl. vorstehend E. 7.6), und leitete daraus ab, dass der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei. Angesichts der auch von Prof. Y. ___

berichteten Befunde wäre jedoch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit möglich und notwendig gewesen, was nun durch das Gerichtsgutachten nachgeholt wurde.

Dementsprechend sind der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten in

Höhe von Fr. 12'064.-- aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. November 2017 aufgehoben, und es wird unter Hinweis auf die Erwägungen festgestellt, dass der Beschwerdeführer

einstweilen weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 12'064.-- zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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