

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00234 vom 2. Juni 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00234 du 2 juin 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00234 del 2 giugno 2021

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Renten revision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentli chen Ände rung 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). Weder eine im Ver gleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähig keit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

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

E. 1.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten 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 syst ematisierte Indikatoren, die es –

unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer seits und von Kompensationspotent ialen (Ressourcen) anderer seits –

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 renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweibelastete 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

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

Der Versicherte erhob am 15. April 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Februar 2020 (Urk. 2) mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2), diese sei aufzuheben (Ziff. 1), die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin eine Invalidenrente auszurichten (Ziff. 2), und es sei vom Gericht ein Obergutachten einzuholen (Ziff. 3), eventuell sei die Sache zur Einholung eines Obergutachtens zurückzuweisen (Ziff. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. Mai 2020 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 2. Juni 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

Das Gericht holte beim behandelnden Psychiater eine ergänzende Stellungnahme ein, welche dieser am 29. März 2021 erstattete (Urk. 14). Dazu nahm der Beschwerdeführer am 30. April 2021 Stellung (Urk. 18). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme (Urk. 17), was den Parteien am 4. Mai 2021 je zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss dem Gutachten von Dr. Y.____

und seiner Stellungnahme vom 25. August 2019 habe sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache im Januar 2010 verbessert (S. 3 unten) und es bestehe aktuell aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 4 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es liege kein Revisionsgrund vor. Dr. Y.____ habe im Gutachten vom 15. Dezember 2017 ausdrücklich festgehalten, der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache nicht verändert (S. 7 Ziff. 19). Erst in Kenntnis der zwischenzeitlich erfolgten verkehrsmedizinischen Untersuchung sei er ohne weitere eigene Untersuchung zum Schluss gelangt, 2017 sei eine organisch bedingte affektive Störung aufgetreten, die aktuell nicht mehr bestehe (S. 7 Ziff. 20). Aus näher dargelegten Gründen könne auch nicht von einer Aggravation oder Simulation ausgegangen werden (S. 8 f. Ziff. 24 ff.). Es lägen zwei sich widersprechende Beurteilungen durch den gleichen Gutachter vor, weshalb ein Obergutachten angezeigt sei (S. 12 Ziff. 34).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob auf die Beurteilung durch Dr. Y.____ abgestellt werden kann, ob ein Revisionsgrund vorliegt und wie es sich im Verfügungszeitpunkt mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält.

E. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 21. Februar 2009 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/22). Er nannte die folgenden psychiatrischen Diagnosen (S. 47 Ziff. 4.1): - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Zur Prognose, zur Arbeitsfähigkeit und zur subjektiven Motivation und Willensanstrengung der versicherten Person, wieder einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen, könne erst im Verlauf einer langfristigen störungsspezifischen

tagesklinischen Therapie Stellung genommen werden (S. 51 Mitte).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. Z.____ am 21. März 2009 aus, seit dem 21. März 2007 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der freien Wirtschaft (Urk. 6/30 S. 3 Ziff. 2.5).

E. 3.2

Am 24. August 2009 wurde der Beschwerdeführer von med. pract . A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersucht, worüber dieser am 16. September 2009 berichtete (Urk. 6/37).

Er nannte folgende Diagnosen (S. 5 Ziff. 12): - andauernde Persönlichkeitsänderung bei Status nach als ungerechtfertigt empfundener Kündigung (ICD-10 F62.8) - Verdacht auf dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) - Differentialdiagnose: Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F25.0) - Verdacht auf Panikstörung (ICD-10 F41.0) - mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1)

Aus näher dargelegten Gründen sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 19. März 2007 auszugehen, und es sei eine Neubeurteilung in zirka einem Jahr zu empfehlen (S. 5 unten).

E. 3.3

Mit Verfügung vom 14. Januar 2010 wurde dem Beschwerdeführer eine ganze Rente ab März 2008 zugesprochen (Urk. 6/54).

E. 3.4

Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 21. Dezember 2010 (Urk. 6/60/5-9) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 31. Mai 2007 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung (PTSD oder PTBS) - langgezogene Depression, aktuell schweres depressives Zustandsbild - Status nach Schädel-Hirn-Trauma am 5. Februar 2010 im Rahmen eines Auffahrunfalls mit persistierender schwerer Cephalgie

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem letzten Bericht vom 8. April 2008 (Ziff. 1.6).

E. 3.5

Am 19. Januar 2011 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 6/62).

E. 4

Bemerkungen

Dr. B.____ erstattete seine Antwort

am 29. März 2021 (Urk. 14).

Zu Frage 1 führte er aus, am 8. September 2017 habe (unter anderem) folgende Medikation bestanden: Temesta 1mg 1-1-1-1, + in Reserve bis max. 5 / Tag (S. 1). Im Gespräch vor der Begutachtung Mitte 2018 habe ihm der Beschwerdeführer mitgeteilt, dass er in der Regel 2-3 Temesta pro Tag und nur in schweren Krisen mehr einnehme. Dann fahre er aber, wie schon vor Jahren vereinbart, nicht Auto. Der rekonstruierbare durchschnittliche Verbrauch habe (hier gerundet) 2.47 (2017), 1.92 (2018), 2.19 (2019) und 2.47 (2020) Temesta pro

Tag betragen (S. 2). Er habe bei der Abgabe mit 3 Temesta pro Tag gerechnet. In der Folge habe er die formal attestierte Dosis der gegebenen Einnahmepraxis angepasst. Warum ihm die Diskrepanz zwischen der abgegebenen Menge und der Dokumentation in der Krankengeschichte nicht aufgefallen sei, könne er leider nicht beantworten (S. 2 Mitte).

Zu Frage 2 führte er aus, der Referenzspiegel für Lorazepam habe 2004/2005 und 2011 bei 10-15 und 2017 bei 30-100 g/l gelegen (S. 2 unten). Gemäss den 2017 zum Abnahmezeitpunkt noch verwendeten Leitlinien von 2011 wäre der nachgewiesene Spiegel zu hoch gewesen, gemäss den kurz e Zeit später publizierten Leitlinien von 2017 im Normalbereich (S. 3).

Frage 3 beantwortete Dr. B.____ nicht.

E. 4.1

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.4) nannte mit Bericht vom 12. Juli 2016 (Urk. 6/74/5-7) folgende zusätzliche Diagnose (Ziff. 1.2) : - schwere Angstzustände im Sinne von vor allem Erwartungsängsten, teilweise mit psychotischer Symptomatik (ICD-10 F41) seit zirka 5 Jahren

Der Beschwerdeführer könne keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen (Ziff. 2).

E. 4.2

Dr. med. Y.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 15. Dezember 2017 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/88/1-55). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 4 ff.) , eine am 6. September 2017 erfolgte testpsychologische Untersuchung (Urk. 6/88/63) und auf seine am 28. Juli 2017 (nach 45 Minuten aufgrund von aggressivem Verhalten des Versicherten abgebrochene) und am 8. September 2017 erfolgte Untersuchung (S. 1).

Dr. Y.____ nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 40 Ziff. 5.1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit im Vordergrund stehenden ausgeprägten paranoiden, selbstunsicheren und narzisstischen Zügen (ICD-10 F61.0) - überwiegend wahrscheinlich organisch bedingte affektive Störung aufgrund des ausgeprägten Konsums von Benzodiazepinen (ICD-10 F06.32) - psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, iatrogen induziertes Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.24)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 40 Ziff. 5.2): - Status nach Anpassungsstörung mit depressiv-ängstlichen Symptomen (ICD-10 F43.22) - gemäss der Versicherungsakte Status nach leichter bis mittelgradiger depressiver

Episode (ICD-10 F32.0, F32.1)

Es seien sämtliche Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt. Das Verhalten des Versicherten sei überwiegend wahrscheinlich nicht auf den Konsum von Lorazepam zurückzuführen . Es habe auch in der Vergangenheit entgegen der Diagnose des behandelnden Psychiaters kein schweres Schädel-Hirn-Trauma vor gelegen, beim 2010 erlittenen Unfall habe es sich um einen Bagatellunfall gehandelt (S. 47 unten). Entgegen der von Dr. Z.____ diagnostizierten narzisstischen Persönlichkeitsstörung sei mit Verweis auf die aktuelle Exploration und die zusätzliche Persönlichkeitstestung von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen (S. 47 f.). Die Kriterien einer - von Dr. B.____ diagnostizierten (vorstehend E. 3.4) - PTBS seien aus näher dargelegten Gründen

nicht erfüllt (S. 51 ff.).

In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Chauffeur sei der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (S. 53 Ziff. 6.5.4). Auch in einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit, der Versicherte sei keinem Arbeitgeber zuzumuten (S. 53 Ziff. 6.5.5).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Fahrtauglichkeit und es sei eine entsprechende Meldung empfohlen (S. 54 Ziff. 6.5.10). Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache 2009 nicht verändert (S. 55 Ziff. 7.1),

E. 4.3

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. Y.____ mit Stellungnahme vom 8. Januar 2018 (Urk. 6/90) aus, zusammenfassend mit Verweis auf die Diskussion im Gutachten würden die durch den Versicherten geklagten Symptome, soweit die Angaben der Wahrheit entsprächen, da sie nicht objektiviert werden könnten, auf die diagnostizierte paranoide Persönlichkeitsstörung zurückgeführt (S. 3 Mitte).

E. 4.4

Am 19. November 2018 erstattete Dr. med. C.____, Zentrum D.____, ein verkehrsmedizinisches Gutachten (Urk. 6/108).

Sie führte aus, aus näher genannten Gründen könne die Fahreignung des Beschwerdeführers zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschliessend beurteilt werden, es sollte eine zusätzliche verkehrspsychologische Abklärung der kognitiven Hirnleistung innerhalb der nächsten 3 Monate durchgeführt werden (S. 7 oben).

Am 21. Januar 2019 erfolgte eine verkehrspsychologische Abklärung der kognitiven Fahreignung durch Dr. phil. E.____, Fachpsychologin für Verkehrspsychologie FSP, worüber sie am 28. Januar 2019 berichtete (Urk. 6/113). Sie führte zusammenfassend aus, es könnten keine Hirnleistungsdefizite festgestellt werden (S. 8 oben).

E. 4.5

Med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, referierte in seiner Beurteilung vom 22. Juli 2019 (Urk. 6/118 S. 14 ff.) unter anderem die folgenden den Akten zu entnehmenden Angaben (S. 15) : Gutachten 12/2017 verkehrspsychologische Abklärung 01/2019 verkehrsmedizinisches Gutachten 11/2018 Abbruch der ersten Untersuchung 07/2017 aufgrund Erregung und Gereiztheit mit verbal aggressivem und bedrohlichem Verhalten. In Rahmen der zweiten Untersuchung gereizt, aggressiv und agitiert. Verhält sich kooperativ und durchwegs der Situation angemessen. Herr A.____ hinterlässt einen klinisch unauffälligen Eindruck. Verhalten situationsadäquat, freundlich, kooperativ. Er sei als Mensch kaputt, seine Nerven seien kaputt. Er sei depressiv, für nichts zu gebrauchen, reagiere aggressiv. Fühle sich aktuell psychisch stabil. Es gehe ihm nicht gut. Durch die Medikamente fühle er sich gedämpft und müde. Sei schnell gereizt. Er leide an Gedächtnis- wie auch Konzentrationsstörungen. Keine Zweifel, dass logische Denk- und Abstraktionsfähigkeit (...) ausreichend sind. Reaktionsfähigkeit unauffällig. Keine Hinweise auf grundlegende Beeinträchtigung im Bereich Informationsaufnahme und -verarbeitung. Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit unauffällig.

Med. pract. F.____ führte dazu aus, die unterschiedlichen Beurteilungen liessen sich aus medizinisch-psychiatrischer Sicht nicht erklären. Entweder habe sich der Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf deutlich gebessert oder es liege Aggravation /

Simulation vor (S. 16 unten).

E. 4.6

Die Beschwerdegegnerin unterbreitete die verkehrsmedizinischen Beurteilungen (vorstehend E. 4.4) Dr. Y.____, der dazu am 25. August 2019 (Urk. 6/115) Stellung nahm. Er führte in seiner Beurteilung aus, zusammenfassend sei festzuhalten, dass sich unter erneuter Würdigung der gesamten Versicherungsakte und Berücksichtigung der im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung bei ihm am 28. Juli und am 8. September 2017 erhobenen medizinischen Befunde mit ausgeprägten Auffälligkeiten in der Interaktion zwischen ihm und dem Versicherten und des während der testpsychologischen Untersuchung vom 6.

September 2017 beschriebenen Verhaltens verglichen mit den Ergebnissen der aktuellen verkehrsmedizinischen und verkehrspsychologischen Untersuchung die unterschiedlichen Beurteilungen des Gesundheitszustandes des Versicherten 2017, wie in seinem Gutachten beschrieben, versus die 2019 im verkehrsmedizinischen Gutachten erhobenen unauffälligen Befunde aus fachärztlicher Sicht nicht ohne Weiteres erklären liessen (S. 11 f.).

Bezüglich der durch ihn angenommenen paranoiden Persönlichkeitsstörung könne auch sicherlich nicht von einer zwischenzeitlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Sicherlich sei mit Verweis auf die aktuelle verkehrsmedizinische Untersuchung davon auszugehen, dass der Versicherte nicht mehr unter den Folgen einer organisch bedingten affektiven Störung, wie von ihm zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung angenommen, leide. Lorazepam (Temesta) sei im Rahmen der Untersuchung bei ihm - mit 41

g/l bei einem Referenzwert von 10-15 gemäss Konsensus-Leitlinie 2011 (vgl.

Urk. 6/88/61)

- massiv überdosierte gewesen (S. 12 Mitte) .

Mit Verweis auf die gängige Literatur, darüber hinaus die unter www.compendium.ch beschriebenen, näher umschriebenen möglichen Nebenwirkungen im Rahmen der Behandlung mit Lorazepam müsse retrospektiv unter Berücksichtigung der aktuellen Befunde Folgendes festgehalten werden (S. 12 f.):

Sollte das zum Zeitpunkt der Untersuchung beim Referenten 2017 von dem Versicherten präsentierte Verhalten nicht Ausdruck der Nebenwirkungen von Lorazepam oder einer vorübergehenden psychotischen Störung sein, so muss im Falle des Versicherten von einer Simulation ausgegangen werden.

Dafür spreche auch die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. B.____, der den Versicherten als für kurze Fahrstrecken vollumfänglich fahrtüchtig einschätze. Die durch den Versicherten vorgetragene diffuse Beschwerden seien allein mit einer Aggravation nicht vereinbar. Unter Aggravation werde eine bewusste, absichtliche verschlimmernde (überhörende) Darstellung einer vorhandenen Störung verstanden. Bei der Simulation hingegen liege ein bewusstes, absichtliches Vortäuschen einer krankhaften Störung zu klaren erkennbaren Zwecken vor. Die Steuerungsfähigkeit sei, wie im Falle des Versicherten, erhalten. Die durch den Versicherten vorgetragene Wahrnehmungsstörungen - sollten sie nicht, wie von ihm angenommen, Ausdruck einer paranoiden Persönlichkeitsstörung, sein

- können nicht anders erklärt werden. Das im Rahmen der letzten verkehrspsychologischen Untersuchung beschriebene unauffällige Verhalten lasse zum gegenwärtigen Zeitpunkt auch nicht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder eine andere schwerwiegende psychotische Störung schliessen (S. 13).

Die im Rahmen der Untersuchung bei ihm gezeigten Verhaltensauffälligkeiten seien mit dem im Rahmen der aktuellen verkehrspsychologischen Untersuchung beschriebenen Verhalten des Versicherten somit nicht vereinbar und könnten unter Berücksichtigung des Längsschnitts (Auffälligkeiten 2017 versus unauffälliges Verhalten 2019) nicht mit einer von ihm angenommenen paranoiden Persönlichkeitsstörung erklärt werden (S. 13 Mitte).

Zusammenfassend könne aufgrund der aktuell erhobenen Befunde in der verkehrspsychiatrischen Untersuchung überwiegend wahrscheinlich zum jetzigen Zeitpunkt keine schwerwiegende psychiatrische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beim Versicherten angenommen werden. Sollte zum Zeitpunkt der Untersuchung bei ihm keine Simulation vorgelegen haben, so müssten das Verhalten und die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei ihm geltend gemachten Beschwerden im Rahmen einer vorübergehenden psychotischen Störung erklärt werden (S. 13 f.).

Sollte keine Simulation vorliegen, müsse zusammenfassend inzwischen von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Sollte nach Einholung der Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand des Versicherten bei dem Behandler wie auch direkt bei dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, werde empfohlen, ein psychiatrisches Obergutachten zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Versicherten und der Arbeitsfähigkeit in Auftrag zu geben. Sollte sich der Versicherte subjektiv weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig fühlen, müsse überwiegend wahrscheinlich von einer Simulation ausgegangen werden. In diesem Falle müsste zur Objektivierung der Einschränkungen im Alltag vor Durchführung einer psychiatrischen Expertise eine Observation in Auftrag gegeben und der Gutachter mit den Ergebnissen konfrontiert werden (S. 14).

E. 4.7

Am 3. August 2020 wurden dem behandelnden Psychiater Dr. B.____ folgende Fragen unterbreitet (Urk. 8) :

1. Wurde die Dosierung des Medikaments Temesta zwischen dem 8. September 2017 (zweiter Begutachtungstag) und dem 12. März 2018 (Ihre Stellungnahme an das Strassenverkehrsamt) geändert, wenn ja, wann und weshalb? 2. Ist der Laborwert von Temesta mit 41 g/l mit der von Ihnen verordneten Dosierung (1-1-1-1 plus Reserve bis max. 5/Tag) vereinbar? 3. Wenn nein, wie hoch müsste die eingenommene Dosis ausfallen, damit ein Laborwert von 41 g/l erzielt würde und welche Auswirkungen hätte eine solche Dosis auf den Beschwerdeführer?

E. 5.1

Vorab ist klarzustellen, dass keine Rede davon sein kann, es lägen zwei sich widersprechende, ein Obergutachten erheischende Beurteilungen durch Dr. Y.____ vor. Dr. Y.____ hat vielmehr mit seiner Beurteilung vom August 2019 (vorstehend E. 4.6) - worauf noch einzugehen ist - seine Beurteilung vom Dezember 201

E. 5.2

Sodann ist das vom Beschwerdeführer an den Tag gelegte Verhalten zu würdigen. Vergleicht man die entsprechenden Angaben in den Akten (vorstehend E. 4.5), so könnte man meinen, es handle sich 2017 und 2018/2019 um zwei verschiedene Personen. Da es sich aber um die gleiche Person, nämlich den Beschwerdeführer, handelt, kann nur eines der beiden von ihm präsentierten Verhalten authentisch sein, sofern für die Diskrepanz keine andere, medizinisch plausible Erklärung zu finden ist. Letzteres ist Gegenstand der Beurteilung, die Dr. Y.____ im August 2019 abgegeben hat.

E. 5.3

Dr. Y.____ zog für das bei ihm 2017 präsentierte auffällige Verhalten des Beschwerdeführers verschiedene mögliche Erklärungen in Betracht: (a) So hielt er ursprünglich eine organisch bedingte affektive Störung für möglich. Eine solche hätte sich, falls organisch bedingt, auch 2018/2019 im Verhalten bemerkbar machen müssen, was nicht der Fall war. (b) Weitere mögliche Erklärungen für das 2017 auffällige und 2018/2019 unauffällige Verhalten wären, so Dr. Y.____, eine 2017 aufgetretene vorübergehende psychotische Störung oder Nebenwirkungen der 2017 überdosierten Medikation. (c) Mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung wäre das 2018/2019 gezeigte unauffällige Verhalten nicht vereinbar.

(d) Sollte keine dieser Erklärungen zutreffen, müsste das auffällige Verhalten 2017 einer Simulation zugeschrieben werden.

E. 5.4

Dr. Y.____ hat bezüglich einer organisch bedingten affektiven Störung zu Recht festgehalten, dass sich das 2017 gezeigte auffällige Verhalten angesichts des unauffälligen Verhaltens in den beiden späteren Untersuchungszeitpunkten keiner solchen zuschreiben lässt.

Falls eine der unter (b) erwogenen Erklärungen zutreffen sollte, wäre sie vorübergehender Natur, mithin 2018/2019 und im Verfügungszeitpunkt nicht mehr relevant, im einen Fall definitionsgemäss («vorübergehende») und im anderen dadurch, dass die überdosierte Medikation auffälliges Verhalten begründete, und - später -

eine nicht überdosierte Medikation ein unauffälliges Verhalten, wobei anzumerken ist, dass der Beschwerdeführer unter Berufung auf die Ausführungen von Dr. B.____ (vorstehend E. 4.7) den Standpunkt vertrat, es habe gar keine Überdosierung vorgelegen (Urk. 18), während Dr.

B.____ sich zur Frage, welche Dosis den im September 2017 gemessenen Spiegel zu erklären vermöchte, überhaupt nicht äusserte, also auch nicht angab, dass und warum sie allenfalls nicht beantwortet

werden könne.

Eine Persönlichkeitsstörung (c) wurde von Dr. B.____ weder 2010 (vorstehend E. 3.4) noch 2016 (vorstehend E. 4.1) als Diagnose genannt. Sie kommt als mögliche Erklärung nicht in Frage, weil auszuschliessen ist, dass sie sich im einen Kontext (2017) manifestiert und in anderen (2018/2019) nicht.

Dies führt zurück zur Frage der Authentizität (vorstehend E. 5.2). Nach menschlichem Ermessen und wohl auch medizinischem Kenntnisstand ist es möglich, den Eindruck zu erwecken, es lägen erhebliche psychische Beeinträchtigungen vor, auch wenn dies nicht

der Fall ist, aber nicht möglich, den Eindruck, sie würden nicht bestehen, wenn sie vorliegen. Dies führt zum Schluss, dass von den beiden diskrepanten Verhaltensweisen die jüngere, mithin das unauffällige Verhalten, die authentische ist, die 2017 präsentierten Beeinträchtigungen also 2018/2019 und im Verfügungszeitpunkt nicht vorhanden waren.

E. 5.5

Die Würdigung der vorhandenen Beurteilungen und sämtlicher Anhaltspunkte führt zum Schluss, dass 2019 und im Verfügungszeitpunkt keine anspruchsbefähigenden psychischen Beeinträchtigungen vorlagen, sei es, weil ihr Auftreten im Jahr 2017 Ursachen vorübergehender Natur geschuldet war

und sich der Gesundheitszustand zwischenzeitlich verbessert hat, oder dass sie damals nur vorübergehend vorhanden waren, womit zusätzlich ein Ausschlussgrund (vorstehend E. 1.3) gegeben wäre.

Damit ist die 2010 angenommene Arbeitsunfähigkeit, die zur Rentenzusprache führte, aktuell nicht mehr rechtsgenügend ausgewiesen, womit ein Revisionsgrund vorliegt (vorstehend E. 1.1) und kein Rentenanspruch mehr besteht.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig. Sie ist zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 7

(vorstehend E. 4.2) unter Berücksichtigung der neuen, sich aus dem verkehrs medizinischen Gutachten vom November 2018 (vorstehend E. 4.3), der verkehrs psychologischen Abklärung vom Januar 2019 (vorstehend E. 4.4) und der RAD Beurteilung vom Juli 2019 (vorstehend E. 4.5) ergebenden Erkenntnisse revidiert. Die Beurteilung vom August 2019 ersetzt diejenige vom Dezember 2017 und ist seine einzig massgebende.

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