

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00691 vom 7. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00691

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00691 du 7 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00691 del 7 settembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Bei 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 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 (sog. 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 1. 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.

E. 1.4

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. 1.5

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 Vorkenntnisse (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).

E. 2

Der Versicherte erhob am 26. Juni 2014 gegen die Verfügung vom 27. Mai 2014 (Urk. 2) Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass er weiterhin Anrecht auf eine Dreiviertels- (richtig: halbe) Rente habe (Urk. 1

S. 1 unten).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 4. September 2014 (Urk. 12) die Abweisung der Beschwerde.

Im Zusammenhang mit seinem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (vgl. Urk. 1 S. 1 unten) gab der Beschwerdeführer am 10. September 2014 bei der Frage, ob er über eine Rechtsschutzversicherung verfüge, an, er habe kein Vertrauen in seine Rechtsschutzversicherung (Urk. 17 S. 1 lit. A). Am 6. November 2014 setzte das Gericht dem Beschwerdeführer Frist an, um eine Bestätigung seiner Rechtsschutzversicherung einzureichen, dass sie die Prozesskosten nicht übernehme (Urk. 19 S. 2 Ziff. 2). Die Frist verstrich ungenutzt (vgl. Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss dem eingeholten Gutachten habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert (S. 2 oben), und sie ermittelte einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 35 % (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), auf das eingeholte Gutachten könne nicht abgestellt werden, gelte die Abklärungsstelle doch als versicherungsfreundlich (S. 3 oben). Dass eine andere Einschätzung richtig sei, zeigten die

Angaben, die im Bericht des Y.____ vom 28. April 2014 (vgl. Urk. 3) gemacht würden (S. 3).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der im März 2010 erfolgten Rentenzusprache revisionsrelevant verbessert hat (vgl. E. 1.4), und wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und dem Invaliditätsgrad verhält.

E. 3

2

Dr. med. C.____, Spezialarzt für Chirurgie

(sowie - laut Briefkopf - Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma orthopädische Traumatologie), berichtete am 8. September 2008 über seinen Patienten (Urk. 13/92).

Er nannte folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatisches cervico-cephales Schmerzsyndrom bei Status nach Arbeitsunfall am 10. Mai 2001 mit Sturz auf den Rücken und Hinterkopf - chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom bei Status nach Trauma mit Fraktur der Processi

transversi L3 und L4 rechts - autonome somatoforme Schmerzstörung - mittelgradige depressive Episode - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Alpträume

Er führte unter anderem aus, das seit dem Unfall bestehende und in der letzten Zeit progrediente cervico-cephale Schmerzsyndrom sei mit dem Unfallhergang gut zu vereinbaren, ebenso die Befunde mit eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) und der verdickten und druckdolenten

Nackenkulatur (S. 2 Mitte).

E. 3.1

Am 30. März 2007 erstatteten med. pract. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. A.____, klinischer Psychologe und Supervisor, B.____, eine psychiatrische Einschätzung (Urk. 13/78). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 2.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung als Folge des Unfalls von 2001 (ICD-10 F45.4) - mittelgradige depressive Episode als Folge des Unfalls von 2001 (F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung als Folge des Unfalls von 2001 (F43.1) - Status nach Fraktur L3/L4

Sie führten unter anderem aus, entgegen den Ausführungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 17. März 2004 (richtig: 13. März 2006) sei der Explorand seit dem Unfall nie mehr arbeitsfähig gewesen. Die effektive Arbeitsunfähigkeit sei im Hinblick auf die gescheiterten Arbeitsversuche als 100 % seit dem Unfall einzustufen (S. 6 unten Ziff. 4).

E. 3.3

Am 17. September 2008 berichteten med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2), nunmehr Y.____ (Urk. 13/93). Sie führten unter anderem aus, aus psychiatrischer Sicht sei noch immer von den bekannten Diagnosen auszugehen (S. 1 Ziff. 1). Der Gesamtzustand des Patienten sei aber wesentlich schlechter (S. 1 Ziff. 2). Die Schmerzen seien seit 2007 deutlich zunehmend, der Patient ziehe sich deutlich mehr zurück und werde aggressiver (S. 2 Ziff. 7).

E. 4

Dr. med. E.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , und Dr. med. F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am

12. November 2009 ein interdisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 13/97/1-28) .

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 8.1): - Unkarthrose und Spondylose C3-Th1 mit mässiger Spinalkanalstenose und Beeinträchtigung des Myelons und Diskusprotrusion / Osteophytenbildung C4/5 und C5/6 sowie intraforaminale Diskushernie C6/7 rechts mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel C7 - mässige Spondylarthrose L4/5 mit bircessaler und foraminaler Stenose L4/5 ohne neurale Kompression - Adipositas - mittelgradige depressive Episode bestehend seit etwa Januar 2007 (ICD 10 F32.1) - Zustand nach leichter bis mittelgradiger depressiver Episode bestehend von 2001 bis etwa Dezember 2006 (ICD-10 F32.0, F32.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (anamnestisch) einen Diabetes mellitus (S. 26 Ziff. 8.2).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung vorwiegend gehend und stehend mit häufigen inklinierten und rotierten Körperhaltungen und regelmässigem Heben und Tragen von Lasten seien nicht mehr vollumfänglich zumutbar. In der angestammten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2007 40 % und seit der Begutachtung 20 % (S. 26 Ziff. 9.1).

Körperlich leichte - und näher umschriebene - Tätigkeiten könnten gesamthaft seit Januar 2007 bei voller Stundenpräsenz zu 60 % zugemutet werden (S. 26 Ziff. 9.2). 3.

E. 4.1

Med. pract .

D.____ , Y.____ (vorstehend E. 3.3), berichtete am 4. Dezember 2012 (Urk. 13/144), der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert; 2009 sei als zusätzliche Diagnose ein Diabetes mellitus hinzugetreten, Schmerzen und Depression seien stationär (Ziff. 3). Seit 2009 finde eine tagesklinische Behandlung statt, aktuell 1 x monatlich (Ziff. 2).

E. 4.2

Med. pract . D.____ und Dr. A.____ , Y.____ , nannten in ihrem Bericht vom 8. Januar 2013 (Urk. 13/146/5-8) folgende - hier verkürzt angeführte - Diagnosen (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode - posttraumatische Belastungsstörung - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - lumbovertebrales Syndrom - cervikocephales Syndrom

Sie führten unter anderem aus, aus näher genannten Gründen sei der Patient auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.7).

E. 4.3

Dr. med. G.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin , führte in ihrem Bericht vom 25. Januar 2013 (Urk. 13/147) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 9. Januar 2006 (Ziff. 1.2). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (Ziff. 1.1): - lumbovertebrales Syndrom (seit 2001) - cervikocephales Syndrom (seit 2009) - posttraumatische Belastungsstörung (seit 2001)

Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 10. Mai 2001 (Ziff. 1.6). Als Einschränkungen nannte sie belastungsabhängige Rücken schmerzen; es sei nur leichte körperliche Arbeit zumutbar (Ziff. 1.7). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit oder Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9).

E. 4.4

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.2) nannte in seinem Bericht vom 21. Juni 2013 (Urk. 13/157) den 2007 gestellten vergleichbare Diagnosen (Ziff. 1.1) und führte unter anderem aus, die Prognose könne noch nicht abschliessend beurteilt werden (Ziff. 1.4). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Unfall von 2001 (Ziff. 1.6) und führte aus, in der angestammten Tätigkeit (Gleisbau) seit der Patient zurzeit und bis auf weiteres (permanent) zu 100 % arbeitsunfähig. Für leichte, wechselbelastende Arbeit mit wahlweise Sitzen oder Stehen und - insbesondere ohne Heben von schweren Lasten (nicht mehr als 5 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig), Überkopparbeit, Arbeit in vornübergeneigter Haltung - wäre der Patient aus somatischer Sicht teilweise arbeitsfähig (Ziff. 1.7).

E. 4.5

Am 19. Juli 2013 gab die Beschwerdegegnerin ein interdisziplinäres (orthopädisch/ traumatologisches und psychiatrisches) Gutachten in Auftrag (Urk. 13/159). Auf

Veranlassung der beauftragten Gutachter wurde zudem ein neurologisches Teilgutachten erstattet (vgl. Urk. 13/160).

Die Ärzte des H.____ erstatteten ihr Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 1. November 2013 (Urk. 13/164/1-32), dies nach Untersuchungen am 30. August und 11. Oktober 2013 (S. 1) sowie gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.) und die Angaben des Beschwerdeführers (S. 18 ff.).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit (S. 25 Ziff. E.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0) - cervicospodylogenes und cervic overtebrales Schmerzsyndrom mit/ bei - im aktuellen MRI vom 5. September 2013 beschriebenen degenerativen Aufbrauchbefunden im cervicalen Bewegungssegment C6/7 und im Bereich des cervicothorakalen Überganges - lumbospodylogenes und lumb overtebrales Schmerzsyndrom mit/ bei - im aktuellen MRI dokumentierten bisegmentalen degenerativen Veränderungen der lumbalen Bewegungssegmente L4/5 und L5/S1 - rumpfmuskulärer Grobinsuffizienz als Folge einer Langzeitdekonditionierung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 26 Ziff. 2) einen Status nach Arbeitsunfall am 10. Mai 2001, einen tablettenpflichtigen Diabetes mellitus (anamnestisch) und eine arterielle Hypertonie (anamnestisch).

Betreffend zusammenfassendes Belastungsprofil (aus allen Fachgebieten) führten sie aus, rückenadaptierte, leichte wechselbelastende Arbeiten seien möglich; keine Arbeiten in Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauend und einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen an die HWS und die Lendenwirbelsäule (LWS). Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 5 bis maximal 10 kg beziehungsweise 10-15 kg limitiert (S.

27 unten).

Die Gutachter führten unter anderem aus, aus somatischer Sicht lägen Aufbrauchbefunde im Bereich der Wirbelsäule und des Rumpfes vor, welche einen über zwölf Jahre anhaltenden und therapieresistent verlaufenden Beschwerdezustand auch nur angedeutet nachvollziehbar erscheinen liessen. Rückenbedingt resultiere in einer wie beschrieben angepassten Tätigkeit eine Minderung des Arbeitstempos, entsprechend einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % (S. 27 oben).

Die vom Versicherten beklagten Beschwerden könnten allenfalls im Lichte der psychiatrischen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung teilweise eine Erklärung finden. Es sei die im Vordergrund stehende psychosoziale Desintegration, insbesondere in der Rolle des Versicherten als Ehemann und Ernährer der Familie, dokumentiert. Diese begründe Rückzugstendenzen. Allerdings handle es sich nicht um einen vollständigen Rückzug aus allen Belangen des sozialen Lebens und auch nicht um eine Flucht in die Krankheit; soziale Kompetenzen seien durchaus erhalten (S. 27 Mitte).

Rein orthopädisch somatisch sei für eine dem genannten Profil angepasste Tätigkeit von einer globalen Restarbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum, Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 %) auszugehen. Vorliegend würden die psychiatrischen Befunde und die psychiatrisch erklärte Restarbeitsfähigkeit von nur noch 70 % überwiegen. Die im psychiatrischen Vorgutachten 2009 geschilderten Diagnosen und Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit mit 60 % seien nachvollziehbar und konsistent; inzwischen sei eine Besserung eingetreten, so dass die Arbeitsfähigkeit psychiatrisch und auch zusammenfassend 70 % betrage (S. 27).

E. 4.6

Im psychiatrischen Teilgutachten wurden die Angaben des Beschwerdeführers (S. 34 f.) und der erhobene Befund (S. 36 f.) dargelegt und als einzige relevante Diagnose eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.0) genannt (S. 38 Ziff. 3); eindeutige Hinweise auf eine manifeste posttraumatische Belastungsstörung seien nicht zu sehen, auch keine eigenständige somatoforme

Schmerzstörung (S. 38 Ziff. 4). Die depressiven Störungen wurden als leicht bis mittelgradig von 2001 bis 2006, mittelgradig ab 2007 bis 2013 und aktuell leichtgradig eingestuft (S. 38 unten).

E. 4.7

Med. pract. D.____ und Dr. A.____, Y.____, nahmen am 28. April 2014 Stellung (Urk. 13/175 = Urk. 3), dies im Sinne von Einwänden gegen den psychiatrischen Teil des H.____-Gutachtens (S. 1 f.). Sie führten unter anderem aus, warum ihres Erachtens die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer mittelgradigen Depression und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt seien (S. 2 Ziff. 3). Im Gutachten werde der Grad der Arbeitsfähigkeit (richtig: Arbeitsunfähigkeit) von den Gutachtern „aufgrund der falschen Diagnosen“ mit 30 % angegeben. Der Patient sei, wie bereits früher ausführlich begründet, weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig bei progredienter Symptomatik; eine Besserung sei nicht eingetreten (S. 2 Ziff. 4). 5.

E. 5

Seitens des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wurde am 20. Oktober 2010 ausgeführt, die rein theoretisch aus somatischer Sicht gegebene Arbeitsfähigkeit von 90 % könne

aufgrund der psychiatrischen Befunde nicht erbracht werden. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage 60 % ab Januar 2007 (Urk. 13/99 s. 3 unten).

Der auf dieser Basis vorgenommene Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 50 % (Urk. 13/98), worauf dem Beschwerdeführer eine halbe Rente zugesprochen wurde (Urk. 13/109). 4.

E. 5.1

Die Fachpersonen des Y.____ begründeten die von ihnen abgegebene und vom H.____ -Gutachten markant abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.7) insbesondere damit, im genannten Gutachten seien die falschen Diagnosen gestellt worden, womit sie zum Ausdruck bringen wollten, dass ihres Erachtens zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie statt einer leichtgradigen eine mittelgradige Depression zu diagnostizieren gewesen wären.

E. 5.2

Hinsichtlich der postulierten posttraumatischen Belastungsstörung und anhaltenden somatoformen Schmerzstörung kann den Einwänden nicht gefolgt werden. Bereits im 2009 erstatteten Gutachten wurde weder die eine noch die andere Diagnose genannt, obwohl sie auch damals von behandelnder Seite angeführt worden waren. Im aktuellen Gutachten wurde nach ausführlicher Befundschilderung ausdrücklich festgehalten, dass sich keine ausreichenden Hinweise für die eine oder die andere Diagnose ergeben hätten (vorstehend E.

4.5). Solche finden sich auch in der Y.____ -Stellungnahme nicht, denn darin wurden einzelne Diagnosekriterien lediglich aufgelistet, ohne die damit verbundene Behauptung, sie seien erfüllt, befundmässig nachvollziehbar abgestützt zu haben.

E. 5.3

Im Gutachten von 2009 - Grundlage der Rentenzusprache im März 2010 - wurde in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode seit etwa Januar 2007 diagnostiziert, von 2001 bis etwa Dezember 2006 hingegen eine leichte bis mittelgradige (vorstehend E. 3.4). Dass im Begutachtungszeitpunkt (August 2013) die mittlerweile zu diagnostizierende rezidivierende depressive Störung als leichtgradig eingestuft wurde, stellt mithin im Längsschnitt betrachtet kein Novum dar: Schon zwischen 2001 und 2006 waren leichtgradig ausgeprägte Episoden aufgetreten. Zudem gehört es definitionsgemäss zur Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung (F33), dass depressive Episoden - auch solche unterschiedlichen Schweregrades - aufeinander folgen (vgl. H. Dilling / W. Mombour / M. H. Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 176 f.).

Nachdem die gestellte Diagnose auch befundmässig nachvollziehbar abgestützt ist (vorstehend E. 4.6), ist sachverhältnismässig von einer leichten Episode der rezidivierenden Depression im Begutachtungs- und im Verfügungszeitpunkt auszugehen.

E. 5.4

Im Gutachten wurde - für angepasste Tätigkeiten - eine Arbeitsfähigkeit von 70 % attestiert. Was in der Y.____ -Stellungnahme dagegen vorgebracht wurde, vermag nicht zu überzeugen. Denn von dieser Seite wurde seit jeher eine volle Arbeitsunfähigkeit postuliert (vgl. E. 3.1)

und dieser Einschätzung wurde schon bei der Rentenzusprache im März 2010 nicht gefolgt (vorstehend E. 3.5). Anhaltspunkte, dass den Y.____-Beurteilungen zwischenzeitlich ein grösseres Gewicht beizumessen wäre, sind nicht ersichtlich.

Vielmehr erscheint das durchgängige Attestieren einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit dem Umstand geschuldet, dass beide handelnde Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen, welche die Rechtsprechung für Gutachten entwickelt hat (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte

beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc), kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

E. 5.5

Somit ist auf das H.____-Gutachten, das alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt, abzustellen. Demnach ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit im Begutachtungs- und im Verfügungszeitpunkt 70 % betrug.

Im Vergleich zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit von 60 % bei der Rentenzusprache im März 2010 ist damit eine revisionsrelevante Verbesserung (vorstehend E. 1.3) ausgewiesen.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin hat der Invaliditätsbemessung die eben genannte Arbeitsfähigkeit zugrundegelegt und einen Invaliditätsgrad von 35 % ermittelt (Urk. 2). Diese Aspekte der Verfügung wurden beschwerdeweise nicht bemängelt, und sie sind auch nach Lage der Akten (vgl. Urk. 13/169) nicht zu beanstanden, so dass es damit sein Bewenden hat.

E. 6.2

Gemäss dem Gutachten besteht aus somatischer Sicht eine Einschränkung von 20 % in Form einer Leistungsminderung bei voller Präsenz (vorstehend E. 4.5). Es bleibt deshalb anzufügen, dass zusätzlich fraglich erscheint, ob nicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % anzunehmen wäre, basiert die über 20 % hinaus attestierte Einschränkung doch auf der diagnostizierten rezidivierenden Depression mit gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung. Zu beachten ist nämlich die Rechtsprechung, wonach unter anderem eine (sogar) mittelgradig ausgeprägte rezidivierende depressive Störung

grundsätzlich als therapeutisch angebar gilt (Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2014

vom 11. September 2014 E. 3.3), zumal ebenfalls rechtsprechungsgemäss leichte bis höchstens mittel schwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis als therapeutisch angebar gelten (Urteil 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1).

Stellt man noch die auffallend niedrige Behandlungsfrequenz von einer Sitzung pro Monat (vorstehend E. 4.1) in Rechnung (vgl. Urteil 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2), so dürfte der (zusätzlich) invalidisierende Charakter der depressiven Beeinträchtigung zu verneinen sein.

Beim Einkommensvergleich auf der Basis einer Arbeitsfähigkeit von 80 % statt 70 % resultiert ein (noch) tieferer Invaliditätsgrad, so dass noch einmal festzuhalten ist, dass kein Rentenanspruch besteht.

E. 6.3

Zusammenfassend ergibt sich, dass - bei einem Invaliditätsgrad von höchstens 35 % - kein Rentenanspruch besteht. Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7.1

Am 6. November 2014 wurde dem Beschwerdeführer Frist angesetzt, um zu seinem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ergänzende Unterlagen einzureichen (Urk. 19). Diese hat er ungenutzt verstreichen lassen.

Auf das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist somit mangels ausreichender Substantiierung nicht einzutreten.

E. 7.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen. Sodann erkennt das Gericht:
1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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.