

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00072 vom 24. Oktober 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00072

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00072 du 24 octobre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00072 del 24 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

E. 1.3

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 Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.4.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V

396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V

215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4.2

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) überwiegender 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. 3.1 mit Hinweisen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten

kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrem Entscheid an, die fachpsychiatrische Behandlung sei gemäss den aktuellen Arztberichten der behandelnden Ärzte abgeschlossen und die psychiatrischen Diagnosen seien remittiert. Auch aus angio logischer Sicht bestünden keine Einschränkungen für berufliche Tätigkeiten mehr. Damit habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert und eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei ihm zu 100 % zumutbar. Da der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht in der Lage sei, ein renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen, bestehe kein Anspruch auf Rentenleistungen mehr (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer

auf den Standpunkt, es liege keine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades vor. So lägen weiterhin eine post traumatische Belastungsstörung und zudem eine rezidivierende depressive Störung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Der Bericht von lic. phil. B.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und eidg. anerkannter Psychotherapeut, vom 28. Januar 2019 (Urk. 3/2) zeige klar, dass die Feststellung der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer sei neu zu 100 % arbeitsfähig, auf falschen Tatsachen beruhe. Die psychischen Probleme, aufgrund derer er in den letzten Jahren zu Recht IV-rentenberechtigt gewesen sei, bestünden weiterhin fort, weshalb die Aufhebung der Invalidenrente zu Unrecht erfolgt sei. Im Mindesten stehe aufgrund des Berichts von lic. phil. B.____ fest, dass der Sachverhalt in psychischer Hinsicht nicht mit rechtsgenügender

Sicherheit abgeklärt worden

sei (Urk. 1 S. 11 ff.).

Auch habe man es bislang unterlassen, die Auswirkungen der Aortendissektion Typ A unter anderem mit vorwiegend retro gradem Pendelfluss des «falschen» Lumens in somatischer Hinsicht abzuklären (Urk. 21 S. 2).

E. 3

Im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 24. Oktober 2013

(Urk.

14/42 , Urk. 14/35) stellte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar (vgl. Urk. 14/29):

E. 3.1

Dr. med. C.____ , Assistenzarzt Chirurgie am Kantonsspital D.____ , führte die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf folgende Ursache zurück (Bericht vom 23. Augusts 2011, Urk. 14/9) :-

Unklare Armschwäche links Differentialdiagnose im Rahmen der Aorten-Dissektion Typ A mit: - Normaler Funktion des Aortengraftes und guter linksventrikulärer Pumpfunktion (Echokardiographie 2. März 2011) - Leichte Mitralklappeninsuffizienz - Leichte zentrale Insuffizienz der trikuspiden Aortenklappe - Einriss in die supra- aortalen Gefässe beidseits , bis A. iliaca communis rechts und Iliakalbifurkation links (CT Thorax/-Abdomen 13. Oktober 2010)

Er führte aus, dass der Beschwerdeführer habe sich am 6. April 2011 zur Abklärung bezüglich einer Rotatorenmanschettenläsion in seiner Sprechstunde vorgestellt. Eine Rotatorenmanschettenläsion habe nach erfolgter klinischer Untersuchung ausgeschlossen werden können. Nach Rücksprache mit Dr. med. E.____ , Leitender Arzt Gefässchirurgie, seien die Beschwerden im Rahmen der erfolgten Implantation eines Aortengraftes gesehen worden. Es sei eine weitere neurologische und gefässchirurgische Abklärung in der Gefässchirurgie und Neurologie des Universitätsspitals F.____ empfohlen worden (Urk. 14/9).

E. 3.2

In ihrem Verlaufsbericht vom 23. November 2012 stellte

die seit März 2012 behandelnde (Urk. 14/20/1) Psychiaterin Y.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/25 /1) :- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; nach einem operativen Eingriff mit supracoronarem

Aortenersatz und kardiopulmonalem Bypass infolge einer Aorten-Dissektion mit Einriss in die supra- aortalen Gefässe beidseitig bis A. iliaca communis rechts und Iliakalbifurkation links im Oktober 2010) seit März 2012 - Verdacht auf sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10 F06) seit März 2012 Daneben stellte sie folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Arterielle Hypertonie (keine genaueren Angaben)

Die dipl. Ärztin Y.____ hielt fest, dass aus psychiatrischer Sicht bestehe – bei den angegebenen kognitiven Störungen – in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 1. Juli 2012 bis heute. Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie instabile Stimmungslage, die meistens zum depressiven Pol neigt, Alpträume, Flash-backs, massive Schlafstörungen mit Tag-Nacht-Umkehr blieben weiterhin bestehen. Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit wirkten sich Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Absenzen sowie psychische und physische Erschöpfbarkeit aus. Wegen ausgeprägten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sei im August 2012 eine neurologische Abklärung im Zentrum G.____

erfolgt, der Bericht stehe noch aus (Urk. 14/25/1-2). Aufgrund der zurzeit noch fehlenden diagnostischen Erkenntnisse sei nicht einzuschätzen, ob und in welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei (Urk. 14/25/3). Auf längere Sicht sei eine berufliche Integration sicher indiziert. Diese sollte jedoch stufenweise erfolgen und ein 50 % -Pensum zuerst nicht übersteigen. Dafür würden auch die somatischen Diagnosen (Rücksprache mit der Hausärztin Dr. med. H.____, Spezialistin für Innere Medizin) sprechen (Urk. 14/25/1).

E. 3.3

Der Beschwerdeführer wurde am 12. Juni und am 14. November 2012 im Zentrum G.____ wegen einem gelegentlichen Einschlafen des linken Arms nachts im Schlaf und beim Autofahren seit der Operation vom Oktober 2010 untersucht. Im Bericht vom 31. Dezember 2012 stellte Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Neurologie, folgende Diagnosen (Urk. 14/27 /1) : - Aortendissektion Typ A, operiert 2010, aktuell: - Neuroangiologisch : Mittelschwere zentrale Subclaviastenose links und hochgradige Vertebralis-Abgangsstenose links - Klinisch: Hypästhesie linksseitiger Armpartien, überlagerndes Karpal tunnel-Syndrom möglich - Depression

Er beurteilte, bei dem Beschwerdeführer bestehe eine mittelschwere zentrale Subclaviastenose rechts mit hochgradiger Vertebralis-Abgangsstenose, wobei die A. vertebralis aus dem «falschen» Lumen der zugrunde liegenden Aortendissektion mit Beteiligung der A. subclavia entspringe. Das Problem müsse in einem Gesamtzusammenhang der operierten Aortendissektion beurteilt werden, wozu keine Unterlagen vorläge. Die hochgradige Subclaviastenose könne dabei einen Teil der Beschwerden des Beschwerdeführers erklären. Ob zusätzlich ein leichtes Karpal tunnelsyndrom links vorliege (wofür sich einige anamnestiche und klinische Hinweise ergäben), sei im Gesamtkontext zurzeit von untergeordneter Bedeutung. Es werde eine angiologische Gesamtbeurteilung im D.____ unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Informationen vorgeschlagen. Aus neurologischer Optik scheine der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig zu sein (Urk. 14/27 /12).

E. 3.4

Gestützt auf diese Berichte schloss Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin mit Stellungnahme vom 16. April 2013 (Urk. 14/29/4-5) auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher beruflichen Tätigkeit seit 13. Oktober 2010.

Mit Blick darauf, dass die Anmeldung zum Leistungsbezug im Juli 2011 (Urk. 14/2) erfolgt war, führte dies unter Berücksichtigung der einjährigen Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und der sechsmonatigen Karenzzeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG zur Zusprache einer

ganzen Rente (Invaliditätsgrad von 100 %) mit Wirkung ab 1. Januar 2012 (Verfügung vom 24. Oktober 2013, Urk. 14/42, Urk. 14/35).

E. 4

Im Bericht der Klinik für Angiologie des F.____ vom 28. Januar 2017

wurde bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen

(Urk. 14/62/1)

festgehalten, aus angiologischer Sicht bestehe keine medizinische Einschränkung für die berufliche Tätigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Musiker sei der Beschwerdeführer ungeschädigt arbeitsfähig (Urk. 14/62/ 2-3).

E. 4.1

Die dipl. Ärztin Y.____ hielt in ihrem Verlaufsbericht vom 31. August 2016 (Urk. 14/54/1-6) fest, die Arbeitsfähigkeit müsse prioritär von den Fachärzten aus dem somatischen Bereich beurteilt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aktuell zu 100 % arbeitsfähig. Die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.4) seien seit Mai 2015 bzw. Mai 2016 remittiert (Urk. 14/54/1). Trotz skeptischer Einstellung gegen Psychopharmaka und der Angst vor Interaktionen mit den lebenslang angeordneten somatischen Medikamenten habe sich der Beschwerdeführer mit der Anordnung von Trazodon (Trittico) ab Februar 2015 einverstanden erklärt, worauf sich der psychische Zustand nach drei Monaten zusehends verbessert und im weiteren Verlauf schliesslich stabilisiert habe. Bereits ab Januar 2015 sei die Therapiefrequenz auf einmal pro Monat reduziert worden. Aktuell benötige der Beschwerdeführer keine Psychopharmaka mehr. Die kontinuierliche Behandlung sei am Auslaufen (Therapiefrequenz: zirka einmal pro Quartal). Aufgrund der sehr vertrauten Patient-Therapeut-Beziehung werde sich der Beschwerdeführer in verschiedenen Lebenssituationen voraussichtlich weiterhin an die Referentin wenden (Urk. 14/54/2).

E. 4.2

Am 2. November 2016 wurde der Beschwerdeführer im Zentrum G.____

untersucht und eine Farbduplexsonographie durchgeführt (Urk. 14/59). Im Bericht vom 3. November 2016 wurde einerseits auf eine seit 2010 im Wesentlichen unveränderte Gefässsituation hingewiesen. Andererseits könne aktuell erstmals (zumindest bei Kopfdrehung nach rechts) ein Pendelfluss der A. basilaris aufgezeigt werden. Der Beschwerdeführer habe dabei über Schwindel bei Armarbeit rechts berichtet. Obwohl die rechte A. subclavia eine mittelschwere Stenose des «echten» Lumens aufweise und die rechte A. vertebralis aus dem «falschen» Lumen der rechten A. vertebralis entspringe und keine Veränderung der Perfusion bei Armarbeit zeige, scheine doch ein gewisser vertebrobasilärer

Steal-Mechanismus vorzuliegen. Unter diesem Blickwinkel sei

bei der Klinik für Angiologie des F.____ eine Zweitmeinung zur Frage

einzuholen, ob eine endovaskuläre Behandlung der Dissektion in der rechten A. subclavia und eine funktionale Revaskularisation der rechten A. vertebralis (welche aus dem «falschen» Lumen der rechten Subclavia entspringe) grundsätzlich möglich wäre

(Urk. 14/59/2).

E. 4.3

Die Ärzte der Klinik für Angiologie des F.____ stellte n in ihrem Bericht vom 29. November 2016 folgende Diagnosen (Urk. 14/62/5): - Aortendissektion Typ A thorako -abdominell - Depression - Cervikospondylogenes Schmerzsyndrom In ihrer Beurteilung führten sie aus, insgesamt bestehe ein diskretes Subclavian - Steal -Phänomen mit Typ III Pendelfluss der rechten A. vertebralis , aber keine relevante Stenosierung durch die Dissektionsmembran

im Bereich des Truncus coeliacus und der A. subclavia rechts. In den nicht invasiven angiologischen Untersuchungen sei eine unauffällige Ruheperfusion der beiden oberen Extremitäten festgestellt worden . Duplexsonografisch habe die bekannte Dissektion des Truncus

brachiocephalicus sowie der A. subclavia proximal dargestellt werden können mit teils retrograder Versorgung der A. vertebralis. Unter Belastung habe jedoch keine Veränderung bzw. Zunahme des Pendelflusses festgestellt werden können. Zusammen mit der klinischen Anamnese sowie fehlender eindeutiger Beschwerdesymptomatik bei körperlicher Anstrengung werde weiterhin ein konservatives Vorgehen empfohlen (Urk. 14/62/5-7).

E. 4.5

Anlässlich des Telefongesprächs mit der Beschwerdegegnerin vom 11. Januar 2017 sprach die dipl. Ärztin Y.____ von einem unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit ihrem letzten Bericht vom 5. September 2016 (Ein gang des Berichts vom 31. August 2016 [Urk. 14/54/1-6] bei der Beschwerdegegnerin, vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 14/1-114) sowie einer stabilen psychischen Situation und stellte einen nahen Behandlungsabschluss in Aussicht (Urk. 14/61).

Unter Bezugnahme auf den Vorbescheid vom 16. Februar 2017 betreffend Einstellung der Invalidenrente (Urk. 14/63) berichtete die behandelnde Psychiaterin am 13. März 2017 (Urk. 14/64) von einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und führte aus, im psychopathologischen Befund imponierten eine depressive Stimmungslage, eine starke innere Unruhe, ausgeprägte Existenz- und Zukunftsängste sowie massive Durchschlafstörungen mit Früherwachen und Grübeln. Die bevorstehende Änderung seines Status innerhalb der Familie habe für ihn eine schwere Anpassungsaufgabe zur Folge, die er im Moment schwer zu verkraften vermöge. Es bestehe eine Anpassungsstörung mit kurzer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.20) und es sei eine Medikation mit Trittico installiert worden.

In ihrem Verlaufsbericht vom 31. August 2017 (Urk. 14/69/1-4) bekräftigte die dipl. Ärztin Y.____ die Remission der posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) seit Mai 2015, diagnostizierte indes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) seit März 2017. Sie führte aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, auf längere Sicht sei bei schrittweiser Wiedereingliederung in das Berufsleben bzw. Erhöhung des Arbeitspensums mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Grundlegend könne eine wesentliche Stabilisierung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers festgestellt werden. Die tragischen Lebensereignisse wie zum Beispiel der Tod des älteren Bruders im Juli 2017 im Iran und die fehlende Möglichkeit, sich als in der Schweiz anerkannter politischer Flüchtling von diesem zu verabschieden, hätten zu Stim

mungsschwankungen mit erhöhter Reizbarkeit und Verzweiflung geführt (S. 1). Es erfolge eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Sitzungsfrequenz einmal pro Monat) und eine medikamentöse Behandlung mit Trazodon (Trittico; S. 3).

E. 4.7

Am 7. März 2018 wurde im Gefäßzentrum des

D.____ eine CT Thorax-Abdomen Angiographie durchgeführt (Urk. 14/86/3 , vgl. Zwischenbericht vom 16. April 2018 [Urk. 14/86/1]) . Dabei zeigte sich

ein stabiler Verlauf und keine signifikante Befundänderung im Vergleich zur Voruntersuchung vom 12. Januar 2016. Die Befunde seien interdisziplinär an der Gefäßkonferenz besprochen worden und es werde weiterhin ein konservatives Procedere geplant. Es werde eine Wiedereinführung der Statintherapie sekundärprophylaktisch sowie bezüglich der nächtlich auftretenden Atempausen zudem eine pneumologische Vorstellung und gegebenenfalls die Einleitung einer Schlaflaboruntersuchung empfohlen. Aufgrund des intermittierend auftretenden Tremors empfehle sich gegebenenfalls zusätzlich eine neurologische Beurteilung. 4.

E. 4.9

Lic. phil. B.____ , welcher den Beschwerdeführer seit dem 22. November 2018 psychotherapeutisch behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 28. Januar 2019 (Urk. 3/2) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Er hielt fest, es sei nachgewiesen, dass die erstgenannte Diagnose nicht nur zu den bekannten psychischen und körperlichen Symptomen führe, sondern auch zu einer eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Beim Beschwerdeführer liege eine Chronifizierung der posttraumatischen Belastungsstörung vor, wie dies laut verschiedenen wissenschaftlichen Quellen bei 30 % der Patienten der Fall sei. Daher sei es für ihn aus psychotherapeutischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass die Invalidenversicherung von einem Abschluss der fachpsychiatrischen Behandlung und einer Remission der psychiatrischen Diagnosen ausgehe. 5. 5.1

Vorweg zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (E. 1.3) vorliegt, namentlich ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache vom 24. Oktober 2013 (Urk. 14/42, Urk. 14/35) in revisionsrechtlich relevanter Weise verbessert hat. Die Beschwerdegegnerin bejahte dies im angefochtenen Rentenentscheid vom 12. Dezember 2018 (Urk. 2) ausgehend von einer Remission der psychischen Leiden und einem Abschluss der fachpsychiatrischen Behandlung.

Wie aus der in E. 3 dargelegten medizinischen Aktenlage hervorgeht, war der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (mit-)ursächlich für die Zusprache einer ganzen Invalidenrente im Jahr 2013. Während die behandelnde Psychiaterin Y.____ im Rahmen der erstmaligen Anspruchsprüfung insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit jedenfalls für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur verneint hatte (E. 3.2), berichtete sie am 31. August 2016 (E. 4.1) und 31. August 2017 (E. 4.4) im Zuge des Revisionsverfahrens von einer Remission der posttraumatischen Belastungsstörung seit Mai 2015 und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bzw. – unter Berücksichtigung einer seit März 2017 bestehenden An

passungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) – eine solche von 50 %. Davon abweichend hielt Dr. A. ___ in seinem Fachgutachten vom 26. November 2018 dafür, dass nie eine posttraumatische Belastungsstörung vor gelegen habe und diese Diagnose seinerzeit zu Unrecht gestellt worden sei. Wenn er dies retrospektiv so beurteilt, handelt es sich um eine Einschätzung, die zwar zutreffen könnte, aufgrund des Umstandes, dass die behandelnde Fachärztin das Vorliegen einer entsprechenden Symptomatik damals überzeugend begründete, indes nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu erstellen ist. Damit liegt in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Letzterer ist demnach in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (E. 1.3). 5.2

Die Beschwerdegegnerin erachtete den Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der an gefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2018 (Urk. 2) als zu 100 % arbeitsfähig. In psychiatrischer Hinsicht stützte sie sich dabei auf das Gutachten von Dr. A. ___ vom 26. November 2018 (Urk. 14/93). Dieses erfüllt die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.5). So wurde es in Kenntnis der relevanten Vorakten erstattet (Anamnese; Urk. 14/93/2-5), ist für die streitigen psychischen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (Urk. 14/93/5-13), setzt sich mit den geklagten Beschwerden sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (Urk. 14/93/13-16) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Verhältnisse ein (Urk. 14/93/16-20). In diesem Sinne erscheint die Expertise auch in inhaltlicher Hinsicht als schlüssig. Mit Blick auf die erhobenen Untersuchungsbefunde (Urk. 14/93/10-13) überzeugt insbesondere die Einschätzung, wonach die ab März 2017 bestehende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) – ausgelöst durch familiäre Todesfälle im Iran, Schwierigkeiten aufgrund des autistischen Sohnes sowie Mehrbelastung (Versorgung der Kinder, Führung des Haushalts) infolge der eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit der Ehefrau im Nachgang zu ihrer Hallux-Operation – zwischenzeitlich abgeklungen sei (Urk. 14/93/14, Urk. 14/93/16-17). Damit kann offenbleiben, ob die besagte Diagnose (vorübergehend) zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hat, wie dies von der dipl. Ärztin Y. ___ postuliert wurde (E. 4.4). Gleichwohl ist an dieser Stelle anzumerken, dass die Anpassungsstörung und die damit zusammenhängenden Einschränkungen nach Lage der Akten massgeblich auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen waren, wobei zusätzlich zu den im Gutachten genannten Umständen der Vorbescheid betreffend Einstellung der Rente vom 16. Februar 2017 (Urk. 14/63) anzuführen ist (vgl. dazu Urk. 14/61); solche sozialen Belastungen mit direkten negativen funktionellen Folgen sind rechtsprechungsgemäss auszuklammern (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2019 vom 25. September 2019 E. 4.2.4). 5.3

Der Beschwerdeführer begründet seinen Standpunkt, wonach kein Revisionsgrund vorliege und er aufgrund seiner psychischen Leiden, konkret wegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, in seiner Arbeitsfähigkeit weiterhin erheblich eingeschränkt bzw. ihm eine Tätigkeit nicht zumutbar sei (Urk. 1 S. 11 ff. Ziff. 33-38), insbesondere mit dem beschwerdeweise ins Recht gelegten Bericht von lic. phil. B. ___ vom 28. Januar 2019

(Urk. 3/2). Damit dringt er nicht durch.

Angesichts der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach Berichte eines Psychologen nicht geeignet sind, fachärztliche Feststellungen eines Psychiaters umzustossen (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4 mit Hinweis), vermag der Bericht von lic. phil. B.____ vom 28. Januar 2019 die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von vornherein nicht in Zweifel zu ziehen, setzt doch die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (E. 1.4.1). Im Übrigen äusserte sich der ab 22. November 2018 behandelnde lic. phil. B.____ nicht näher zur Entwicklung des Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgeblichen Beurteilungszeitraum, weshalb sein Bericht keine zuverlässige Aussage zum Vorliegen eines Revisionsgrundes erlaubt. Schliesslich setzte er sich weder mit dem Gutachten von Dr. A.____ auseinander, noch benannte er wesentliche Gesichtspunkte, welche in der Expertise unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Sein Bericht ist deshalb nicht geeignet, die Einschätzung von Dr. A.____ in Frage zu stellen oder weiteren Abklärungsbedarf aufzuzeigen. Schliesslich ist auch der angeblich von der dipl. Ärztin Y.____ gegenüber lic. phil. B.____ gemachten Aussage, wonach eine psychotherapeutische Behandlung aus ihrer Sicht weiterhin indiziert, allenfalls lebenslang notwendig sei (Urk. 1 S. 12 Rn 35), nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abzugewinnen, zumal er sich diesbezüglich lediglich auf ein – soweit ersichtlich unbeantwortet gebliebenes – E-mail von lic. phil. B.____ an die dipl. Ärztin Y.____ stützt (vgl. Urk. 3/3). Es ist nicht plausibel, weshalb letztere über eine allfällige Indikation einer weiterführenden psychotherapeutischen Behandlung nicht selber hätte berichten können.

Auch anderweitig bestehen keine Anhaltspunkte, welche an der Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens des Dr. A.____ vom 26. November 2018 zweifeln liessen, womit auf die darin enthaltenen Schlussfolgerungen abgestellt werden kann. Da der Sachverständige das Vorliegen einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneinte, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V

281 (E. 1.4.2). 5.4 5.4.1

In somatischer Hinsicht besteht beim Beschwerdeführer ein Status nach Aorten dissektion Typ A mit suprakoronarem Aortenersatz und kardio-pulmonalem Bypass 2010. Im Bereich der Neurologie/ Neuroangiologie wurde nach durchgeführter Farbduplexsonographie vom 2. November 2016 von einem grundsätzlich unveränderten Status seit 2010 ausgegangen (E. 4.1). Gestützt auf die Ergebnisse der Farbduplexsonographie wurde im – zum Zwecke der Einholung einer Zweitmeinung erstatteten – Bericht der Klinik für Angiologie des F.____ vom 29. November 2016 lediglich ein diskretes Subclavian - Steal -Phänomen mit Typ III Pendelfluss der rechten A. vertebralis festgehalten (E. 4.2). Eine neurologische Symptomatik wurde verneint. Es wurde weiterhin ein konservatives Vorgehen empfohlen und damit die vom Zentrum G.____ aufgeworfene Frage der Indikation einer endovaskulären Behandlung der Dissektion in der rechten A. subclavia und einer funktionalen Revaskularisation der rechten A. vertebralis verneint. Angiologisch wurde der Beschwerdeführer sowohl am Gefässzentrum des D.____ als auch in der Klinik für Angiologie des F.____ untersucht, wobei durchgehend eine unauffällige Ruheperfusion der oberen und unteren Extremitäten festgehalten wurde. Die Ärzte der Klinik für Angiologie

des F.____ stellten im Bericht vom 29. November 2016 unter Belastung keine Veränderung bzw. Zunahme des Pen delflusses fest und schlossen auf das Fehlen einer eindeutigen Beschwerde symptomatik bei körperlicher Anstrengung (E. 4.2). Auf dieser Grundlage ist es nachvollziehbar, dass im Bericht vom 28. Januar 2017 auf eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geschlossen wurde (E. 4.3). Anlässlich der Verlaufskontrolle am Gefässzentrum des D.____ wurde der Zustand als unverändert beschrieben, was sich anhand der unauffälligen Befunde der CT-Thorax-Abdomen Angiographie vom 7. März 2018 bestätigte (vgl. E. 4.4-4.5). 5.4.2

Vor dem Hintergrund der umfassenden angiologischen und neurologischen Abklärungen kann – entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers (vgl. E. 2.2) – nicht die Rede davon sein, dass die Auswirkungen der Aortendissektion in somatischer Hinsicht ungenügend abgeklärt wurden. Da keine Anhaltspunkte für ein im Verfügungszeitpunkt bestehendes invalidisierendes Leiden vorliegen, sind von den beantragten zusätzlichen ärztlichen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_885/2014 vom 17. März 2015 E. 3.3). 5.4.3

Die im Nachgang zur Beschwerde eingereichten medizinischen Berichte datieren allesamt vom Mai 2019 (Urk. 24 und Urk. 27/1-2) und wurden somit nach der – rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbe fugnis bildenden (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung vom 12. Dezember 2018 verfasst. Die thorakoabdominalen Beschwerden bestehen gemäss Angabe des Beschwerdeführers im Bericht vom 9. Mai 2019 «seit mehrere n Monaten» (Urk. 24) und sind denn auch in den im Verfügungszeitpunkt vor lie genden Akten nirgends dokumentiert. Die CT Thorax-Abdomen Angiographie vom 15. Mai 2019 zeigte einen unveränderten Befund im Vergleich zur Vorun tersuchung vom 7. März 2018 (Urk. 27/2). Vor diesem Hintergrund erlauben die nachträglich eingereichten medizinischen Unterlagen auch keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation, weshalb sie vorliegend nicht in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2016 vom 26. Januar 2017 E. 4.2). 6.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand. Damit hat die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente zu Recht mit Wirkung für die Zukunft (vgl. dazu Art. 88 bis Abs. 2 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) revisionsweise aufgehoben. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 . 7 .1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Ver beiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt (Urk. 16). Antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) ist dem Beschwerdeführer deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu be willigen und die unentgeltliche Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanw alt Thomas Häusermann zu gewähren. 7 .2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem

kantonales Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Da zudem die anwaltliche Vertretung geboten war, ist dem Beschwerdeführer

Rechtsanwalt Thomas Häusermann als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Mit Honorarnote vom 28. Januar 2019 (Urk. 5) machte dieser einen – zum Zeitpunkt der Beschwerdeeinreichung angefallenen – Aufwand von Total Fr. 3'270.60 (Fr. 2'804.95 Arbeitsaufwand für 12 Stunden und 45 Minuten plus Fr. 231.82 Barauslagen zzgl. MwSt.) geltend. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3

des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht,

GSVGer) ist eine Entschädigung in dieser Höhe nicht angemessen.

Insgesamt ist ein Gesamtarbeitsaufwand von maximal rund 10 Stunden für Besprechungen mit dem Klienten, dem Studium der Akten und dem Ausarbeiten der Beschwerdeschrift sowie weiteren Arbeiten im Zusammenhang mit dem Beschwerdeverfahren anzurechnen. Darüber hinaus erweisen sich die geltend gemachten Barauslagen als deutlich

übersetzt, zumal Kosten für einen Kurierdienst mangels Notwendigkeit nicht im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung entschädigt werden können. Ebenfalls nicht als notwendige Barauslagen können die veranschlagten Spesen für die Kopie des Dossiers der IV-Stelle angesehen werden, zumal die IV-Stelle praxismässig ohne entsprechendes Entgelt die Verfahrensakte in Papier- oder elektronischer Form (vgl. Urk. 14/106) zur Verfügung stellt.

Unter Berücksichtigung des Umfangs der Eingaben des Beschwerdeführers erscheinen maximal 50 Kopien als angemessen, welche mit einem Ansatz zu Fr. 0.50 pro Kopie zu entschädigen sind (vgl. den Leitfaden Amtliche Mandate der Oberstaatsanwaltschaft des Kantons Zürich vom 1. Oktober 2016, S. 56). Darüber hinaus sind Portokosten für die Einreichung der Beschwerde (Urk. 1-5), sowie der Eingaben vom 28. März (Urk. 21), vom 14. Mai (Urk. 23-24) und vom 5. Juni 2019 (Urk. 26-27) zu berücksichtigen. Diese belaufen sich auf insgesamt Fr. 25.20 (Zustellungsgebühren Gericht [Fr. 5.30 x 4], zzgl. Kopie an Klient [Fr. 1.-- x 4]). Die angemessenen Barauslagen sind somit mit insgesamt Fr. 50.20 zu veranschlagen. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundensatzes von Fr. 220.-- sowie der angemessenen Barauslagen und Mehrwertsteuer ergibt sich

eine Entschädigung von Fr. 2'423.50. In dieser Höhe ist Rechtsanwalt

Thomas Häusermann aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 7.4

Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 28. Januar 2019 wird dem Beschwerdeführer die

unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Thomas Häusermann als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Thomas Häusermann, Zürich, wird mit Fr. 2'423.50

(inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Häusermann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

E. 6

Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Angiologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. L.____, Fachärztin FMH für Angiologie und Allgemeine Innere Medizin, verfassten am 26. Februar 2018 für das Gefässzentrum des D.____ einen Zwischenbericht und hielten anamnestisch fest, dass der Beschwerdeführer bei der Verlaufsuntersuchung erschienen, nachdem man ihn zuletzt im Dezember 2015 ambulant untersucht habe. Gemäss der Ehefrau komme es zu nächtlichen Atempausen, diesbezüglich sei bis anhin keine Untersuchung im Schlaflabor durchgeführt worden. Daneben berichtete der Beschwerdeführer über Gesässschmerzen beim Treppensteigen, wenn er bis in den 3. Stock gehen würde, zudem intermittierend eine auftretende Gefühllosigkeit an beiden Armen und Händen in Ruhe (Urk. 14/86/2). Sie vermerkten, es bestünden keine Hinweise auf peripher arterielle Embolien der oberen und unteren Extremitäten. Angiologisch nicht-invasiv habe sich unverändert zur Voruntersuchung eine normale Ruhedurchblutung der oberen und unteren Extremitäten gezeigt. Ergänzend werde die Durchführung einer Angio-CT-Untersuchung geplant (Urk. 14/86/4).

E. 8

Dr. A.____ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 26. November 2018 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er stellte folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/93/13): - Länger anhaltende Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21 für 2012 und 2017)

Es wurden folgende psychische Befunde erhoben: Das Kontaktverhalten des Beschwerdeführers sei offen und zugewandt. Die Kooperation für die Untersuchung sei vorhanden. Die Bewusstseinslage sei klar und wach. Es bestehe keine Einschränkung der Orientierung weder örtlich, zeitlich noch zur eigenen Person oder zur Situation. Die Stimmung und der Affekt seien leicht affektilabil und klagend, es bestehe keine Störung der Vitalgefühle. Der Antrieb sei nicht reduziert und die Interessen seien vorhanden. Die Auffassungsgabe sei intakt und die Konzentration leicht gestört. Es bestehe keine Störung der Aufmerksamkeit. Die Merkfähigkeit sei nicht reduziert und die Gedächtnisleistungen seien intakt. Die Intelligenz sei durchschnittlich. Im formalen Denken bestehe ein Grübeln über die Zukunft und die gesundheitliche Situation. Inhaltliche Denkstörungen und Flashbacks lägen nicht vor, ebenso wenig Panikattacken und Ängste. Es bestünden finanzielle und gesundheitliche Sorgen, aber keine Zwänge und Zwangsgedanken. Der Appetit sei normal. Der Schlaf sei wegen Atemaussetzer gestört. Die Psychomotorik sei ruhig und die Motivation sei vorhanden. Es bestünden latente Suizidgedanken, jedoch keine Fremdgefährdung (Urk. 14/93/10-11).

Nach der Operation am 13. Oktober 2010 sei es beim Beschwerdeführer im weiteren Verlauf 2012 zur ersten Anpassungsstörung nach ICD-10 F43.2 gekommen. Hierbei handle es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen die sozialen Funktionen und Leistungen behinderten und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftraten. Der Beschwerdeführer habe nach der Operation am 13. Oktober 2010 neben den körperlichen und finanziellen Schwierigkeiten auf Grund der Arbeitsunfähigkeit und des Arbeitsplatzverlusts auch erstmals zunehmende Eheprobleme erlitten. Es sei davon auszugehen, dass die Anpassungsstörung ohne die sozialen Belastungen nicht entstanden wäre. Die Symptome würden, wie beim Beschwerdeführer vorhanden, eine depressive Stimmung, Ängste und Sorgen um die Zukunft und Gesundheit umfassen, und es sei beim Beschwerdeführer zu einem Gefühl, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen und diese nicht erledigen zu können, gekommen. Auch das Gefühl, für alles überfordert zu sein, sei typisch. Die Anpassungsstörung im Jahr 2012 habe eine längere depressive Reaktion gezeigt, welche typischerweise maximal zwei Jahre anhalte. Auch dies treffe auf den Beschwerdeführer zu. Nach einer Besserung der depressiven Stimmung sei es im Jahr 2017 zu einer erneuten Anpassungsstörung gekommen, nun durch die familiären Todesfälle im Iran, die Schwierigkeiten auf Grund des autistischen Sohnes und wegen der Mehrbelastung des Beschwerdeführers, welche auf Grund der gesundheitlichen Einschränkung der Ehefrau nach ihrer Hallux-Operation ausgelöst worden sei. In der hiesigen Untersuchung habe sich die Anpassungsstörung wieder gebessert gezeigt und sie bestehe daher nicht mehr. Eine posttraumatische Belastungsstörung habe beim Beschwerdeführer

auch retrospektiv nicht vorgelegen. Hierfür seien die ICD-10 Kriterien nicht ausreichend erfüllt worden. Die depressive Stimmungslage, Schlafstörung und Konzentrationsstörung seien der Anpassungsstörung zuzuordnen (Urk. 14/93/13-14).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aktuell und seit jeher vollum fänglich arbeitsfähig gewesen. Da die Anpassungsstörung aktuell nicht mehr bestehe , sei auch keine psychiatrische Behandlung mehr indiziert (Urk. 14/93/18-20).

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