

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00714 vom 24. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00714

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00714 du 24 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00714 del 24 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). Sie 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 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).

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im

Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungsständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentanspruch 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. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.7

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.

E. 2

Der Versicherte erhob am 2. Juli 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass sich an der Situation in Bezug auf die medizinische Unabklärbarkeit des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit den ernst zu nehmenden Drohungen nichts geändert habe. Es sei nicht davon auszugehen, dass eine medizinische Begutachtung lege artis und dabei ohne Bedrohung des Untersuchers durchgeführt werden könne. Somit erscheine eine forensisch-medizinische Abklärung aus medizinischer Sicht nicht möglich (S. 2). Im Rahmen des Vorbescheidsverfahrens seien nunmehr medizinische Abklärungen getätigt und eine psychiatrische Begutachtung durchgeführt worden. Aus somatischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Fassadenarbeiter keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Die körperlichen Befunde hätten sich seit der letzten Verfügung vom April 2007 nicht wesentlich verändert. Bei der diagnostizierten Persönlichkeitsakzentuierung handle es sich um eine Z-Diagnose, so dass kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliege. Die diagnostizierte mittelgradige

depressive Episode finde sodann einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen eine hinreichende Erklärung und vermöge daher keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden zu begründen (S. 5).

E. 2.2

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdeführerin habe das klare Ergebnis des Gutachtens willkürlich missachtet (S. 4).

Im Gutachten werde keinerlei Konnex zwischen der chronifizierten depressiven Störung und irgendwelchen psychosozialen Belastungsfaktoren hergestellt. Vielmehr werde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das depressive Zustandsbild seit Jahren dokumentiert sei und mithin eine erhebliche Chronifizierung vorliege (S. 5). Weiter sei dem Gutachten in Bezug auf die diagnostizierte Persönlichkeitsakzentuierung nicht zu entnehmen, dass psychosoziale Faktoren im Sinne der Rechtsprechung vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei er daher zu 50 % arbeitsfähig, wobei zahlreiche schwerwiegende Beschränkungen zu beachten seien (S. 6). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin eine materielle Rechtsverweigerung begangen, indem sie seine Stellungnahme zum Gutachten missachtet habe (S. 10). Es sei aktenkundig, dass er auch an somatischen Beschwerden leide.

Die Beschwerdegegnerin habe allerdings eine diesbezügliche Begutachtung unterlassen. Es sei zwingend eine polydisziplinäre Begutachtung beziehungsweise nach Vorliegen des psychiatrischen Gutachtens eine Ergänzung desselben durchzuführen, falls nicht im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung auf einen überwiegend wahrscheinlichen Invaliditätsgrad von mindestens 70 % geschlossen werde (S. 11).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 22. August 2008 (Urk. 5/52) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sie eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2007 (Urk. 5/44) und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom

E. 4

Juni 2014 (Urk. 2) zu Recht verneint hat. 3.3.1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2007 (Urk. 5/44) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 3.2

Die Ärzte des B.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, führten mit Bericht vom 21. Dezember 2005 (Urk. 5/17/11-12) folgende Diagnosen auf (S. 1): - lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei Differentialdiagnose (DD): intermittierend radikulärer Reizung S1 links - Wirbelsäulenfehlhaltung - muskulärer Dysbalance - prominenter Processus

transversus L5 beidseits rechtsbetont - myofasziale Schultergürtelbeschwerden - chronische linksseitige Unterbauchschmerzen seit zirka fünf bis sechs Jahren unklarer Ätiologie

Die Ärzte gaben an, sie würden die Beschwerden primär bedingt durch die Wirbelsäulenfehlhaltung und muskuläre Dysbalance beurteilen. Daher empfahlen sie eine ambulante aktiv-stabilisierende Physiotherapie mit Kräftigung der Rücken- und Bauchmuskulatur (S. 2). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte mit Schreiben vom 23. Mai 2006 (Urk. 5/23/23-24) eine chronische Lumbalgie mit Reizsymp to men rechts und senso motorischem S1 Ausfall rechts (S. 1). Der Achillesseh nenreflex (ASR) rechts sei erloschen und es bestehe eine Hypästhesie im Der matom S1 links. Weitere neurologische Ausfälle fänden sich nicht (S. 2). 3.4

Dr. med. D.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilita tion, führte mit Bericht vom 14. Juni 2006 (Urk. 5/13) folgende D iagnosen mit Auswirkun gen auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1): - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 beidseits mit - sensomotorischem Ausfall S1 rechts bei medialer Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln S1 beidseits - Spondylarthrose L5/S1 beidseits - beginnender ventraler Spondylose - chronisches kumu lativ toxi sches Handekzem

Bei fehlender objektivierbarer Nervenläsion und aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers sowie nicht besonders eindrücklichem radiologischem Be fund sei ein konservatives Vorgehen angebracht. Der Beschwerdeführer sei nicht mehr in der Lage, seinen Beruf als Fassadenmonteur auszuüben. Eine adaptierte Tätigkeit sei ihm hingegen zu 50-100 % zumutbar (S 2). 3.5

Die Ärzte der E.____ informierten mit Schreiben vom 15. August 2006 (Urk. 5/ 23/7-8) über die Untersuchung des Beschwerdeführers, wobei die Halswirbelsäule (HWS) geröntgt worden und ein MRI erfolgt sei. Eine eindeutige radikuläre Symptomatik sei demnach nicht nachweisbar. Die Intensi vierung der Nackenschmerz en nach dem Auffahrunfall würde sich wahrschein lich spontan wieder zu m Status quo ante verbessern. Ein eindeutiges morpholo gisches Korrelat für die chronischen Kreuzschmerzen ergebe sich nicht. Höher gradige degenerative Veränderungen seien nicht nachweisbar. Aus wirbelsäu lenchirurgischer Sicht gebe es somit keinen Handlungsbedarf (S. 2). 3.6

Dr. med. F.____, praktischer Arzt,

diagnostizierte mit Bericht vom 18. September 2006 (Urk. 5/17/1-4) – gestützt auf diverse beigelegte Arztbe richte (Urk. 5/17/5-13) – ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei Dis kushernie (S. 1). Er untersuche den Beschwerdeführer ein- bis zweimal pro Monat , wobei die Beschwerden nach wie vor vorhanden seien. Zurzeit sei der Beschwerdeführer sicherlich zu 100 % arbeitsunfähig. Zusätzlich klage der Be schwerdeführer über Beschwerden im Bereich der H WS nach einem Unfall sowie über Bauchbeschwerden, welche näher abzuklären seien (S. 2). Die Arbeitsfä higkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei durch die Beschwerde gegnerin zu eruieren (S. 4). 3.7

Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, H.____, erstattete sein Gut achten zuh anden der zuständigen Taggeldversicherung am 27. September 2006 (Urk. 5/23/9-16) und diagnostizierte ein chronisches lumbospondylogenes Syn drom mit sensomotorischer Teilsymptomatik L5 rechts bei medianer und beid seits foraminaler Diskushernie L5/S1 sowie muskul ärer Dysbalance (S. 5 Ziff. 5).

In der angestammten Tätigkeit als Fassaden- und Isolationsmitarbeiter sei der Beschwerdeführer seit dem 28. September 2005 auf Dauer zu 100 % arbeitsun fähig. Für eine körperlich leichte Tätigkeit ohne regelmässiges Tragen von Las ten über 15

kg und ohne monotone beziehungsweise repetitive Arbeitsgänge sei mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. September 2006 und mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. November 2006 zu rechnen, falls eine ärztlich überwachte und zeitlich lückenlose ambulante Therapie stattfinden könne und die E.____ nicht zu einer abweichenden Auffassung ge lange (S. 7 Ziff. 7.3). Diese Einschätzung gelte auch, wenn der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig beschwerdefrei sein sollte (S. 7 oben).

Mit Schreiben vom 24. Oktober 2006 (Urk. 5/23/4-5) nahm Dr. G.____ Stellung zum Bericht der E.____ vom 15. August 2006 (vorstehend E. 3.5), welcher bei der Erstellung des Gutachtens noch nicht vorlag . Dabei gab Dr. G.____ an, dass sich die Beurteilung der Wirbelsäulenchirurgen mit seiner gutachterlichen Beurteilung decken würde . Aufgrund der übereinstimmenden Einschätzungen könne somit die 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten ab dem 1. September 2006 bestätigt werden. Falls keine neuen Aspekte auftauchen würden , sei mit Sicherheit mit der vollständigen Arbeitsaufnahme per 1. November 2006 zu rechnen. Dies gelte auch, wenn der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt noch nicht vollständig beschwerdefrei sein sollte (S. 1). 3.8

Dr. med. univ. I.____ , Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), gab mit Stellungnahme vom 4. Dezember 2006 an, dass in der zusammenfassenden Beurteilung der vorliegenden Befunde konkordant ein ausgeprägtes lumbales Schmerzsyndrom, das eher diffus ausstrahle, beschrieben werde. Damit sei ein invalidenrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausge wiesen. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne auf die nach vollziehbaren Angaben im Gutachten von Dr. G.____

sowie die Angaben der E.____

abgestellt werden (Urk. 5/31 S. 3 f.).

E. 4.1

Beim Erlass der vorliegenden angefochtenen Verfügung vom 4. Juni 2014 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte vor.

E. 4.2

Dr. med. J.____ , praktische Ärztin , diagnostizierte mit Schreiben vom 21. Juli 2008 zuhanden der zuständigen Taggeldversicherung (Urk. 5/51/2-4 = Urk. 5/60/7-10) eine schwere anhaltende Anpassungsschwierigkeit (ICD-10 F43.22) mit einem agitierten depressiven Zustandsbild, wobei zusätzlich eine Angstsymptomatik vorhanden sei . Hintergrund der psychischen Erkrankung sei die seelische und psychische Belastung durch die langandauernde , erfolglose Behandlung der somatischen Beschwerden (S. 1 f.). Die psychische Erkrankung reiche aus , um eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Hätte der Beschwerdeführer keine somatischen Probleme, wäre er unter Behandlung innert nützlicher Frist wieder in der Lage zu arbeiten. Unter den gegebenen Umständen sei dies allerdings um ein Vielfaches schwieriger. Daher sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (S. 3).

E. 4.3

Mit Bericht vom 15. September 2008 (Urk. 5/62) führte Dr. D.____ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 2 Ziff. 1.1): - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 beidseits mit - sensomotorischem Ausfall S1 rechts bei medialer Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln S1 beidseits - Spondylarthrose

L5/S1 beidseits - beginnender ventraler Spondylose - chronisches Zervikothorakovertebralsyndrom bei ventraler Spondylose der HWS, linkskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule (BWS) - Status nach Morbus Scheuermann der mittleren BWS - Status nach Nierenstein links - s schwere depressive Entwicklung

Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem 10. Februar 2008 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 2). Es bestehe ein deutlich depressives Zustandsbild, wobei der Beschwerdeführer auf konservative Massnahmen nur wenig anspreche. Des Weiteren liege eine kyphoskoliotische Fehlhaltung der Wirbelsäule sowie eine stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS und LWS vor (S. 3 Ziff. 3.5). Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht mehr gebessert werden (S. 4 Ziff. 4.1-2). Aus medizinischer Sicht sei keine Umstellung zu prüfen (S. 6 Ziff. 5.2).

E. 4.4

Dr. F.____ nannte mit Bericht vom 10. Oktober 2008 (Urk. 5/65) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - s schweres lumbovertebrales Syndrom mit Diskushernie L5/S1 - s schweres Zervikothorakovertebralsyndrom - s schwere depressive Verstimmung in ständiger psychiatrischer Behandlung - Verdacht auf Meniskus links - Deformation der linken Kniezehe mit Dysästhesien im Bereich des Fusses links bei Verbrennung vor 20 Jahren

Seit dem 10. Februar 2008 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (S. 2 Ziff. 2). Der Gesundheitszustand sei stationär und könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (S. 4 Ziff. 4.1-2). Aus medizinischer Sicht sei keine Umstellung zu prüfen (S. 6 Ziff. 5.2).

E. 4.5

Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, L.____, informierte am 13. Oktober 2008 (Urk. 5/69 = Urk. 5/73) über das MRI des linken Knies. Es bestünden bis ins mittlere Drittel reichende Knorpelfibrillationen medial retropatellar entsprechend einer Chondromalazia patellae Grad II sowie ein schräg bis horizontal verlaufender Riss durch das gesamte laterale Meniskusvorderhorn mit horizontaler Rissausdehnung bis an die Area intercondylaris

anterior. Das laterale Meniskushinterhorn sowie der mediale Meniskus seien unauffällig. Ebenfalls unauffällig seien die Kreuz- und Seitenbänder sowie die Muskelsehnen. Es bestehe kein Gelenkserguss.

E. 4.6

Die Ärzte der E.____, Orthopädie, informierten mit Schreiben vom 15. Juni 2009 (Urk. 5/90/6-7) über die klinische Verlaufskontrolle in der Fussprechstunde

sechs Wochen postoperativ und stellten folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Clavus Exzision Exostose am Digitus (Dig .) V links mit/bei - Clavus DP-Gelenk Dig . V links - Spreizfuss in Superductus -Stellung Dig . V

Der Beschwerdeführer sei bezüglich der Clavus beschwerdefrei (S. 1). Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, da der Beschwerdeführer seit vier Jahren wegen einem Rückenleiden arbeitsunfähig sei (S. 2).

E. 4.8

Mit Austrittsbericht vom 6. Juli 2011 (Urk. 5/144) informierten die Ärzte der N.____ über die stationäre Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 26. Mai bis 16. Juni 2011 und stellten folgende Diagnosen (S. 2): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), DD: Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 beidseits mit sensomotorischem Ausfall S1 rechts bei Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln S1 beidseits - Spondylarthrose L5/S1 beidseits

Es habe sich ein erfreulicher Verlauf eingestellt. Der Beschwerdeführer habe aktiv am stationären Alltag teilgenommen und gute soziale Kompetenz gezeigt. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand bei fehlenden Hinweisen auf akute Fremd- und/oder Eigengefährdung in die ambulante Betreuung entlassen worden (S. 3).

E. 4.9

Mit Schreiben vom 12. April 2012 (Urk. 5/162) beantworteten die Ärzte der N.____ die von der Beschwerdegegnerin gestellten Zusatzfragen. Dabei gaben sie an, dass während der Zeit der stationären Behandlung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Für die Beurteilung der Anschlusszeit sei Kontakt mit den ambulanten Behandlern aufzunehmen (S. 1).

E. 4.10

Dr. J.____

gab mit Schreiben vom 29. April 2012 (Urk. 5/163/6-9) an, dass der Zustand des Beschwerdeführers nicht nur zunehmend chronifiziert sei, sondern sich das Zustandsbild auch verschlechtert habe. Es liege eine chronische depressive Entwicklung mit einem andauernden schweren und agitierten depressiven Zustandsbild mit Suizidalität, Ängsten und paranoid-projektiven Symptomen, die psychotisches Ausmass hätten, vor (am ehesten ICD-10 F32.2). Zudem sei eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.1 und F62.8) zu diagnostizieren (S. 1 f.). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Schwere der psychischen Symptome in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit begründe sich nicht aufgrund von psychosozialen Faktoren. Vielmehr seien die psychosozialen Störungen Folge der Erkrankungen (S. 3).

E. 4.11

Die Ärzte der A.____ erstatteten ihr psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 3. Dezember 2013 (Urk. 5/234). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten sie Folgendes auf (S. 20): - depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, chronifiziert mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - psychosoziale Belastungsfaktoren: - Persönlichkeitsakzentuierung mit misstrauisch-paranoiden und impulsiven Zügen (ICD-10 Z73)

Der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert gewesen. Allerdings ergebe sich der Eindruck, dass er sehr einfach strukturiert und intellektuell am unteren Rand des Normalbereichs angesiedelt sei. Der Beschwerdeführer habe diffuse, nicht situations- oder objektbezogene Ängste, hingegen keine Zwänge angegeben. Ein Anhaltspunkt für eine akute Suizidalität bestehe nicht. In der Persönlichkeit würden schliesslich misstrauische und impulsive Züge deutlich (S. 19).

Beim Beschwerdeführer liege eine depressive Stimmungslage mit deutlich verminderter affektiver Schwingungsbreite vor.

Daneben seien ein weitgehender Freude- und Interessenverlust sowie eine ausgeprägte Antriebsminderung zu verzeichnen. Zusätzlich kämen ein Verlust des Selbstwertgefühls, wiederkehrende Suizidgedanken, eine verminderte Konzentrationsfähigkeit sowie Schlafstörungen hinzu.

Insgesamt liege daher eine mittlere depressive Episode vor. Das somatische Syndrom sei aufgrund des Freudeverlusts, der mangelnden emotionalen Reaktionsfähigkeit, dem Früherwachen und dem Libidoverlust ausgewiesen. Da das depressive Zustandsbild seit Jahren dokumentiert sei, müsse von einer erheblichen Chronifizierung ausgegangen werden. Die affektive Erkrankung spiele sich auf dem Boden von misstrauisch-paranoiden und impulsiven Persönlichkeitszügen ab. Diese würden es dem Beschwerdeführer erschweren, mit Misserfolgen und Anpassungen an veränderte Lebenssituationen umzugehen. Die Persönlichkeitszüge seien jedoch nicht in einer Art und Weise ausgebildet, dass eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren wäre. Es lasse sich kein ausreichender Hinweis finden, dass das Leben des Beschwerdeführers von Jugend an primär durch diese Persönlichkeitsproblematik durchgängig und tiefgreifend negativ beeinflusst worden wäre (S. 21). Die gesundheitlichen Probleme hätten erhebliche psychosoziale Schwierigkeiten nach sich gezogen. Diese hätten nachvollziehbarerweise ihrerseits zu einer Verfestigung der affektiven Problematik beitragen. Die psychosozialen Probleme seien aber aus psychiatrischer Sicht nicht ursächlich für die Entstehung von Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit gewesen (S. 26).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig in einer Tätigkeit, die keine besonderen Anforderungen an Schnelligkeit, Präzision, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit oder Bewältigung sozialer Stresssituationen stelle und darüber hinaus seine berufliche Qualifikation beziehungsweise Erfahrung und seinen körperlichen Zustand berücksichtigen würde. Die angestammte Tätigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht als nicht mehr leidensgerecht einzustufen. Zudem seien Akkordbeziehungsweise Bandarbeiten, Wechselschichten oder Nachtschichten nicht mehr zu leisten. Die qualitativen und quantitativen Einschränkungen würden aus der geschilderten depressiven Symptomatik, insbesondere den Konzentrationsdefiziten, dem Antriebsmangel, dem verminderten Durchhaltevermögen, den eingeschränkten Kontakt- und Konfliktlösefähigkeiten sowie der Reduktion der allgemeinen psychischen Stabilität bei weitgehendem Fehlen von Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten resultieren (S. 24).

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes mit Wiederherstellung der vollschichtigen Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des dargestellten ungünstigen Verlaufs der affektiven Erkrankung, der inzwischen eingetretenen Chronifizierung und der verfestigten Regressionsneigung bei gleichzeitig kaum vorhandenen Ressourcen nicht zu erwarten.

Die Compliance in Bezug auf die Psychopharmakotherapie sei aufgrund des aktuell festgestellten guten Wirkspiegels des verordneten Antidepressivums als gegeben anzunehmen. Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten würden wenig aussichtsreich erscheinen. Die affektive Erkrankung habe sich über die Jahre langsam verschlechternd entwickelt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass die jetzige Einschätzung ab Frühjahr 2008 gelte (S. 25).

E. 4.12

Dr. D.____ führte mit Bericht vom 27. Dezember 2013 (Urk. 5/239) folgende Diagnosen mit Auswirkung en auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Osteochondrose mit Diskushernie L5/S1, Spondylarthrose L5/S1 - Spondylosis

deformans L1-L4 - chronisches Reizknie rechts bei medialer Meniskusläsion - chronisches Zervikothorakovertebralsyndrom bei Fehlhaltung und Fehl - belastung der Wirbelsäule - beginnende Femoropatellar ar throse links - depressive Entwicklung - fragliche Intelligenzminderung, DD: Pseudodemenz

Es liege eine deutlich verminderte körperliche und geistige Belastbarkeit vor. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 2 Ziff. 1.6-7). Es könne nicht mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (S. 3 Ziff. 1.9).

E. 4.13

Dipl. med. O.____ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD , gab mit Stellungnahme vom 27. Januar 2014 an, dass aus somatischer Sicht weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für ange passte Tätigkeiten und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätig keit angenommen werden könne.

Die körperlichen Befunde hätten sich seit 2007 kaum wesentlich verändert. In psychischer Hinsicht sei auf das Gutachten der A.____

abzustellen (S. 8 f.). 5. 5.1

In somatischer Hinsicht sind zwar seit der befristeten Renten zusprache im Jahr 2007 Kniebeschwerden hinzugekommen, so dass nicht von einem gänzlich un veränderten Befund seit 2007 ausgegangen werden kann. Hingegen liegen keine Anhaltspunkte vor, dass das chronische Reizknie rechts bei medialer Meniskus läsion eine quantitative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat . So sind ins besondere das laterale Meniskushorn, der mediale Meniskus, die Kreuz- und Seitenbänder sowie die Muskelsehnen unauffällig und es besteht kein Ge lenkserguss

(vorstehend E. 4.5) . Der Clavus wurde erfolgreich operiert und der Beschwerdeführer ist diesbezüglich beschwerdefrei (vorstehend E. 4.6). In Bezug auf die bereits im Jahr 2007 vorgelegenen somatischen Befunde

ist mit dem RAD-Arzt Dipl. med. O.____ davon auszugehen, dass sich diese kaum wesentlich verändert haben, weswegen eine anspruchserhebliche Veränderung in so matischer Hinsicht nicht ausgewiesen ist.

Aus den Berichten von Dr. D.____ (vorstehend E. 4.3, E. 4.12) und Dr. F.____

(vorstehend E. 4.4) lässt sich nichts Gegenteiliges ableiten. Beide Ärzte attes tierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, nahmen al lerdings keine quantitative Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer behinde rungsangepassten Tätigkeit vor. Den aktuellen Berichten von Dr. D.____ lässt sich im Übrigen auch nicht entnehmen, weshalb der Beschwerdeführer mehr eingeschränkt sein soll als noch im Jahr 2007, als sie ihn in einer adaptierten Tätigkeit als zu 50 – 100 % arbeitsfähig erachtete (vorstehend E. 3.4) . Daraus lässt sich schliessen, dass in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in eine r adaptierte n Tätigkeit keine wesentliche Veränderung vorliegt. Des Weiteren ist in den Be richten von Dr. D.____ und Dr. F.____ auch nicht zu erkennen, ob sich die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nur aus den somatischen Beschwer den ergibt , oder ob die aufgelisteten

psychiatrischen Diagnosen miteinbezogen wurden. So erwähnten Dr. D.____ und Dr. F.____ ein deutlich depressives Zustandsbild beziehungsweise eine schwere depressive Verstimmung. Damit be werten sie sich allerdings

ausserhalb ihrer jeweiligen Fachgebiete, was Zweifel an der Beweiskraft der Berichte aufkommen lässt. Zudem ist der Erfahrungstat sache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte auf grund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E . 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Im vorliegenden Fall ist ferner de r Umstand zu berücksichtigen, dass Dr. med. P.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, in seinem Schreiben vom 14. April 2009 (Urk. 5/83) erwähnte, dass eine Aktennotiz bezüglich eines Telefongesprächs mit Dr. D.____ vom

E. 7

Die Ärzte des M.____ informierten mit Schreiben vom 23. Juli 2009 (Urk. 5/104/1-7 = Urk. 5/1 06/1-7) über die tagesklinische Rehabilitationsbehandlung des Beschwerdeführers vom 29. April bis 26. Juni 2009 und stellten folgende Diagnosen (S. 1): - a gitierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - f ragliche Intelligenzminderung. DD: Pseudodemenz

Insgesamt sei es durch die Teilnahme des Beschwerdeführers am tagesklinischen Rehabilitationsprogramm zu einer Steigerung des Aktivitätsniveaus und der so zialen Kontakte gekommen. Die Schmerzen seien insgesamt unverändert geblie ben. Prognostisch ungünstig sei en die fortgeschrittene Chronifizierung , der un genügende Erfolg durch die bisherigen Therapien und die paranoide Verarbei tung von vielen sozialen Situationen (S. 4). Eine berufliche Wiedereingliederung erscheine zum jetzigen Zeitpunkt unrealistisch (S. 5).

E. 7.1

Es bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen zu prüfen, wobei die Beschwerdegegnerin selbst keinen neuen Einkommensvergleich vornahm.

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss dem seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltend machung des Leist ungsanspruches. Angesichts der Neua nmeldung bei der Be schwerdegegnerin am 2 2. August 2008 (Urk. 5/52) würde ein allfälliger Renten anspruch frühestens ab dem 1. Februar 2009 bestehen . Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegeben heiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2009, abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.3.1).

7.2

Bei der befristeten Rentenzusprache im Jahr 2007 stellte die Beschwerdegegnerin für die Bemessung des Valideneinkommens

auf die Angaben der Z.____ ab und ermittelte ein Valideneinkommen von Fr. 67'613.--. F ür die Bemessung des Invalideneinkommens zog sie die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) bei. Für die Zeit nach Ablauf der Wartefrist bis zum 30. Oktober 2006 be rechnete sie gestützt auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tä tigkeit und unter Berücksichtigung eines Tabellenabzugs von 20 % aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer nur noch leichte körperliche Tätigkei ten ausüben könne , ein Invalideneinkommen von Fr.

23'132.--. Die Erwerbseinkünfte des Beschwerdeführers entsprachen einem Invaliditätsgrad von 66 % gleich, weshalb dem Beschwerdeführer eine befristete Rente zugesprochen wurde. Da dem Beschwerdeführer ab dem 1. November 2006 eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zu mutbar war, betrug das Invalideneinkommen ab diesem Zeitpunkt Fr. 46'265.--, so dass sich ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von 32 % ergab (Urk. 5/30 S. 2, Urk. 5/31 S. 4, Urk. 5/44 S. 8). 7 . 3

Dem Arbeitszeugnis vom 30. Juni 2006 der Z.____ (Urk. 5/28/2) lässt sich entnehmen, dass die Abteilung Fassadenisolation infolge Umstrukturierung der Hochbauabteilung liquidiert worden und die Kündigung damit aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt sei. Aus den Akten ergibt sich allerdings auch, dass der Beschwerdeführer vor der erfolgten Kündigung per Ende Juni 2006 während mehr als neun Monaten aufgrund einer attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht arbeitstätig war (Urk. 5/9 S. 4 Ziff. 21). Es lässt sich dadurch schwer nachvollziehen, ob der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden weiterhin bei der Z.____ angestellt und für die Berechnung des Valideneinkommens somit auf deren Angaben abgestellt werden sollte. Allerdings ist auch zu berücksichtigen, dass das besagte Arbeitsverhältnis bereits sehr lange zurückliegt und der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben seither keiner Arbeit mehr nachgegangen ist (Urk. 5/234 S. 18 oben). 7 . 4

Unter diesen Umständen rechtfertigt es sich, sowohl für die Bemessung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der LSE abzustellen, wobei beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn (LSE 2008, S. 26, Tabellengruppe TA1, Total, Männer, Anforderungsstufe 4) zu ermitteln sind. Somit kann ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsunfähigkeit ohne Weiteres - unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn - auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_192 /2014 vom 23. September 2014 E. 3. 2 und

8C_45 0/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Aufgrund des aus somatischer als auch aus psychischer Sicht einschränkenden Belastungsprofils sowie der Tatsache, dass der Beschwerdeführer nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein kann (vgl. BGE 126 V 75 E. 5 , Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2) , erscheint vorliegend ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 % als angemessen.

Folglich ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 58 % ($100 \% - [0.5 \times 0.85] = 57.5 \%$) , womit dem Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2009 eine halbe Invalidenrente zu steht (vorstehend E. 1.1) .

Mit dieser Feststellung und in teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung somit aufzuheben. 8 . 8 . 1

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 ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Da der Beschwerdeführer bezüglich des Rentenanspruchs an sich obsiegt (vgl. nachstehend E. 8 . 2), sind die Kosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8 . 2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einem Beschwerdeführer in einem Beschwerdeverfahren eine geringere Teilrente als beantragt

zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteient schädigung , jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_466/2007 vom 2 5. Januar 2008 E. 5). Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Be schwerdeführer eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen, die gemäss Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversiche rungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeu tung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim bis Ende 2014 für Rechtsanwälte gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialver - sicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Juni 2014 aufgeho ben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2009 An spruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer

eine Prozessent schädigung von Fr. 2'100 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt George Hunziker - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Y.____ Vorsorge - 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 Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 10

Juli 2007 vorliege, worin diese angegeben habe, dass sie eine 100%ige Arbeits unfähigkeit nur bestätigt habe, weil der Beschwerdeführer so aggressiv gewor den sei und auf sie habe losgehen wollen (Urk. 5/83 S. 1).

Nach dem Gesagten ist in somatischer Hinsicht somit keine anspruchserhebliche Veränderung seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 6. April 2007 (Urk. 5/44) ausgewiesen, so dass weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit dem von Dr. G. ___ genannten Belastungsprofil auszugehen ist. Der Vollständigkeit halber ist darauf hinzu weisen, dass selbst wenn eine leichtgradige Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands aufgrund der neu ausgewiesenen Kniebeschwerden bejaht würde, dies keinen Einfluss auf das vorliegende Verfahren hätte . Eine Kumulation der einzelnen attestierten allfälligen Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer und psychischer Hinsicht bei Berücksichtigung der jeweiligen Belastungsprofile und dem Umstand, dass die psychischen Beschwerden klar im Vordergrund stehen, wäre nicht angezeigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.3.1). Daher kann im Sinne der antizipierten Beweis - würdigung

auch auf das vom Beschwerdeführer eventuell beantragte polydisziplinäre Gutachten (Urk. 1 S. 1) verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d). 5. 2

Für die Beurteilung in psychischer Hinsicht ist auf das Gutachten der A. ___ (vorstehend E. 4.11) abzustellen. Das Gutachten berücksichtigt e die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit wurden ausführlich begründet. Die Gutachter hielten insbesondere fest , dass sich für die vom M. ___ vermutete Intelligenzmin derung kein Hinweis gefunden habe und sich auch für eine manifeste Persön lichkeitsstörung oder eine andauernde Persönlichkeitsänderung keine ausreichenden Hinweise ergeben hätten. Die aufgrund des klinischen Befunds diagnostizierte gegenwärtige mittelgradige Episode wiesen sie ferner durch verschiedene Fremdbeurteilungsskalen nach. Schliesslich wurde ausdrücklich fest gehalten, dass sich die affektive Erkrankung über die Jahre langsam verschlechtert habe . Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.7) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf ab gestellt werden kann.

Demgemäss sind vorliegend als psychiatrische Diagnosen eine depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, chronifiziert mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) , sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit misstrauisch-paranoiden und impulsiven Zügen (ICD-10 Z73) ausgewiesen. 5.3

Es stellt sich im Folgenden allerdings die Frage, ob der ausgewiesene psychische Gesundheitsschaden eine Invalidität im Sinne von Art. 8 ATSG begründet (vorstehend E. 1.1-3).

Vorauszuschicken ist, dass die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, eine Rechtsfrage ist und damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden obliegt (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). Dabei gilt es zu beachten, dass ärztliche Gutachten und Berichte zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen haben und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde – der Verwaltung, oder im Streitfall, dem Gericht – obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist. 5. 4

Der Argumentation der Beschwerdegegnerin, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen eine hinreichende Erklärung fände und daher keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen vermöge (vorstehend E. 2.1), ist entgegen zu halten, dass auch wenn die seit Jahren vorhandenen ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung des depressiven Beschwerdebildes mitverantwortlich sein mögen, klar ein verselbständigter psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. So wurde im Gutachten der

A. ___ ausdrücklich festgehalten, dass die psychosozialen Probleme nicht ursächlich für die Entstehung von Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit gewesen seien (Urk. 5/234 S. 26). Bei der diagnostizierten Persönlichkeitsakzentuierung mit misstrauisch-paranoiden und impulsiven Zügen handelt es sich zwar um eine Z-Diagnose, die als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fällt (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4). Gleichwohl ist sie geeignet, die Auswirkungen des depressiven Zustandsbildes negativ zu beeinflussen. Die seitens der Gutachter gewählte Bezeichnung der Persönlichkeitsakzentuierung als psychosozialer Belastungsfaktor (vgl. Urk. 5/234 S.20) darf nicht zur Argumentation der Beschwerdegegnerin führen, dass die depressive Episode in den psychosozialen Umständen hinreichende Erklärung finde. Dies widerspricht klar den Schlussfolgerungen des Gutachtens. In Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vorstehend E. 1.3) kann der Argumentation der Beschwerdegegnerin daher nicht gefolgt werden. 5. 5

Es ist indessen stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen (vorstehend E. 1.1-2), wobei mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten (Urteile des Bundesgerichts 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2, 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 und 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2). Ein Rentenanspruch kann grundsätzlich nicht entstehen, solange zumutbare therapeutische und andere schadenmindernde Vorkehren nicht ausgeschöpft werden. Solange durch eine tatsächlich realisierbare Veränderung der für die gesundheitliche Situation bedeutsamen Rahmenbedingungen eine wesentliche Verbesserung des (psychischen) Gesundheitszustandes und damit der dadurch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bewirkt werden kann, liegt kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes vor. Allerdings bedingt diese Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterkrankung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.2). Dies folgt aus dem Grundsatz der Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht.

Im Gutachten der A. ___ ist festgehalten, dass keine Erkrankung aus dem somatoformen Formenkreis vorliegt (Urk. 5/234 S. 25), so dass es sich bei der diagnostizierten psychischen Störung um ein selbständiges depressives Leiden handelt. Der Beschwerdeführer befand sich vom 29. April bis 26. Juni 2009 sowie vom 26. Mai bis 16. Juni 2011 in stationärer psychiatrischer Behandlung (vorstehend E. 4.7-8). Seit April 2008 wird er von Dr. J. ___ therapiert, wobei sich der Untersuchungsrhythmus den Akten nicht entnehmen lässt. Dem Gutachten der A. ___ ist ferner zu entnehmen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes aufgrund des ungünstigen Verlaufs der affektiven Erkrankung, der inzwischen eingetretenen Chronifizierung und der verfestigten

Regressionsneigung bei gleichzeitig kaum vorhandenen Ressourcen nicht zu erwarten sei. Die Fortsetzung der ambulanten psychiatrischen Behandlung und der Psychopharmakotherapie erhalte lediglich den derzeitigen Stand von Leistungsfähigkeit und Lebensqualität. Die Compliance in Bezug auf die Psychopharmakotherapie sei aufgrund des aktuell festgestellten guten Wirkspiegels des verordneten Antidepressivums als gegeben anzunehmen (vorstehend E. 4.11). Nach dem Gesagten ist demnach von einer konsequenten Depressionstherapie auszugehen. Somit kann der psychiatrischen Diagnose nicht einfach die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden, zumal es sich nicht lediglich um eine depressive Episode, sondern um eine chronifizierte depressive Störung handelt. 5. 6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht eine behinderungsangepasste, körperlich leichte

Tätigkeit ohne regelmässiges Tragen von Lasten über 15

kg und ohne monotone beziehungsweise repetitive Arbeitsgänge weiterhin zu 100 % zumutbar ist. In psychischer Hinsicht ist sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten der A.____ abzustellen und somit ab dem Frühjahr 2008 von einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen, wobei diese keine besonderen Anforderungen an Schnelligkeit, Präzision, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit oder Bewältigung sozialer Stresssituationen (beispielsweise Publikumsverkehr, Kundenkontakt) stellen sollte. Zudem sind Akkord- beziehungsweise Bandarbeiten, Wechselschichten oder Nachtschichten nicht mehr zu leisten. Die angestammte Tätigkeit im Fassadenbau ist als nicht mehr leidensgerecht einzuschätzen. 6.

Beim im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 49-jährigen Beschwerdeführer ist trotz der vorliegenden somatischen und psychischen Einschränkungen die Verwertbarkeit der attestierten Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu bejahen. Hierbei handelt es sich um einen theoretischen und abstrakten Begriff, der die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt. Er umfasst in wirtschaftlich schwierigen Zeiten auch tatsächlich nicht vorhandene Stellenangebote und sieht von den fehlenden oder verringerten Chancen gesundheitlich Beeinträchtigter, tatsächlich eine zumutbare und geeignete Stelle zu finden, ab. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen. Das Bundesgericht hat wiederholt darauf hingewiesen, dass körperlich leichte, wechselbelastende und vorwiegend sitzende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt gerade in Form von Teilzeitstellen durchaus vorhanden sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_806/2012 vom 12. Februar 2013 E. 5.2.1 und 8C_489/2007 vom 28. Dezember 2007 E. 4.1). Zudem ist zu berücksichtigen, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_673/2012 vom 16. Mai 2013 E. 4.3). Erst wenn ein entsprechender Arbeitsplatz als absoluter Glücksfall anzusehen ist und wo aufgrund entsprechender Einschränkungen ein entsprechender Arbeitsplatz nicht ohne weiteres gefunden werden kann, ist von der wirtschaftlichen Unverwertbarkeit einer attestierten Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2007 vom 28. Dezember 2007 E. 4.1).

7.

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