

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00151 vom 30. Juni 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00151

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00151 du 30 juin 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00151 del 30 giugno 2014

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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

[IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu mutbarer 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 erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71

E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der strittigen Verfügung vom 8. Januar 2014 (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten vom 9. beziehungsweise 11. Juli 2013 von Dr. D.____ und Prof.

Dr. E.____ davon aus, dass es dem Beschwerdeführer spätestens seit dem 10. Juli 2013 zumutbar sei, die angestammte Tätigkeit als Koch sowie eine angepasste Tätigkeit in einem 100%-Pensum auszuüben. Da er in der angestammten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum für die Arbeitsvermittlung zuständig. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, er sei auf dem freien Arbeitsmarkt nach wie vor nicht vermittelbar, und verwies auf den Bericht der Stiftung G.____ vom 3. Dezember 2013 (Urk. 3/3). Er sei seit September 2003 nicht mehr im ersten Arbeitsmarkt tätig gewesen und es seien auch sporadische Arbeitsversuche jeweils schon nach einem Monat fehlgeschlagen. Deshalb habe er zu letzt auch im geschützten Rahmen als Mitarbeiter in der Z.____ vom 1. September bis 30. Oktober 2006 gearbeitet. Allein schon aufgrund dieser langjährigen Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt sei er für jegliche Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt auf professionelle Hilfe angewiesen. Nicht einmal B.____ sei in der Lage gewesen, ihn wieder einzugliedern. Ferner machte der Beschwerdeführer verschiedene Kritikpunkte gegen das psychiatrische (Teil-) Gutachten vom 11. Juli 2013 von Prof. Dr. E.____ geltend.

3. 3.1

3.1.1

Massgebend für den Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juli 2010

(Urk. 8/46, Urk. 8/42, halbe Rente ab 1. März 2010) war das psychiatrische Gutachten vom 10. März 2010 (Urk. 8/27 S. 17 ff. Ziff. 4 ff.) von Dr. A.____. Darin erwähnte Dr. A.____

als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig nicht vollständig remittiert (ICD-10 F32.8), Störungen durch Alkohol, ein Abhängigkeitssyndrom, einen ständigen Substanzgebrauch bestehend seit dem frühen Erwachsenenalter (ICD-10 F10.25), einen Verdacht auf persistierende Restsymptomatik einer möglicherweise schon im Schulalter aufgetretenen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit dysthymen, emotional instabilen und narzisstischen Zügen seit der späten Jugend (ICD-10 F61.0) sowie ein Impingementsyndrom in der Schulter seit circa 1983 mit ersten Beschwerden (ICD-10 M75.4). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Störungen durch Cannabinoide, einen schädlichen Gebrauch (ICD-10 F12.1), Störungen durch Tabak, ein Abhängigkeitssyndrom, einen ständigen Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25), Untergewicht bei einem Bodymassindex von 17,9 kg/m² (ICD-10 R73.4), Kreuzschmerzen seit Jahren bestehend (ICD-10 M54.5), einen Status nach beidseitiger Hernia inguinalis (ICD-10 K40.2) und nachfolgender dreifacher Operation.

Hinsichtlich des Grades der Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis hielt Dr. A.____

fest (Urk. 8/27 S. 18 ff. Ziff. 5.1 ff.), die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch betrage ab März 2009 50%. Diese Verhältnisse hätten auch zum Zeitpunkt der Begutachtung Mitte Oktober 2009 Gültigkeit: Psychisch und von der Verhaltensebene her seien zu diesem Zeitpunkt eine Einschränkung der Konzentration und der Aufmerksamkeit zurückzuführen gewesen, das Durchhaltevermögen habe nachgelassen und Arbeiten unter Zeitdruck könnten nicht mehr vollumfänglich und fehlerfrei erledigt werden. Neben den Auswirkungen des eigentlichen psychiatrischen Gesundheitschadens einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und einer immer wieder akut werdenden rezidivierenden depressiven Störung, die derzeit klinisch jedoch nur eine gering ausgeprägte Symptomatik aufweise, werde die Arbeitsfähigkeit auch durch das bestehende Suchtleiden, welches bagatellisiert werde, und durch eine fehlende suffiziente Behandlung desselben unerwünscht beeinflusst. Zudem habe sich im Laufe der Zeit noch ein erhebliches Vermeidungsverhalten im Sinne eines nun habituell gewordenen Lebensstils etabliert.

Offen bleibe, inwieweit ein orthopädisches Leiden im Sinne eines Impingement-Syndroms der Schulter ebenfalls zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit, jedenfalls im Rahmen bestimmter Anforderungsprofile, führe. In diesem Zusammenhang sei unter Umständen eine spezifische fachärztliche Beurteilung erforderlich.

Bezüglich des Grades der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hielt Dr. A.____

weiter fest (Urk. 8/27 S. 20 ff. Ziff. 5.2 ff.), aus psychiatrischer Sicht bestehe seit März 2009, verglichen mit einer geeigneten Vergleichsperson mit ähnlicher Qualifikation wie der Beschwerdeführer, aber ohne seine Handicaps, eine durchschnittlich 50%ige Minderung der Arbeitsfähigkeit – bezogen auf angemessene Tätigkeiten, wie sie der freie Arbeitsmarkt im Allgemeinen vorhalte (also zum Beispiel als angelernter Koch). 3.1.2

Im Bericht vom 10. März 2010 (Urk. 8/37/8-9) diagnostizierte Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssystems FMH, Sportmedizin SGSM, Manuelle Medizin SAMM, eine Diskushernie im C6/7 mit Nervenwurzelkompression in C7 links und eine subacromiale Impingementproblematik bei Acromion Typ III.

Dr. H.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer offensichtlich aus nicht somatischen Gründen zu 50 % arbeite (vier Stunden pro Tag), was für ihn auch absolut zumutbar sei. Ferner führte er aus, dass sich die Situation in den letzten Tagen wieder akzentuiert habe und der Beschwerdeführer über eine massive Schulter- und Armproblematik ausstrahlend von der Halswirbelsäule (HWS) klagt, wobei die HWS-Bandscheibenproblematik deutlich im Vordergrund stehe. 3.1.3

Am 13. April 2010 (Urk. 8/37/6) berichtete Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, über Ostern habe sich spontan eine Linderung der Nacken- und Armschmerzen links eingestellt, so dass sie am 12. April 2010 abgeschlossen hätten, keine schmerztherapeutische Intervention bei C6/7 durchzuführen. Es bestünden wohl noch dezente Restbeschwerden, die aber erträglich seien. 3.2

Der rentenaufhebenden Verfügung vom 8. Januar 2014 (Urk. 2) lagen folgende Berichte zu Grunde: 3.2.1

Am 16. Juni 2012 (Urk. 8/61/3, vgl. dazu auch Urk. 8/91) hielt Dr. med. J.____, Allgemeinmedizin FMH, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein ADHS eines Erwachsenen, einen phasenweisen Äthyliismus, eine Diskushernie in C6/C7 links, eine Rot-Grün-Blindheit und ein rezidivierendes Impingement [...] fest, und dass eine behinderungsangepasste Tätigkeit noch circa vier Stunden pro Tag seit circa Frühling 2011 zumutbar sei. 3.2.2

Im Bericht vom 17. Oktober 2012 (Urk. 8/78, vgl. dazu Urk. 8/83-84, Urk.

8/88-89) stellte

der delegiert arbeitende Dr. C.____ als Diagnosen, die die Arbeitsfähigkeit nachhaltig beeinträchtigen, komorbide und andere Persönlichkeitsstörungen mit dysthymen, emotional instabilen und narzisstischen Zügen seit der späten Jugend (ICD-10 F60.0), hyperkinetische Störungen: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90), eine Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10 F92.0) und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (seit Therapiebeginn der Suchtstörung im Jahr 2007 in der Klinik K.____

und der Fachstelle nachweisbare Reduktion des Alkoholkonsums). Als somatische Diagnosen wiederholte er die von Dr. J.____ genannte Diskushernie in C6/C7, welche chirurgisch behandelt worden sei, sowie eine Rot-Grün-Blindheit.

Dr. C.____ hielt fest, er habe zur Klärung der vorliegenden Aufmerksamkeitsstörung am 5. Juli 2011 sowie am 17. Oktober 2012 zwei Testungen (Frankfurter Adaptiver Konzentrationsleistungs-Test [FAKT II]) durchgeführt. Aufgrund der stark verminderten Aufmerksamkeit habe er jeweils eine verkürzte Testzeit angewendet. Laut Testergebnissen weise der Beschwerdeführer ausgeprägte tiefe Konzentrationsleistungs- und Konzentrationshomogenitätswerte, nämlich in beiden Testungen Werte von 1 bis 2 auf bei

einem altersentsprechenden Referenzwert zwischen 20 und 80. Das Konzentrationsvermögen habe sich nicht wie erhofft verbessert.

Bezüglich Auswirkungen der vorliegenden Konzentrationsstörungen habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er in Belastungssituationen massiv in seinem Konzentrationsvermögen und in seiner Arbeitsleistung eingeschränkt sei und dabei eine erhöhte Fehlerquote aufweise. Er erlebe dann eine grosse Unruhe, benötige übermässig viel Zeit und könne teilweise die Arbeiten nicht mehr ausführen, sei gänzlich blockiert und verliere teilweise die Selbstkontrolle. Das Ausmass der vorliegenden Störungen sei bisher unterschätzt worden.

Im Vergleich zu den vorliegenden Befunden im Jahr 2010 liege eine relevante Verschlechterung des anfänglich eingeschätzten Gesundheitszustandes vor.

Aufgrund der vorliegenden und komorbiden somatischen und psychischen Störungen sei eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit als Hilfskoch unter Berücksichtigung der geltenden Bestimmungen im Gastgewerbe beziehungsweise der freien Wirtschaft aufgrund des erhöhten Unfallrisikos im Küchenbereich wegen unzureichender Konzentrationsfähigkeit und der festgestellten Einschränkung nicht möglich. Eine Tätigkeit wäre aufgrund der vorliegenden Störungen nur an einem geschützten Arbeitsplatz möglich. 3.2. 3

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 9. Juli 2013 (Urk. 8/109/2-44) nannte Dr. D. ___ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach einer HWS-Operation am 20. Oktober 2010 mit einer Dekompression in C7 links und Implantation einer Bandscheibenprothese (Cage C6/C7) wegen einer Cervikobrachialgie links bei einer grossen fokalen medianen bis links-foraminalen Diskushernie in C6/C7 mit einer foraminalen Kompression der Nervenwurzel in C7 links (Magnetresonanztomographie vom Oktober und Februar 2010) mit einer postoperativen reaktiven Verfettung der Abschlussplatten ohne Rezidivhernie und ohne neurale Kompression (Magnetresonanztomographie vom Juli 2013), ohne radikuläre Zeichen und Schmerzfreiheit seit vielen Monaten sowie ohne Schmerzmittel seit zwei Jahren. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Nikotinabusus, einen übermässigen Alkoholkonsum (CDT 2.1 %), einen Cannabiskonsum (Nachweis im Urin), eine Ritalintherapie seit 2008 (Nachweis im Urin), Untergewicht (Erstdiagnose im August 2007) mit aktuellem Bodymassindex von 16.1 kg/m², eine Anämie (Erstdiagnose im August 2007; aktuell Hämoglobin 130 g/l), und einen Vitamin D-Mangel (15nmol/l).

In der rheumatologischen Beurteilung hielt Dr. D. ___ als wesentliche Befunde Untergewicht sowie eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in der Lateralflexion beidseits und in der Rotation beidseits bei normaler Inklination und Reklination der HWS fest. Ferner wies sie auf eine Verdichtungstendenz und Selbstlimitierung des Beschwerdeführer hin (Urk. 8/109 S. 40).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit hielt sie weiter fest (S. 41 Ziff. 9.1), dass die angestammte Tätigkeit als Hilfskoch angepasst sei und er als Hilfskoch somit noch 100 % arbeitsfähig sei. Die Tätigkeit als Hilfsverkäufer von Kolonialwaren in der L. ___ sei ebenfalls angepasst und könne zu 100 % beziehungsweise ganztags ausgeübt werden. In der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch beziehungsweise Hilfsverkäufer oder anderen angepassten Tätigkeiten habe nie eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Schliesslich sei der Beschwerdeführer

auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % beziehungsweise ganztags arbeitsfähig (vgl. dazu Belastungsprofil, Urk. 8/109 S. 42 Ziff. 9.4). 3.2. 4

Prof. Dr. E.____

stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 11. Juli 2013 (Urk. 8/111/1-22) keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 lit. E Ziff. 1). Als psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine depressive Störung, gegenwärtig rezentriert (ICD-10 F33.4), einen Verdacht auf ein Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) im Erwachsenenalter (differentialdiagnostisch medikamentös ein voll kompensiertes ADHS; ICD-10 F90.0), eine Störung durch Alkohol, ein Abhängigkeitssyndrom und einen ständigen Substanzgebrauch gemäss ICD-10 F10.25, Störungen durch Cannabinoide, einen schädlichen Gebrauch (ICD-10 F12.1), Störungen durch Tabak, ein Abhängigkeitssyndrom, einen ständigen Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) und eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1; S. 19 lit. E Ziff. 2).

In seiner Beurteilung hielt Dr. E.____ zusammenfassend fest (S. 19), im Vergleich zum Vorbefund durch den Gutachter Dr. A.____ vom 3. Oktober 2010 sei eine Verbesserung des klinischen Bildes festzustellen, insbesondere lägen keine Störungen im Sinne einer Depression mehr vor. Die Störungen durch Substanzengebrauch übten keinen Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Ihre Ätiologie sei als sekundär zu bezeichnen. Der Gebrauch der abhängigkeits erzeugenden Substanzen werde im Wesentlichen durch psychosoziale Determinanten unterhalten, welche im Vordergrund der psychischen Störungen des Beschwerdeführers stünden. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die Zumutbarkeit der Überwindung der psychischen Störungsbilder des Beschwerdeführers anzunehmen, wobei der Begriff der „Zumutbarkeit“ hier ausschliesslich medizinisch verwendet und als Terminus technicus im Sinne der „Leistungsfähigkeit“ aus psychiatrischer Sicht genützt werde.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führte Prof. Dr. E.____ aus, beim Beschwerdeführer lägen keine psychischen Erkrankungen vor, die sein berufliches Leistungsvermögen (positives Leistungsbild) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, aber auch in adaptierter Tätigkeit mittel- und langfristig einschränkten. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der vorliegenden psychischen Störungen als gegeben anzunehmen (S. 20 lit. F).

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess sinnvoll (S. 21 lit. H).

Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht bestünden keine Störungen der Konzentration und Aufmerksamkeit mehr wie sie im Vorgutachten des Dr. A.____ noch festgestellt worden seien. Ebenso wenig sei eine Störung des Antriebes vorhanden, allerdings bei subjektiven Gefühlen der Müdigkeit und eines Erschöpfungsgefühls. Die Kardinalsymptome einer Depression seien ebenfalls nicht nachweisbar gewesen, weshalb auch die Diagnose einer nicht rezentrierten rezidivierenden Depression – wie im Gutachten aus dem Jahr 2010 festgestellt – aktuell nicht mehr aufrechterhalten werden könne. Es sei eine Verbesserung des psychopathologischen Status zu konstatieren (S. 21 lit. I). 3.2. 5

Am 3. Dezember 2013 (Urk. 8/125, vgl. dazu auch Urk. 8/99) diagnostizierte Dr. C.____ eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ADHS; ICD-10 F90.1), eine emotional

instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)

sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) .

Dr . C. ___ hielt gestützt auf die beiden neuropsychologischen Testungen vom 5. Juli 2011 und 20. Februar 2013 fest, dass der Beschwerdeführer in beiden Testungen im Konzentrationsvermögen wie auch in der Konzentrationshomogenität massiv unterdurchschnittliche Leistungswerte gegen über der seinem Alter entsprechenden Kontrollgruppe aufgewiesen habe . Das ausgeprägt verminderte kognitive Leistungsvermögen sei mit Sicherheit auf die nachgewiesenen psychischen/neuropsychologischen Störungen F90.1 und F60.3 zurückzuführen. Die Einschränkung des Leistungs- wie auch des Belastungsvermögens betrage 40-50 % .

Der Beschwerdeführer zeige sowohl in seiner verbalen und nonverbalen Ausdrucksweise wie auch in der Motorik eine signifikante Verlangsamung. Unter Berücksichtigung des vorliegenden Leistungsvermögens und der Anforderungen an einen Koch wie an einen Hilfskoch könne der Beschwerdeführer – auch unter Berücksichtigung seiner Eigenmotivation – die geforderten Leistungen nicht erbringen. An einem geschützten Arbeitsplatz sei ein Teilzeitpensum von 40 bis 50 % wie bisher (unter Berücksichtigung des eingeschränkten Leistungsvermögens) denkbar. 3.2. 6

Im aufgelegten Privatgutachten vom 20. Mai 2

E. 4

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) eine Schadenminderungspflicht in Form einer fachärztlich-psychiatrischen Therapie mit Psychopharmako- und Psychotherapie und einer Alkoholabstinenz mit Labor- und Harnkontrolle. Mit Vorbescheid vom 17. März 2010 (Urk. 8/32) stellte sie dem Versicherten die Zusprache einer halben Rente ab 1. März 2010 in Aussicht. Nach Prüfung des Einwandes vom 26. März 2010 (Urk. 8/36) holte sie weitere medizinische Berichte ein (Urk. 8/37-38).

Mit Verfügung vom 2

E. 6

. Juli 20

E. 10

(Urk. 8 / 46, Urk. 8/42) sprach sie dem Versicherten eine halbe Rente ab 1. März 2010 zu. Am 4. April 2011 (Urk. 8/55) gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche während eines Jahres; jedoch längstens bis Ende April 2012, durch die B. ___

(vgl. dazu auch Zielvereinbarung vom 4. Februar 2011, Urk. 8/52) .

E. 10.3

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für

unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

E. 10.4

Der von Rechtsanwältin Christina Ammann, Uster, mit Eingabe vom 21. Mai 2014 (Urk. 17) geltend gemachte Aufwand von 10.83 Stunden und Fr. 54.30 Barauslagen ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass sie den Beschwerdeführer schon im Vorbescheidverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Sodann entspricht die Beschwerdeschrift in gewissen Teilen der dem Einwand vom 10. Dezember 2013 (Urk. 8/126). Namentlich erscheint ein Aufwand von insgesamt 10.83 Stunden insbesondere auch für die diversen Telefonate und Korrespondenzen als überhöht.

Angesichts der zu studierenden gut 130 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der etwa acht-, ein-, zwei- und einseitigen Rechtsschriften, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Entschädigung von Rechtsanwältin Christina Ammann, Uster, bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'800.--

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 11.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, in Folge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 12.

Mit Eingabe vom 7. Februar 2014

(Urk. 15) respektive 22. Mai 2014 (Urk. 19) beantragte der Beschwerdeführer die Rückerstattung der Gutachterkosten. Das vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebene Gutachten (E. 5.5) hat nichts Wesentliches zur Aufklärung des rechtserheblichen Sachverhalts beigetragen. We der war es für die Entscheidfindung notwendig, noch stellte das urteilende Gericht darauf ab. Bei den dadurch entstandenen Auslagen handelt es sich daher nicht um durch den Rechtsstreit verursachte notwendige Kosten, die dem Beschwerdeführer zu vergüten wären (vgl. BGE 115 V 62).

Demnach sind die Kosten für das Privatgutachten bei diesem Verfahrensausgang nicht zu übernehmen.

Das Gericht beschliesst: In Gutheissung des Gesuches vom 7. Februar 2014 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin

Christina Ammann, Uster,

als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf §

E. 11

Juli 2013 [Urk. 8/111/1-22]).

Am 2. September 2013 (Urk. 8/113) wurde der Versicherte aufgefordert, sich zu den weiteren Abklärungen zu äussern. Der Versicherte liess sich innert Frist nicht vernehmen.

Mit Vorbescheid vom

E. 13

) zur Kenntnis gebracht wurde.

Mit der gleichen Mitteilung wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass das Gericht die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte.

Mit Eingabe vom 21. Mai 2014 (Urk. 15) legte der Beschwerdeführer ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. F.____, Fachärztin Psychiatrie/Psychotherapie FMH, vom 20. Mai 2014 (Urk. 16) auf und beantragte ergänzend zur Beschwerde vom 7. Februar 2014 die Rückerstattung der Gutachterkosten. Mit Eingabe vom 22. Mai 2014 (Urk. 18) reduzierte sie die Höhe der beantragten Rückerstattung und legte die Rechnung für das Gutachten auf (Urk. 19). Am 4. Juni 2014 (Urk. 22) teilte die Beschwerdeführerin den Verzicht auf Stellungnahme mit.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 014

(Urk. 16) diagnostizierte Dr. F.____

eine schwere, kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen und Dekompensation in Depressivität und paranoidem Denken, einen Status nach schädlichem Alkoholkonsum mit im Moment kontrolliertem Konsum und einen Verdacht auf zerebrale Spätschäden (ICD-10 F10.1). Ferner führte sie aus, dass ein ADHS nicht ausgeschlossen werden könne.

In ihrer Beurteilung hielt Dr. F.____ fest (S. 6), es bestehe eine schwere Störung des Selbsterlebens, der Lebensgestaltung, der Beziehungsfähigkeit, dem Umgang mit Konflikten, der Anpassungsfähigkeit sowie eine hohe Ambivalenz. Diese Persönlichkeitszüge seien nachweisbar bis ins frühe Erwachsenenalter des Beschwerdeführers. Sie bestünden über Jahre und seien gleichbleibend. Das Denken, das Fühlen und Verhalten seien stark eingeeignet auf wenige immer gleiche Muster. Der Beschwerdeführer habe nur wenige, eingeschränkte Strategien, die er repetitiv in allen Situationen anwende. Durch diese Beeinträchtigung sei er in allen Bereichen des Alltags stark gestört. Deshalb müsse von einer Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert und verminderter Fähigkeit mit dem Alltag, der Umwelt und den Menschen zu Recht zu kommen, ausgegangen werden.

Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit als Hilfskoch eingeschränkt. Vor allem bestehe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne sich nicht anpassen und auch nicht einfügen. Weil er sich seinem Arbeitsplatz nicht anpassen könne, er nicht flexibel sei, sich nicht einordnen könne, sich nicht kritisieren lasse, nichts Neues lernen könne, nicht flexibel eingesetzt werden könne, müsse gefolgert werden, dass die Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft 0 % sei (S. 13 Ziff. 5).

Im geschützten Rahmen und unter speziellen Bedingungen (immer gleiche vor aussehbare Arbeitstätigkeit, immer gleiche Zeit, so weit möglich immer gleiche Leute) könne der Beschwerdeführer 50-60 %

(sechs Stunden pro Tag) arbeiten (S. 14).

Der Beschwerdeführer sei den Anforderungen der freien Wirtschaft in keiner Weise gewachsen und könne in der freien Wirtschaft nicht als Hilfskoch tätig sein (S. 14). 4.

Der Beschwerdeführer arbeitet seit dem 7. November 2011 im geschützten Arbeitsmarkt bei der Stiftung G.____ (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2). Am 3. Dezember 2013 (Urk. 3/3) führte die Leiterin Integration der G.____

aus, dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitnehmertätigkeit als Hilfskoch aus gesundheitlichen Gründen sehr eingeschränkt sei. Zum einen leide er täglich unter Schmerzen im Schulterbereich und zum anderen sei seine Stress toleranz deutlich eingeschränkt. In Stresssituationen sei er häufig schnell gereizt und ungeduldsam. Die Belastbarkeitsgrenze sei bei dem derzeit geleisteten Pensum von 60 % erreicht; eine Pensumerhöhung sei nicht möglich. Die Leistungsfähigkeit in der freien Wirtschaft sei eingeschränkt und liege nach ihrer Schätzung bei 50 % bezogen auf das mögliche 60%-Pensum. Der Beschwerdeführer sei in der freien Wirtschaft nicht vermittelbar, da weder die körperliche Leistungsfähigkeit noch die psychische Belastbarkeit ausreichend seien.

Er gänzend fügte sie hinzu, dass es dem Beschwerdeführer nicht am guten Willen fehle und er sehr motiviert und durchaus leistungswillig sei. 5.

5.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Aufhebung der seit März 2010 ausgerichteten laufenden halben Rente rechtmäßig ist. Insbesondere fragt sich, ob eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung bildet die rentenzusprechende Verfügung vom 26. Juli 2010 (Urk. 8/46, Urk. 8/42), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht (vgl. vorstehend E. 1.4). Namentlich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Juli 2010 mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der umstrittenen Verfügung vom 8. Januar 2014 zu vergleichen. 5.2

Für die Frage, ob eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist, kann auf das biomedizinische Gutachten vom 9. Juli und 11. Juli 2013 von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____

(E. 3.2.3 -4) abgestellt werden: Dieses Gutachten entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl.

E. 1.4). Der Beschwerdeführer

wurde seinen geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf einschlässlichen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der wesentlichen Vorgänge sowie in Auseinandersetzung mit denselben abgegeben. Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet.

Die Gutachter legten in nachvollziehbarer Weise dar, dass sich der Gesundheitszustand sowohl aus rheumatologischer als auch aus psychiatrischer Sicht verbessert habe. Zumeist hätten sich die Beschwerden seit der Operation der HWS am 20. Oktober 2010 langandauernd vermindert (Urk. 8/109/2-44 S. 43 Ziff. 11)

und zum anderen bestünden keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Antriebsstörungen mehr. Ebenso

wenig seien die Kardinalsymptome einer Depression nachweisbar. Die Gutachter führten in überzeugender Weise aus, weshalb sich der Gesundheitszustand seit der letzten Revision im Jahr 2010 verbessert hat und die Tätigkeit als Hilfskoch dem Beschwerdeführer wieder zumutbar ist. 5.3

Dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

seit der letzten verfügbaren Verfügung vom 26. Juli 2010 verbesserte, ergibt sich auch aus einem Vergleich der Einschätzung von Dr. A. ___ vom 10. März 2010 (E. 3.1.1), gestützt auf welche die rentenzusprechende Verfügung vom 26. Juli 2010 massgeblich erfolgte, und der Beurteilung des psychiatrischen (Teil-) Gutachtens vom 11. Juli 2013 (E. 3.2.4). Dr. E. ___ erwähnte keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Mithin konstatierte Dr. E. ___ ein abgeschwächtes Störungsbild. Er erachtete die von Dr. A. ___

noch diagnostizierte rezidivierende depressive Störung als gegenwärtig remittiert und nannte nur noch eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) im Gegensatz zu der von Dr. A. ___ genannten kombinierten Persönlichkeitsstörung mit dysthymen, emotional instabilen und narzisstischen Zügen. Schliesslich äusserte er auch nur noch einen Verdacht auf ein ADHS im Erwachsenenalter.

Gestützt auf die gestellten Diagnosen attestierten die Gutachter dem Beschwerdeführer nicht nur aus rheumatologischer, sondern auch aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch.

In somatischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand seit der HWS-Operation am 20. Oktober 2010 ebenfalls gebessert, zeigte die Magnetresonanzuntersuchung der HWS vom Juli 2013 doch einen normalen postoperativen Befund ohne Rezidivhernie und ohne neurale Kompression. Ferner gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. D. ___ an, seit vielen Monaten schmerzfrei zu sein und seit zwei Jahren kein Schmerzmittel mehr zu benötigen.

5.4

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert mehr vorliegt, welcher ihn in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken würde, womit sich die bislang aus psychischen Gründen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit seit 2010 verbessert hat. 5.5

Was die Einschätzung von Dr. F.____ im aufgelegten Privatgutachten vom 20. Mai 2014 (E. 3.2.5) anbelangt, wonach beim Beschwerdeführer eine schwere, kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit narzisstischen und zwanghaften Anteilen und Dekompensation in Depressivität und para noi dem Denken, ein Status nach schädlichem Alkoholkonsum mit im Moment kontrolliertem Konsum und ein Verdacht auf zerebrale Spätschäden (ICD-10 F10.1) vorliegen sollten, ist festzustellen, dass Dr. E.____ weder eine Depression noch eine Persönlichkeitsstörung hat bestätigen können. Bezüglich der im Vorgutachten genannten emotional instabilen Persönlichkeitsanteile führte er in seinem psychiatrischen Teilgutachten (E. 3.2.4, Urk. 8/111 S. 18 f.) aus, dass sich bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung im Vergleich zum Vorbe fund nun keine Auffälligkeiten mehr ergäben hätten. Die Einschätzung des Vor gutachters Dr. A.____ könne insofern nicht bestätigt werden. Die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung sei aber aufrechtzuerhalten, wobei eine nar zisstische Akzentuierung der Persönlichkei t das klinische Bild eher präge als die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, da die Kriterien einer solchen nicht voll umfänglich erfüllt und objektivierbar seien.

In Bezug auf die divergi erenden Ansichten ist festzuhalten, dass die psy chiatri sche Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei er folgen kann. Sie eröffnet dem be gut achtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, in ner halb dessen verschiedene medizinisch-psy chi atrische Interpretationen mög lich, zu lässig und zu respektieren sind, sofern der Ex parte lege artis vor gegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 mit Hinweis). Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, welche im Rah men der psy chiatri schen Be gutachtung durch Prof. Dr. E.____ un er kannt ge blieben und ge eignet ge wesen wären, zu einer abwei chen den Beur teilung zu führen, sind nicht er sichtlich .

Was die fremdanamnestischen Auskünfte (Urk. 16 S. 2 ff.) anbelangt, so ist fest zu halten, dass es sich bei den befragten Personen mit Ausnahme von Dr. J.____ nicht um Mediziner handelt und auch letzterer als Allgemeinmediziner nicht über einen Facharzttitel in der Psychiatrie verfügt.

Zu berücksichtigen gilt überdies, dass das aufgelegte Privatgutachten, basierend auf den Sitzungen vom 1 2. März, 17. April und 2 2. April 2014, erst am 20. Mai 2014 (E. 3.2.5) und damit nach Erlass der Verfügung am 8. Januar 2014 (Urk. 2) er gangen ist .

Somit vermag das aufgelegte Privatgutachten vom 20. Mai 2014 (E. 3.2.5) an der Beurteilung durch Dr. E.____ nichts zu ändern. 5.6

Auch die Berichte des behandelnden Psy chologen und Psychotherapeuten Dr. C.____ einschliesslich der Testungen (FAKT II)

vom 5. Juli 2011, 17 . Oktober 2012 und 20. Februar 2013 (E. 3.2.2 und 3.3.5) , wonach de m Be schwerdeführer nur noch ein Teilzeitpensum im ge schützten Rahmen von 40 bis 50 % zumutbar sein soll (E. 3.2.5) , vermögen an der Beur teilung von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____ keine Zweifel zu begründen , zumal die vorliegend genannten Diagnosen nur spärlich be gründet und nur durch einzelne Befunde untermauert werden.

Überdies verfügt Dr. C.____ als Psychologe und Psychotherapeut FSP-SBAP nicht über einen Facharzttitel in Psychiatrie und die von Dr. C.____ verfassten Berichte wurden auch nicht durch die delegierende Fachärztin Dr. med. M.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, visiert.

Ferner sind eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger als auch in be hin derungs angepasster Tätigkeit (oder gar eine 40-50%ige Arbeitsfähigkeit in ei nem geschützten Rahmen) aufgrund des für die Einschränkung der Arbeits f ä higkeit zentral verantwortlich gemachten verminderten kognitive n Leistungs-

sowie Belastungsvermögens

und die in den Berichten gezogenen Schlussfolge rungen

(E. 3.2.2 und 3.2.5) , ins besondere bezüglich der (global) attestierten Ar beits un fähigkeiten ,

wenig überzeugend .

Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, welche im Rahmen der psy chiatrischen Be gutachtung hinsichtlich des fraglichen verminderten kognitiven Leistungs vermögens durch Prof. Dr. E.____ unerkannt ge blieben und ge eignet ge wesen wären, zu einer abwei chen den Beurteilung zu führen, sind ebenfalls nicht er sichtlich, bestanden laut Dr. E.____ doch keine Konzentrations- und Auffas sungsstörungen mehr (Urk. 8/111/1-22 S. 21 lit. I unten, vgl. dazu auch Urk. 8/111/1-22 S. 14).

Im Übrigen darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc) . Analog es gilt auch für den behandelnden Psychologen. 5.7

Was den Bericht des behandelnden Dr. J.____ (E. 3.2.1) anbelangt, so ist fest zuhalten, dass Letzterer in seinem Bericht weder Befunde noch funktionelle die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Einschränkungen aufführte. Die Schluss fol gerung, wonach der Beschwerdeführer noch vier Stunden in behinderungs an ge passter Tätigkeit arbeiten könne, ist somit nicht nachvollziehbar. 5. 8

Sc hliesslich vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgetragenen Ein wände den Be weis wert des Gutachtens von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____ – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - nicht in Zweifel zu ziehen:

Soweit der Beschwerdeführer monierte, Gutachter Dr. E.____ habe keinerlei spezifische Tests durchgeführt und auch keine Fremdanamnese eingeholt, ist festzuhalten , dass im Ver zicht auf eine neuropsychologische Testung respektive Ein holung fremd anam nestischer Auskünfte kein der Expertise anhaftender Man gel zu erblicken ist, sind doch gemäss Qualitätsleitlinien für psy chiatrische Gut achten in der Eid genös sischen Invalidenversicherung der Schweizer ischen Ge sellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 Fremdauskünfte nicht in jedem Fall zwingend erforderlich (vgl. dazu Ziff. 5) und test(neuro-)psycho logische Zusatz unter suchungen lediglich bei be gründeter Indikation wie Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer ob jektivierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbussen zu veran lassen (Ziff. 4.3.2.2). Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einzubeziehen ist. Generell kann einem testmässigen Er fassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration näm lich nur ergänzende Funktion beigemessen werden; ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Ver haltensbeobachtung

(Urteil des Bundesgerichts 9C_44/2007 vom 7. April 2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Da anlässlich der psychiatrischen Untersuchung Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit wie erwähnt intakt erschienen und auch keine Hinweise für Gedächtnisstörungen vorlagen (Urk. 8/111/1-22

S. 14), ist der Verzicht auf die Durchführung neuro-psychologischer Testverfahren respektive auf die Einholung von Fremdauskünften nicht zu beanstanden. Daran vermag auch der Bericht der Arbeitgeberin „Stiftung G.____“ vom

3. Dezember 2013 (E. 4), welche

seine Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft auf 50 % bezogen auf das geleistete 60%ige Pensum schätzt, nichts zu ändern, da die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit den Ärzten zufällt (BGE 125 V 256

E. 4).

Dass die Beurteilung von Prof. Dr. E.____ nicht in expliziter Auseinandersetzung mit dem Bericht

von Dr. C.____ vom 17. Oktober 2012, wonach dem Beschwerdeführer aufgrund der neuropsychologischen Testung eine Wiederaufnahme der Berufstätigkeit als Koch nicht möglich sei,

erfolgte, ist nicht entscheidungswesentlich, da daraus keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden können.

Das gilt umso mehr, als sich Prof. Dr. E.____ mit dem kognitiven Leistungsvermögen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Denken, Intelligenz im Detail auseinandergesetzt hat und diesbezüglich keine auffälligen Befunde (mehr) erhoben konnte (Urk. 8/111/1-22 S. 14). 6.

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 8. und

11. Juli 2013 mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch wieder zu 100 % arbeitsfähig ist, womit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes als ausgemessen gilt. 7.

Die angestammten Tätigkeiten als Hilfskoch entspricht dem noch zumutbaren Stellenprofil (Urk. 8/109/2-44 S. 41 f. Ziff. 9.1 und 9.4, Urk. 8/111/1-22 S. 20 lit. F). Damit erleidet der Beschwerdeführer keine Einkommenseinbusse, weshalb kein Invaliditätsgrad resultiert und kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung mehr besteht.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde in diesem Punkt. 8.

Vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer seit dem 10. Juli 2013 (Begutachtungszeitpunkt) sowohl in bisheriger Tätigkeit als Hilfskoch als auch in behinderungsangepasster Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig ist, sind die Voraussetzungen für die Gewährung von Massnahmen beruflicher Art durch die Invalidenversicherung nicht gegeben (Art. 15 ff. IVG). Anzuführen bleibt, dass im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist, so dass daraus unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich vorgenommen werden kann. Die Rechtsprechung hat erkannt, dass die Selbsteingliederung

unter anderem greift, wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand und der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht (Urteil des Bundesgerichts 9C_128/2013 vom 4. November 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

Auch wenn der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Renteneinstellung bereits über 55-jährig war, ist von der Durchführung befähigender Massnahmen abzu sehen, war doch der Beschwerdeführer während des Bezuges der halben Rente bereits zu 50 % arbeitsfähig. Wenn er sich trotzdem vom ersten Arbeitsmarkt ferngehalten hat, hat dafür nicht die Beschwerdegegnerin einzustehen. Zudem nahm der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben schon seit 7. November 2011 (vgl. Urk. 1 S. 3) am Eingliederungsprogramm B.____ teil, so dass hier die Notwendigkeit von zusätzlicher Eingliederung durch die Beschwerdegegnerin zu verneinen ist.

Somit wird die Beschwerde auch in diesem Punkt abgewiesen. 9 .

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 10 .

10 .1

Zu prüfen ist schliesslich der Anspruch des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung im Beschwerdeverfahren (Urk. 1 S. 2, S. 7 Ziff. 4). 10 .2

Vorliegend sind die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt, so dass das Gesuch zu bewilligen ist (Urk. 1 S. 7 Ziff. 4 , vgl. dazu auch Urk. 3/4-5 , Urk. 1 1-12/1-2). Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen , wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist.

E. 16

Abs. 4 GSVGer hin gewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann unter Beilage einer Kopie von Urk. 22 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

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

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

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

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