

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00213 vom 4. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00213

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00213 du 4 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00213 del 4 novembre 2019

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

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 für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte 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 rein tenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren (vgl. nachstehend E. 1.3) schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweissbelastete 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).

E. 1.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden soma toformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4) . Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen) . Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1.

E. 3

Die Suva sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 16. Januar 2004 eine Invalidenrente entsprechend einer Erwerbseinbusse von 100 % ab Januar 2004 zu, wobei sie von einem versicherten Verdienst von Fr. 74'568.-- ausging (Urk. 9/40). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Suva-Kreisarzt Dr. B.____ führte im Bericht vom 3. Juli 2000 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 9/2/4-5 = Urk. 9/4/59-60) aus, der Beschwerdeführer sei am 28. Februar 2000 von einem Gerüst auf die linke Schulter gestürzt, und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Impressionsfraktur Tuberculum majus mit Supraspinatus-Teilruptur - chronische rezidivierende Rückenschmerzen bei Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS)

Er veranlasste einen Rehabilitationsaufenthalt (S. 2 Mitte).

E. 3.2

Vom 19. Juli bis 30. August 2000 weilte der Beschwerdeführer in der Klinik

C.____ , worüber am 5. September 2000 berichtet wurde (Urk. 9/2/12-18 = Urk. 9/4/35-37). Es wurden die folgenden Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - wechselhafte Periarthropathia

humeroscapularis

(PHS) tendopathica links bei - Status nach Sturz am 28. Februar 2000 - chronischer Schon- und Fehlbelastung - klinisch glenohumeraler Instabilität - Angst und depressive Störung gemischt bei - Status nach Sturz am 28. Februar 2000 - wiederholten Verlusterlebnissen

- rezidivierende Blockierungen des Iliosakralgelenks (ISG) rechts - Status nach Neuronitis vestibularis 1998

Es sei ein Arbeitsversuch zu therapeutischen Zwecken halbtags ab 4. September 2000 vereinbart worden (S. 3 Mitte).

E. 3.3

Dr. D.____, Facharzt für Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 16. Februar 2001 (Urk. 9/4/8-9) unter anderem aus, das Haupthindernis zur Eingliederung des Patienten sei der psychische Zustand. Er habe, auch mit Zustimmung des behandelnden Psychiaters, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (S. 1 unten).

In seinem Bericht vom 31. März 2001 (Urk. 9/10/5-6) attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 5. Dezember 2000 (S. 1 Ziff. 1.5) und führte unter anderem aus, physisch sei der Patient nur leicht eingeschränkt aufgrund der verminderten Kraft und Beweglichkeit der Schultergelenke beidseits, die psychische Funktion sei hingegen sehr eingeschränkt (S. 2 lit. a).

E. 3.4

Dr. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in einem Überweisungsschreiben vom 5. Juni 2001 als Beurteilung eine posttraumatische psychische Störung mit jetzt schwerem depressiven Zustandsbild mit psychosenaher kognitiver Beeinträchtigung (Urk. 9/11/1 unten).

E. 3.5

Laut provisorischem Austrittsbericht vom 6. Juli 2001 (Urk. 9/11/4) weilte der Beschwerdeführer vom 7. Juni bis 6. Juli 2001 in der Klinik F.____, und es wurde eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlsleben und Sozialverhalten diagnostiziert (Ziff. 1).

Im Austrittsbericht vom 22. August 2001 (Urk. 9/53/277-279) wurde als Diagnose eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) und als Differentialdiagnose (DD) Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) genannt (S. 3 oben).

E. 3.6

Gemäss Bericht vom 23. Oktober 2001 (Urk. 9/53/280-282) weilte der Beschwerdeführer nach Einweisung durch den behandelnden Psychiater wegen Selbst- und Fremdgefährdung vom 31. August bis 14. September 2001 ein weiteres Mal in der Klinik F.____ (S. 1).

Nunmehr wurde folgende Diagnose gestellt (S. 3 oben): - Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.22) - Differentialdiagnose: Verdacht auf F41, posttraumatische Belastungsstörung

Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden nicht gemacht (vgl. S. 2 oben). 4.4.1 Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) erstattete am 5. Februar 2003 einen Verlaufsbericht (Urk. 9/34/5-8) und führte unter anderem aus, der Patient sei vor dem Unfall vom 28. Februar 2000

gesundheitlich stabil/kompensiert gewesen und habe voll gearbeitet. Diagnostisch sei das psychiatrische Zustandsbild nicht ohne weiteres einzuordnen. Aus seinem Blickwinkel handle es sich jedoch eindeutig um eine posttraumatisch aufgetretene Störung, welche in der ICD-10 unter F43.1 eingeordnet werden müsse (S. 4).

In seinem Bericht vom 22. März 2003 (Urk. 9/34/1-4) bezeichnete er den Gesundheitszustand als verschlechtert (Ziff. 1) und berichtete über eine Chronifizierung der psychischen Problematik (Ziff. 2 und 3). 4.2

Die Ärzte des A.____ erstatteten am 10. April 2003 ein Gutachten im Auftrag der Suva (Urk. 9/53/157-189). Sie stellten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 f. Ziff. 4.1) - Status nach Sturz von einem Gerüst im Jahr 2000 mit Funktionseinschränkung und Instabilität der linken Schulter nach Schulterkontusion - abgeheiltem kleinem Ausriss im Bereich der Supraspinatussehne und Impression des Tuberculum majus links - Läsion des Ligamentum glenohumerales - cervicales Schmerzsyndrom nach wahrscheinlicher Kontusion/Distorsion der HWS - lumbovertebrales Schmerzsyndrom nach möglicher Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) bei beginnenden degenerativen Veränderungen der unteren LWS - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, auch: PTSD) und - mittelgradige bis schwere depressive Episode

Zurzeit sei der Explorand in der freien Wirtschaft generell nicht arbeitsfähig. Er sei in seiner psychischen Belastbarkeit erheblich eingeschränkt und man dürfe zurzeit froh sein, wenn er im familiären und therapeutischen Rahmen gehalten werden könne (S. 31 Ziff. 7.7.2). 4.3

Dr. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 31. Januar 2007 (Urk. 9/52/11-12) die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen (S. 1 Mitte): - atypische Thoraxbeschwerden - kardiovaskuläre Risikofaktoren - Depression

Die Untersuchungsbefunde ergäben keine Anhaltspunkte für eine koronarischämisch bedingte Thoraxsymptomatik, so dass die geschilderten Beschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht-koronarer Genese seien (S. 2 Mitte). 4.4

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) nannte in seinem Bericht vom

4. August 2009 (Urk. 9/52/13-15 = Urk. 9/53/7-9) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0) nach traumatischen Erfahrungen und Arbeitsunfall - chronifizierte PTBS-Symptome und depressive Symptome inklusive psychotische Symptome (ICD-10 F43.1 / F33.3)

Diagnose und Psychopathologie hätten sich seit Oktober 2008 (vgl. S. 1 Mitte) nicht verändert; es gebe sanfte Zeichen einer positiven Entwicklung (S. 3 Mitte). 4.5

In seinem Bericht vom 6. November 2009 (Urk. 9/52/1-5) führte Dr. E.____

aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 25. Oktober 2000 (Ziff. 1.2). Er nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0) nach traumatischen Erfahrungen und Arbeitsunfall - chronifizierte PTBS-Symptome und depressive Symptome inklusive psychotische Symptome (ICD-10 F43.1 / F33.3),

seit 2000 - metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ II, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie, seit 2003 - instabiles Schultergelenk nach Abriss des Tuberculum majus, seit

2000 - Status nach Schulteroperation rechts wegen habitueller Schulterluxation, seit 1997

Zu Art und Umfang der Behandlung nannte er folgende Stichworte: Gespräche mit stützender Psychotherapie, Kontrolle und Justierung der Medikamente 1 x pro Woche, Einbezug der Ehefrau 1 x pro Monat, mit Dolmetscherin zusammen 1 x alle 3 Monate (Ziff. 1.5). 4.6

In seinem Bericht vom 17. August 2015 (Urk. 9/71/7-9) machte Dr. E.____ weitgehend die gleichen Angaben wie 2009 (vorstehend E. 4.5).

Diagnose und Psycho pathologie hätten sich nicht verändert; es gebe leider Zeichen von Stagnation und eher Rückwärtsentwicklung (S. 3 Mitte). 5.

E. 5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 1.

E. 5.1

In seinem Bericht vom 20. Februar 2016 (Urk. 9/74/1-4) machte Dr. E.____ - soweit lesbar - weitgehend die gleichen Angaben wie 2015 (vorstehend E. 4.6).

E. 5.2

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.3) nannte in seinem Bericht vom 21. März 2016 (Urk. 9/76/5-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

1 Ziff. 1.2): - schwere Depression mit Antriebslosigkeit - multiples psychosomatisches Beschwerdebild (Behandlung bei Dr. E.____ seit vielen Jahren) - beginnende Femuropatellararthrose

beidseits - Ansatzentzündung am Schulterblatt 2001/2004 - metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ II, Hypertonie, Hyperurikämie, Adipositas Grad II (BMI 34) - koronare Herzkrankheit, Status nach Steineinlage in der Türkei im November 2015

Somatisch könnte vom Patienten eine anspruchslöse, ganz leichte Tätigkeit während 2-3 h Stunden pro Tag ohne Forderung und ohne Kommunikation beziehungsweise im Sinne einer Beschäftigung ausgeübt werden (S. Ziff. 2).

E. 5.3.1

Am 21. September 2016 wurde das Z.____ -Gutachten (Urk. 9/88/1-33) erstattet, basierend auf psychiatrischen, internistischen, neurologischen und orthopädisch-traumatologischen Untersuchungen am 12. und 17. Juli und 29. August 2016 (S. 1).

E. 5.3.2

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 lit . D Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) - aktiv eingeschränkte Beweglichkeit des rechten und des linken Schultergelenkes, ohne Hinweise für eine persistierende Instabilität links oder rechts

Ferner nannten sie die folgenden, hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 lit . D Ziff. 2): - hypertensive und koronare Herzkrankheit (Erstdiagnose, ED: Hypertonie Oktober 2002, koronare Herzkrankheit November 2015) - metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas (BMI 31.0 kg/m²), arterieller Hypertonie, Hyperurikämie und Dyslipidämie (ED Diabetes mellitus Typ 2 Oktober 2002, Dyslipidämie April 2012) - hypothyreote Stoffwechselstörung, anamnestisch (ED April 2011, passagere medikamentöse Behandlung), zurzeit ohne Substitution, euthyreote Stoffwechsellage - Niereninsuffizienz Stadium II, anamnestisch (ED Januar 2016), aktuell normale Nierenfunktion - Potenzstörung, anamnestisch seit Unfall 28. Februar 2000 - anamnestisch Penizillinunverträglichkeit - chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, Stadium 0, Schlafapnoe-Syndrom ausgeschlossen - Nikotinabusus, 1-2 Pakete pro Tag - Status nach Sturz von einem Gerüst am 28. Februar 2000, DD: Commotio cerebri - w wiederkehrende Schmerzen der Lendenwirbelsäule - ohne Hinweise für Funktionsstörung, ohne Bewegungseinschränkung, ohne

neurologische Auffälligkeiten, ohne Wurzelreizsyndrom - wiederkehrende Schmerzen der Halswirbelsäule - ohne Funktionsbeeinträchtigung der Halswirbelsäule, ohne Wurzelreizsyndrom, ohne neurologische Auffälligkeiten - wiederkehrende Schmerzen beider Kniegelenke - ohne Funktionsbeeinträchtigung, ohne Bewegungseinschränkung, ohne Instabilitäten bei Verdacht auf initiale Gonarthrose beidseits

E. 5.3.3

Zusammenfassend führten sie aus, auf internistischem und neurologischem Fachgebiet habe sich eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nicht abgrenzen lassen. Aus orthopädischer Sicht habe sich eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten und linken Schultergelenkes ohne Hinweis auf persistierende Instabilität gefunden. Die vom Versicherten beklagten Beschwerden an beiden Schultergelenken hätten aus orthopädischer Optik im Vordergrund gestanden und seien zum Teil auch nachzuvollziehen und zu objektivieren gewesen. Dem Versicherten seien daher körperlich eher leichte Tätigkeiten wechselweise im Gehen, Stehen und/oder Sitzen mit der Möglichkeit des Positionswechsels zumutbar. Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck, Akkord- und Fließbandarbeit seien auszuschiessen wie auch Tätigkeiten mit häufigem Bücken oder Knien. Die ursprüngliche schwere Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei daher aus orthopädischer Optik nicht mehr möglich. Neben den somatischen Leiden bestehe bei dem Versicherten auch eine psychische Störung von Krankheitswert. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit wegen einer mittelschweren depressiven Episode mit einer damit verknüpften Neigung zur dysfunktionalen Wahrnehmung körperbezogener Symptome auch in optimal adaptierten Tätigkeiten nur mit 50 % einzuschätzen. Eine Steigerung sei bei günstigem Verlauf denkbar, die Prognose sei allerdings offen (S. 24 Mitte).

Das Belastungs-/Ressourcenprofil umschrieben die Gutachter wie folgt: «Dem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit

geringen Verantwortungsbereichen ohne besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit, keine Tätigkeiten mit besonderem Zeitdruck, Akkordbedingungen oder unter Nachtarbeit». Ferner könne der Versicherte lediglich leichte körperliche Tätigkeiten im Wechselrhythmus von Gehen, Stehen und/oder Sitzen ausführen. Arbeiten mit häufigem Bücken oder Knien seien zu vermeiden, ebenso Tätigkeiten in Zwangshaltung oder Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern (S. 24 unten).

E. 5.3.4

Der Gesundheitszustand habe sich nach 2005 im Sinne einer Besserung wesentlich verändert. Die objektiven psychopathologischen Befunde hätten sich deutlich gebessert, es könne weder von einer schweren Depression ausgegangen werden noch von einer fortbestehenden posttraumatischen Belastungsstörung. Rückblickend betrachtet lasse sich der Zeitpunkt der Verbesserung der psychopathologischen Befunde nicht zuverlässig bestimmen. Daher könne die in der Vergangenheit testierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % nicht mit Zuverlässigkeit widerlegt werden. Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung sei die Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten mit 50 % einzuschätzen (S. 31 f. Ziff. VII. 2).

E. 5.3.5

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde unter anderem ausgeführt, aktuell bestehe beim Versicherten das Bild einer mittelschweren depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung. Die diagnostischen Algorithmen einer posttraumatischen Belastungsstörung hingegen seien weder nach ICD-10, noch nach DSM-IV, noch DSM-5 erfüllt. Das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung liege keineswegs vor. Es mangle einerseits an einem ausreichend schweren Trauma, am Nachweis einer ausgeprägten Initialreaktion und andererseits bestehe auch weder ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten noch fänden sich ausreichende Anhaltspunkte für Flashbacks und Hyperarousals. Auch die in den letzten Jahren geäußerte Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung könne nicht bestätigt werden. Einerseits fehle es aus den vorgenannten Gründen am Vorlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche, auch unter Berücksichtigung sequentieller Traumatisierung, nicht mit hinreichender Sicherheit bestätigt werden könne. Andererseits bestehe auch keine ausgeprägte feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt; ein ausgewiesener sozialer Rückzug, eine soziale Isolation bestünden nicht. Auch Gefühle von Leere und Hoffnungslosigkeit fänden sich beim Versicherten lediglich in Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik und seien nicht pathognomonisch für das Vorliegen einer Persönlichkeitsänderung (S. 43 Mitte).

Ferner sei für die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung zu verlangen, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tiefgreifende Auswirkung auf die Persönlichkeit durch das extreme Belastungsereignis nicht in Erwägung gezogen werden müsse. Genau diese Erwägung sei in der Vergangenheit aber wiederholt ventiliert worden, sie stelle jedoch einen Ausschlussgrund für die Annahme einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung dar (S. 43).

Auch erscheine das Verhalten des Versicherten keineswegs so unflexibel und fehlangepasst, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung von Krankheitswert bestätigt werden könne. Die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung lägen ebenfalls nicht vor, mangle es doch einerseits an einem schwierigen innerseelischen Konflikt, an einer schweren psychosozialen Belastung und andererseits auch an quälenden Schmerzen (S. 43 unten).

Auffallend sei zudem das relativ hohe Aktivitätsniveau des Versicherten, der darüber berichte, dass er mehrmals jährlich in die Türkei zu Tochter und Mutter reise, ferner beschreibe, dass es einen Freundes- und Bekanntenkreis gebe, mit denen er sich zum Gedankenaustausch und Kaffee trinken im Kulturverein trifft. Ferner sei der Versicherte auch keineswegs so stark in eine seelisch begründete Isolation geraten, dass er Sozialkontakte innerhalb der Nachbarschaft meiden würde (S. 43 f.).

Diese Erwägungen dürften allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung erkrankt sei, deren Ausprägungsgrad derzeit mittelschwer und in der Vergangenheit auch dokumentiert schwergradig gewesen sei. Der Versicherte erlebe sich auch seiner Funktion und Rolle als Ernährer der Familie beraubt, es gelinge ihm nach dem erlittenen Unfall nicht, einen geänderten Lebensentwurf zu gestalten und in diesem Zusammenhang komme es zu wiederholten und anhaltenden depressiven Dekompensationen. Aktuell sei der Versicherte zusätzlich auch durch somatische Erkrankungen belastet; die depressive Symptomatik führe zu einem dysfunktionalen Umgang mit körperbezogenen Beschwerden, jedoch ohne die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung zu erfüllen (S. 44 oben).

Insgesamt sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus psychiatrischer Optik daher deutlich beeinträchtigt. Die verbliebenen Ressourcen erlaubten eine Arbeitsfähigkeit allenfalls in der Grössenordnung von vier Stunden täglich, also halb schichtig, in einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50%. Um diese medizinisch-theoretisch vorhandene Arbeitsfähigkeit auch auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbar zu generieren, empfehle sich nach der langjährigen Abstinenz vom ersten Arbeitsmarkt eine berufliche Integrationsmassnahme. Mit einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf perspektivisch 60 - 70% sei frühestens nach Ablauf von zwölf Monaten zu rechnen (S. 44 Mitte).

E. 5.4

Dr. E.____ (vorstehend E. 4.6) erstattete am 21. September 2016 einen mit demjenigen von Februar 2016 (vorstehend E. 5.1) weitgehend übereinstimmenden Bericht (Urk. 9/99).

Gleiches gilt für seinen Bericht vom 7. Februar 2017 (Urk. 9/110 = Urk. 9/111 = Urk. 9/116), in dem er sich ferner kritisch zum psychiatrischen Teilgutachten äusserte (S. 7 f.).

E. 5.5

Am 15. Juli 2017 erstattete Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein verkehrsmedizinisches Gutachten (Urk. 9/130), dies im Zusammenhang mit einem Unfall im Januar 2017 (S. 11 oben).

Er kam zum Schluss, die Fahreignung des Beschwerdeführers könne unter näher umschriebenen - problembezogenen Auflagen bejaht werden (S. 12 Mitte).

E. 5.6

Am 5. November 2018 wurde über eine ambulante Behandlung im Spital I.____ (Pneumologie/ Somnologie) berichtet (Urk. 9/186/3-4). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt: mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, schwere Depression bei Status nach Polytrauma mit diversen Achsen s kelettver letzungen im Jahr 2000, chronischer Nikot i nabusus, Diabetes mellitus Typ 2 (S.

1 Mitte). Zur Arbeitsfähigkeit wurden keine Angaben gemacht.

E. 5.7

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.4) machte in seinem Bericht vom 6. November 2018 (Urk. 9/186/8) wiederum weitgehend die gleichen Angaben wie in seinen früheren Berichten.

E. 5.8

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.3) nannte in seinem Bericht vom 8. November 2018 (Urk. 186/9-10) als Diagnosen eine schwere Depression, eine PHS der linken Schulter und ein Lumbovertebralsyndrom (S. 1 Ziff. 2). Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 1 Ziff. 4).

E. 5.9

Laut provisorischem Austrittsbericht vom 17. März 2019 weilte der Beschwerdeführer vom 16. bis 17. März 2019 im Spital I.____ (Urk. 6), nachdem er am 16. März 2019 eine leichte traumatische Hirnverletzung erlitten hatte (S. 1 Mitte). 6.

E. 6

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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). 1.

E. 6.1

Im Zeitpunkt der im April 2002 erfolgten Zusprennung einer ganzen Rente bestanden gemäss den damals erstatteten Berichten zur Hauptsache eine Schulterproblematik und eine psychische Problematik, die im September 2000 als Angst und depressive Störung gemischt (vorstehend E. 3.2) , im Juni 2001 als posttraumatische psychische Störung mit schwerem depressiven Zustandsbild (vorstehend E. 3.4) , im Juli und August 2001 als Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlsleben und Sozialverhalten (vorstehend E. 3.5) und im Oktober 2001 als Anpassungsstörung mit vorwiegender

Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (vorstehend E. 3.6) bezeichnet wurde. Die Einschränkung durch die Schulterproblematik wurde als nur leicht beurteilt (vorstehend E. 3.3). Attestiert wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aufgrund der psychischen Problematik (vorstehend E. 3.3).

E. 6.2

Im Februar 2003 führte der behandelnde Psychiater aus, das psychiatrische Zu standsbild sei nicht ohne weiteres einzuordnen, seines Erachten handle es sich jedoch eindeutig um eine posttraumatisch aufgetretene, in der ICD-10 unter F43.1 einzuordnende Störung (vorstehend E. 4.1). Im Gutachten vom April 2003 wurden als psychiatrische Diagnosen (ohne Bezugnahme auf die ICD-10) eine post traumatische Belastungsstörung und eine mittelgradige bis schwere depressive Episode genannt (vorstehend E. 4.2). Der behandelnde Psychiater sprach ab August 2009 (vorstehend E. 4.4) von einer andauernden Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0) nach traumatischen Erfahrungen und Arbeitsunfall sowie chronifizierten PTBS-Symptomen und depressiven Symptome inklusive psychischen Symptome (ICD-10 F43.1 / F33.3).

E. 6.3

Im Rahmen des im November 2015 eingeleiteten Revisionsverfahrens wurden im September 2016 im Z. ___ -Gutachten

als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1), und eine eingeschränkte Beweglichkeit der Schultergelenke genannt (vorstehend E. 5.3.2) . Es wurde im Gutachten dargelegt, dass und inwiefern seit 2005 eine Veränderung im Sinne einer Verbesserung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit eingetreten sei. Aufgrund der Schulterproblematik wurde eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit entsprechend formuliertem Belastungsprofil und aufgrund der mittelgradig ausgeprägten Depression wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % ab dem Begutachtungszeitpunkt (August 2016) attestiert (vorstehend E. 5.3.3) .

Von behandelnder Seite wurde weiterhin eine annähernd vollständige (vorstehend E. 5.2) oder vollständige (vorstehend E. 5.1, E. 5.4, E. 5.7-8) Arbeitsunfähigkeit - ausdrücklich oder sinngemäss - attestiert.

E. 6.4

Das Gutachten erfüllt alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.7) vollumfänglich. Insbesondere wurde darin zu früher genannten Diagnosen Stellung genommen und mit einlässlicher Begründung dargelegt, weshalb diese nicht mehr gestellt werden konnten (vorstehend E. 5.3.5) . Es erfüllt auch die Anforderungen, die sich mit Blick auf das strukturierte Beweisverfahren (vorstehend E. 1.2) ergeben. So wurde namentlich im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/88 S. 44 ff.) auf die Aspekte Bezug genommen, anhand derer nunmehr die massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.3) zu beurteilen sind. Auch im Hauptgutachten erfolgte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 5.3.3) in sorgfältiger Abwägung von Ressourcen und Beeinträchtigungen.

Bei der Beantwortung der Frage nach dem Leistungsvermögen wurden ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Sie umfasste das ganze Leistungsprofil mit so wohl negativen als auch

positiven Anteilen 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.

Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich die Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist deshalb 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.

Dass von behandelnder Seite - weiterhin - eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit postuliert wurde und wird, vermag die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Vielmehr ist dies Ausdruck der Verschiedenheit von Behandlungen - und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 124 I 170 E. 4) und wohl auch der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Fachpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 6.5

Somit ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass ab September 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in Tätigkeiten, welche dem Belastungsprofil entsprechen, auszugehen ist. Darauf - und nicht auf die rein prognostische Annahme der Gutachter einer allfälligen Steigerung auf 70 % - ist bei der Invaliditätsbemessung abzustellen. Ein Revisionsgrund ist damit zu bejahen.

Eine - im Eventualstandpunkt beantragte (Urk. 1 S. 8 Ziff. 7a) - weitere Begutachtung erscheint im Rahmen einer antizipierten Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d) als nicht geeignet, zu zusätzlichen Erkenntnissen zu führen, und deshalb entbehrlich.

Der gutachterlichen Empfehlung, die Rückkehr in den Arbeitsmarkt mittels geeigneter Massnahmen zu unterstützen (Urk. 9/88 S. 44 Mitte), ist die Beschwerdegegnerin gefolgt, indem sie zweimal ein Belastungstraining zugesprochen hat (vgl. Urk. 9/102, Urk. 9/137).

E. 7

.5

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 88'336.-- (vorstehend E. 7.2) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 28'392.-- (vorstehend E. 7.4) ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 59'944.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 68 % entspricht.

Somit hat der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelrente (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) gilt dies nach Ablauf von 3 Monaten nach Eintritt der Verbesserung, von der ab September 2016 auszugehen ist (vorstehend E. 6.5). Gemäss Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV erfolgt die Herabsetzung - hier der ganzen auf eine Dreiviertelrente - ab dem ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an, mithin vorliegend ab 1. April 2018.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

E. 7.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung an gepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 8.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 8.2

Dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220. (zuzüglich Mehrwertsteuer) und nach Einsicht in die eingereichte Honorarnote (Urk.

E. 11

) ermessensweise auf Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. Februar 2018 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Versicherte ab 1. April 2018 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannTiefenbacher

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