

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00901 vom 13. Oktober 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00901

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00901 du 13 octobre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00901 del 13 ottobre 2015

Erwägungen

E. 1

).

E. 1.0

%

im Jahr 2011 und von 0.8 %

im Jahr 2012 (Die Volkswirtschaft 4-2012, S. 95 Tabelle B 10.2, Nominal Total) sowie des noch möglichen Arbeitspensums von 80 %

ein Invalideneinkommen von rund Fr. 49'936.--

im Jahr 2012 (Fr. 4' 901 .-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.010 x 1.008 x 0.8). 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerthen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Bereits im Urteil vom 20. Januar 2011 wurde festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin mit dem von ihr damals gewährten leidensbedingten Abzug von 20 % bei den nicht besonders erheblichen Einschränkungen des Beschwerdeführers das ihr zustehende Ermessen bis zum Limit ausgeschöpft habe (vgl. Urk. 8/187 E. 4.6).

Wird die Frage nach einer anspruchrelevanten Veränderung des Sachverhalts im Sinne einer revisionsbegründenden erheblichen Gesundheitsveränderung wie vorliegend bejaht, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9, BGE 117 V 198

E. 4b S. 200; Urteile 9C_378/2014 vom 21. Oktober 2014 E. 4.2; 9C_226/2013 vom 4. September 2013).

Dem Umstand, dass nur noch leichte angepasste Tätigkeiten ausgeführt werden können, wurde schon damit genügend Rechnung getragen, dass zur Berechnung des Invalideneinkommens auf den Durchschnittslohn für Hilfsarbeiten abgestellt wurde. Ein diesbezüglich zusätzlicher Abzug erscheint nicht gerechtfertigt. Aufgrund des Umstandes, dass der Beschwerdeführer lediglich noch Teilzeitarbeit leisten kann, erweist sich ein Abzug von 10 %

als

gerechtfertigt. 6.6

Demnach resultiert ab September 2009 bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 63'305.-- und bei dem zu diesem Zeitpunkt noch möglichen Arbeitspensum von 50 % sowie des maximal zu gewährenden leidensbedingten Abzuges von 10 % ein Invalideneinkommen von rund Fr. 27'557.-- (Fr. 30'619.-- x 0.9) und damit eine Einkommenseinbusse von Fr. 35'748.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 56 % entspricht.

Davon ausgehend, dass der Beschwerdeführer ab Juni 2012 in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist, resultiert unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ein mögliches Invalideneinkommen von rund Fr. 44'942.--

(Fr. 49'936.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 64'965.-- ergibt dies eine Einkommenseinbusse von Fr. 20'023.--, was einem rentenan spruchsausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 31 % entspricht.

Demzufolge besteht in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

ein von 1. September 2009 bis Ende September 2012 (Juni 2012 zuzüglich drei Monate) befristeter Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Danach besteht ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 31 % kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

7.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 23. Juli 2014 (Urk. 2/1-2) dahingehend abzuändern, dass ein vom 1. September 2009 bis 30. September 2012 befristeter Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente besteht. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 8.8.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss zu einem Drittel der Beschwerdeführerin und zu zwei Dritteln dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. 8.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht dem Beschwerdeführer eine um zwei Drittel reduzierte Prozessentschädigung zu, die beim bis zum 31. Dezember 2014 massgebenden praxismässigen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Juli 2014 dahin gehend abgeändert, dass der Beschwerdeführer einen vom 1. September 2009 bis 30. September 2012 befristeten Anspruch auf eine halbe Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu zwei Dritteln dem Beschwerdeführer und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage des Doppels von Urk. 5 und je einer Kopie von Urk. 6/1-2 - 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
Mosimann
Schucan

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).

E. 1.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinns und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisschwer belastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 1.3

Gemäss dem obgenannten Entscheid des Bundesgerichts führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Weiteren nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitseinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe

nach BGE 131 V 49

standhält.

Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns (dazu BGE 140 V 193

E. 3.3 S. 197) ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49

E. 1.2) . Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin .

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer aus gewissen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294

E. 5a S.

299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E.

E. 1.4

und Ziff. 1.7). Alle drei bis vier Wochen fände eine Sitzung statt , und es werde eine Pharmakotherapie durchgeführt (Ziff. 1.5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe seit dem 15. Oktober 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die freie Wirtschaft, dies aufgrund der chronischen Depression, von Konzentrationsstörungen und rascher Erschöpfung. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar ; in geschütztem Rahmen sei, um aus der sozialen Isolation herauszukommen, eine sitzende Tätigkeit im Umfang von 40-50 % möglich (Ziff. 1.7). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit seien die Fuss- und Rückenprobleme sowie die mit der Depression verbundenen Probleme, welche seit 2008 bestünden, zu beachten (Ziff. 3). 4 .4

Dr. med. B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und Dr. med. C.____ , Facharzt für Rheumatologie, erstatteten am 29. Juni 2012 ihr interdisziplinäres Gutachten (Urk. 8/221 /3-24) . Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. III): - Trauma linker Fuss mit atypischer Malleolarfraktur links distal der Fibula Typus A mit Absprengung eines Knorpel-Flakes an der lateralen Kante des Talus und Abriss des Ligamentum deltoideum , 27. Februar 2002 - aktuell: leichtgradige Arthrose im OSG links antero-lateral - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und familiäre und finanzielle Schwierigkeiten, gemäss psychosomatis ch-psychiatrischer Begutachtung

Als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, nicht ausreichend somatisch abstützbar, bei diffuser Druckschmerzangabe, nicht-dermatom-bezogenen Sensibilitätsstörungen im linken Bein und passager nicht-myotom bezogene Parese des ganzen linken Beines, Polyarthralgien, und ein Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf (S. 11 Mitte) .

Weiter nannten sie eine diffuse idiopathische skeletale Hyperostose mit thorakaler Bewegungseinschränkung, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas mit einem BMI von 30.3 kg/m², anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom sowie einen Verdacht auf subklinische Hypothyreose (S. 11 Ziff. III) . 4.5

In ihrer interdisziplinären Beurteilung (Urk. 8/221/1-2) führten die Gutachter aus, aus somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten für die früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten als Maurer und als Gipser seit dem Unfall vom 27. Februar 2002 aufgrund der Unfallfolgen vollständig eingeschränkt. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, seit dem Ende der postoperativen Rehabilitationsphase nach der Metallentfernung und damit, bei grosszügiger Auslegung, seit Ende 2003 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr formuliert werden (S. 1) .

Aus psychiatrischer Sicht könne darauf hingewiesen werden, dass sich seit Juni 2011 eine Verlagerung der psychischen Beschwerden in die psychosomatische Problematik eingestellt habe. Die Arbeitsunfähigkeit habe von Juni 2009 bis Ende Mai 2011 40 % betragen. Die depressive Episode habe sich seither verbessert. Eine genügende medikamentöse Behandlung vorausgesetzt, ergebe sich in Hinsicht auf die frühere berufliche Tätigkeit aber auch in Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit seither eine Einschränkung von 30 % . Die interdisziplinäre Beurteilung zeige eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit als Maurer. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne vollumfänglich auf den psychiatrisch-psychosomatischen Gesichtspunkt abgestellt werden (S. 1 f.). 4.6

Im Gutachten (Urk. 8/221/3-24) führte Dr. C. ___ aus, in der klinischen Untersuchung imponierten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen des linken Beines, passager demonstrierte nicht-myotombezogene Kraftabschwächungen des linken Beines, diffuse Druckschmerzen im Bereich des linken Fusses, ein unspezifisches Schonhinken des linken Beines, eine leichtgradige Bewegungseinschränkung des linken OSG, eine leichtgradige Muskelhypotrophie des linken Unterschenkels und eine Adipositas (S. 11 Ziff. IV).

Während der klinischen Untersuchung habe die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik zugenommen, und es seien 5 der 5 Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht-organisch abstützbare Beschwerden nachweisbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe ein unspezifisches Schonhinken des linken Beines präsentiert, das weder lumbogen, noch coxogen noch genuen, noch pedugen abgestützt werden könne, und welches sofort den Charakter gewechselt habe, wenn der Versicherte von einer Vorwärts- in eine Rückwärtsbewegung gewechselt habe (S. 12 oben).

Die Schmerzen könnten laut Versicherten seit Sommer 2003 kommen und gehen, wie sie wollten. Seither hätten die durchgeführten Therapiemassnahmen nicht mehr geholfen. Die verschiedenen schmerz- und entzündungshemmend wirkenden Medikamente hätten die Schmerzzunahme nicht verhindern können. Die Physiotherapie habe nicht geholfen. Wegen dieser Schmerzen sei gemäss dem Versicherten auch ein von der Invalidenversicherung vermitteltes Belastungstraining gescheitert. Mit diesen Beschwerden könne sich der Versicherte das erneute Ausüben einer beruflichen Tätigkeit nicht mehr vorstellen (S. 13

unten f.). Dr. C.____ führte aus, diese erwähnten Aspekte wiesen seit dem Sommer 2003 auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, insbesondere wenn man berücksichtige, dass der Placebo-Effekt auf der visuellen Analog-Skala 4 bis 5 Punkte ausmachen könne und dass somatisch abstützbare Beschwerden mit eindeutig schmerzverstärkenden respektive schmerzlindernden Mechanismen einhergingen, was nicht bedeute, dass beim Versicherten keine somatisch-pathologischen Befunde vorliegen könnten (S. 14 oben).

Im Bereich der Wirbelsäule schildere der Versicherte die Bewegung aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet würden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolge, in der die Bewegungssegmente entlastet seien. Dr. C.____ führte aus, dies weise auf vordergründig nicht-somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn für diese sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden.

In der klinischen Untersuchung der Wirbelsäule sei cervical und lumbal keine Bewegungseinschränkung festzustellen und thorakal eine zu einem Drittel eingeschränkte Bewegungsamplituden zu objektivieren (S. 14 Mitte).

Dr. C.____ führte aus, wenn er die Befunde im Bereich der Wirbelsäule, die er anlässlich der aktuellen Begutachtung objektivieren könne, mit denjenigen, die in den somatisch orientierten Teilgutachten der Akademie Y.____ vom 23. Juli 2008 beschrieben worden seien, vergleiche, könne er keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bestätigen. Bezüglich dieser Einschätzung berücksichtige er, dass im neurologischen Teilgutachten vom 28. April 2008 und im rheumatologischen Teilgutachten vom 20. Juni 2008 noch keine Bewegungseinschränkungen thorakal beschrieben worden seien, welche jedoch,

isoliert betrachtet, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten (S. 15 Mitte).

Im Bereich der Füße könne er ausschliesslich linksseitig eine leichtgradige und diffuse Verdickung der Gelenkkapsel des OSG bestätigen

(S. 15 unten). Die vom Versicherten als diffus geschilderten Druckschmerzen im Bereich des linken OSG korrelierten nicht mit einem somatisch-pathologischen Befund wie Überwärmung oder einer Tendovaginitis.

Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der oberen und unteren Sprunggelenke dokumentierten rechtsseitig normale Befunde und linksseitig, im Vergleich zu den mitgebrachten Voraufnahmen seit dem 13. Juni 2003, stationäre Befunde mit posttraumatischen Veränderungen und mit einer leichtgradigen Arthrose des OSG anterolateralseits. Die übrigen Fussstrukturen kämen radiologisch altersentsprechend normal zur Darstellung (S. 16 oben).

Dr. C.____ führte aus, wenn er die Befunde im Bereich der unteren Extremitäten, die er anlässlich der aktuellen Begutachtung objektivieren könne, mit den

Angaben, die in den somatisch orientierten Teilgutachten der Akademie Y.____ beschrieben worden seien, vergleiche, könne er eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigen. So habe sich die Bewegungseinschränkung, die im rheumatologischen Teilgutachten von

2008 im Bereich des linken OSG beschrieben worden sei, zurückgebildet. Es bestehe keine Verkürzung der dorsalen Oberschenkelmuskulatur mehr. Die Plegie für die Dorsalextension der Kleinzehe links sei offensichtlich im Anschluss an die Metallentfernung vom 16. Juni 2003 aufgetreten. Konsekutiv habe sich die diskrete Muskelhypotrophie im Unterschenkel links entwickelt. Mit diesen Befunden könne für eine angepasste Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 16 Mitte).

Dr. C.____ führte weiter aus, insgesamt beurteile er die vom Versicherten geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektiven vierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren.

Der im Y.____-Gutachten getroffenen Einschätzung, dass die früheren beruflichen Tätigkeiten des Beschwerdeführers als Gipser und Mauer nicht mehr zumutbar seien, könne gefolgt werden (S. 17 Mitte).

Im rheumatologischen Teilgutachten von 2008 sei für eine angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % wegen dem vermehrten Zeitaufwand für die Erholung und wegen des Pain-Coping begründet worden. In diesem rheumatologischen Teilgutachten sei dem Versicherten nicht die Möglichkeit gegeben worden, seine Beschwerden in Bezug zu einer visuellen Analogskala darzulegen, so dass es dem damals begutachtendem Rheumatologen nicht möglich gewesen sei, eindeutig zwischen somatisch und vordergründig nicht-somatisch abstützbaren Beschwerden abzugrenzen (S. 17 f.). Die im rheumatologischen Teilgutachten von 2008 beschriebene Bewegungseinschränkung des linken OSG habe sich unterdessen im Ausmass zurückgebildet. Aufgrund dieser Aspekte und der unterdessen eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes könne er nicht mehr vollumfänglich an der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit festhalten, die im rheumatologischen Teilgutachten respektive im Y.____-Gutachten von 2008 formuliert gewesen sei (S. 18 Mitte). 4.7

Dr. B.____ führte in seiner psychiatrischen Beurteilung (Urk. 8/221/25-38) aus, währendem die Schmerzen beim Beschwerdeführer schon früh ein starkes Ausmass angenommen hätten und nicht mehr zurückgegangen seien, habe er sich psychisch noch lange Zeit gut halten können. Gemäss seinen Angaben sei er ab 2007 in Verstimmungen geraten und von Zukunftsängsten geplagt worden. Bereits zur Zeit der Begutachtung in Basel seien die seelischen Probleme relativ schlimm gewesen. Etwas später habe er bei pract. med. Z.____ die Behandlung aufgenommen, welche er bis heute ein- bis zweimal pro Monat weiterführe. Seit Sommer 2011 gehe es besser (S. 4 Mitte). Familiäre Probleme würden jeweils vorübergehend zu Verstärkungen der Beschwerden führen. Im März 2012 habe er mit der Familie in eine grössere Wohnung ziehen müssen. Als Folge davon müsse die Ehefrau mehr arbeiten, was wiederum eine Kürzung der Ergänzungsleistungen mit sich bringe. Das ganze Geld laufe über den Sozialdienst. Sein Tagesablauf sei regelmässig. Habe er gut geschlafen, stehe er bereits um 6.00 Uhr auf. Wenn er schlecht geschlafen habe, bleibe er bis 9.00 Uhr im Bett. Er esse dann etwas und kümmere sich um die Kinder (S. 4 f. unten). Er koche immer noch gerne. Im Sommer sei er regelmässig im Schwimmbad anzutreffen. In der Nähe lebten mehrere Familienmitglieder und er pflege mit seinen Freunden enge Kontakte. Er fahre häufig Auto, wobei er mangels eigenem Auto dasjenige

des Bruders benützen könne. Seine Ferien verbringe er im Kosovo, jedes Jahr etwa vier Wochen. Er glaube nicht, wieder arbeiten zu können, die Schmerzen würden dies verhindern (S. 5 oben).

Dr. B. ___ führte aus, ausschlaggebend für die Aufgabe der Arbeitstätigkeit seien körperliche Probleme gewesen. Der Versicherte habe zwei Arbeitsunfälle erlitten, welche teilweise Frakturen mit sich gebracht hätten. Trotz intensiven Behandlungen habe der Versicherte keinen Rückgang der Schmerzsymptomatik gezeigt, vielmehr sei es im Laufe der Jahre zu einer deutlichen Verstärkung derselben gekommen. Heute verspüre er in vielen Körperteilen Schmerzen, was ihn bei seiner Lebensführung erheblich einschränke.

So weit die Beschwerden nicht somatisch erklärt werden könnten, zeige der Versicherte Hinweise für das Vorliegen einer psychosomatischen Überlagerung. Er sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung (S. 6 lit. B).

Auffallend sei, dass Lebensprobleme und Wetterwechsel zu einer Verstärkung der Schmerzen führten. Diese bildeten oft den Hauptfokus seines Interessens. Zusammenfassend sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorhanden. Diese habe sich seit Sommer 2011 verstärkt.

Dem Beschwerdeführer hätten ab 2007 seine Lebensprobleme zunehmend zuzunehmen. Insbesondere sei er mit der Familie in Schwierigkeiten geraten, indem er nervös und aggressiv reagiert, herumgeschrien und dann an Schuldgefühlen gelitten habe. Die finanzielle Problematik habe ihn bedrückt (S. 7 oben). Ab 2008 habe er Verstimmungen gezeigt, und am Spital D. ___ sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer habe in der Folge eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen. Da er gute Deutschkenntnisse habe, könne die durchgeführte Behandlung als geeignet angesehen werden. Er erhalte Psychopharmaka, derer Spiegelwert von Remeron habe im Referenzbereich gelegen, derjenige von Seroquel liege deutlich darunter, was bedauerlich sei, da der Versicherte so nicht von der beruhigenden Wirkung dieses Medikamentes profitieren könne (S. 7 Mitte).

Dr. B. ___ führte aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Besprechung vom 18. Juni 2012 eine Symptomatik gezeigt, welche auf eine leichte depressive Episode hinweise. Er sei mürrisch, phasenweise verstimmt, zwischendurch aber auch in ausgeglichener Stimmungslage. Eine Suizidalität sei nicht vorhanden. Auch eine Selbstwertproblematik finde sich nicht und die Konzentration sei gut. Die Lebensaktivitäten seien erhalten geblieben. Der Tagesablauf sei regelmässig, und die sozialen Kontakte bestünden weiterhin. Im Weiteren fahre er Auto und sei auch fähig, längere Ferien in seinem Heimatland zu verbringen. Dies alles lasse sich nicht mit einer bedeutenden Depressivität in Übereinstimmung bringen. Es könne auch die eher selten stattfindende ambulante psychiatrische Behandlung als Indiz dafür angesehen werden, dass sich der Beschwerdeführer nicht deutlich psychisch krank fühle (S. 7 unten f.). Zudem nehme er die ihm abgegebenen Psychopharmaka nicht in ausreichender Dosierung ein. Letztmals sei im Juni 2011 eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Es sei seither zu einer Verbesserung gekommen.

Es gebe auch ungünstige krankheitsfremde Faktoren wie langjährige Phasen von Arbeitsuntätigkeit, familiäre Schwierigkeiten und finanzielle Probleme. Der Versicherte habe innerlich mit der Arbeitswelt abgeschlossen und sei nicht motiviert, seine

Restarbeitsfähigkeit auszuüben (S. 8 oben) .

Hinsichtlich der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung liege beim Beschwerdeführer eine psychische Komorbidität von leichtem Ausmass vor. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung schränke den Beschwerdeführer lediglich in der angestammten, nicht aber in einer angepassten Tätigkeit ein, und die soziale Integration sei nicht verloren gegangen (S. 8 unten). Auch bestehe keine auffällige prämorbid Persönlichkeitsstruktur. Dagegen sei die Schmerzproblematik progredient und chronifiziert. Damit träfen zwar mehrere Kriterien zu, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit zu mehr als 30 % eingeschränkt sei. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass die psychische Komorbidität nicht schwergradig sei (S. 9 oben).

Dr. B.____ führte aus, im Gutachten des Spitals D.____ von 2008 sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Diese Diagnosestellung erstaune etwas, da mit grosser Wahrscheinlichkeit eine depressive Reaktion vorgelegen habe, hätten doch gewisse Gründe dazu geführt, dass der Versicherte depressiv geworden sei. Es müsse aber davon ausgegangen werden, dass das Persistieren der Depressivität unterdessen tatsächlich im Sinne einer negativen Eigendynamik zu einer depressiven Episode geführt habe. Der behandelnde Psychiater pract. med. Z.____ übernehme die Diagnosen, welche am Spital D.____ gestellt worden seien. Von der mittelgradigen depressiven Episode könne keine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden, vielmehr liege die Arbeitsfähigkeit bei mittelgradigen depressiven Episoden bei etwa 50 % .

Erstaunlicherweise berücksichtige pract. med. Z.____ die unübersehbare und deutlich ausgeprägte Schmerzproblematik im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht (S. 13 unten). Zudem verwende er nebst der Depression auch somatische Probleme, um die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen, was für einen Psychiater nicht zulässig sei (S. 14 oben). 4. 8

Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 22. Mai 2014 (Urk. 8/252) nach gleichentags durchgeführtem MRI des linken OSG aus, bei einem Status nach ausgeprägtem Trauma im OSG bestehe eine mittel- bis hochgradige Arthrose im OSG, lateral betont. Es fänden sich eine hochgradige Verdickung der lateralen kollateralen Ligamente und der anterioren Syndesmose, posttraumatische Verknöcherungen im tiefen Blatt des Ligamentum deltoideum und ein verdicktes oberflächliches Blatt. Es bestehe eine leichtgradige Tendinopathie der Sehne des Musculus peroneus longus. 4. 9

Pract. med. Z.____ nannte auch in seinem Bericht vom 22. September 2014 (Urk. 6/2) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.11 (S. 1) . In sitzender Tätigkeit sei der Beschwerdeführer etwa 20 % arbeitsfähig in stressfreier Arbeitsatmosphäre, da die Konzentration durch die Depression eingeschränkt sei. Am ehesten komme eine etwa 20%ige im Sitzen auszuübende Tätigkeit im geschützten Rahmen in Frage. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei der Patient jedoch nicht vermittelbar (S. 1 Ad 3). Der Gesundheitszustand habe sich im Verlauf der Behandlung nicht verbessert (S. 1 Ad 4).

Die psychische und somatische Situation des Patienten habe sich seit 2008, also seit dieser sechsjährigen Behandlungszeit, und trotz verschiedener medikamentöser Therapieansätze chronifiziert und kaum verbessert. In Anbetracht der psychischen und physischen Chronifizierung, des langen Arbeitsausfalles, des Alters des Patienten und dem

ausdrücklichen Mangel an Flexibilität und Belastbarkeit in jeglicher Hinsicht, bleibe es ein frommes Wunschdenken, wenn man davon ausgehe, dass der Patient eine reale Chance auf dem ersten Arbeitsmarkt habe (S. 1 Ad 5). 5 . 5 .1

Ausgangspunkt für die Beurteilung der Frage, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem mit Urteil vom 20. Januar 2011 bestätigten Verfügungen vom 18. Juni 2009 (Urk. 8/165/10-14) und 7. August 2009 (Urk. 8/165/17-18) in rentenrevisionsrelevanter Weise verändert hat, bildet das Y.____ - Gutachten vom 23. Juli 2008,

ergänzt am 11. Dezember 2009 (vorstehend E. 3).

Die Beschwerdegegnerin ging nun in der hier angefochtenen Verfügung gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. B.____ vom Juni 2012 (vorstehend E. 4.4)

davon aus, dass seit September 2009 aus psychischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden habe, jedoch ab Juni 2011 diesbezüglich eine Verbesserung eingetreten sei, sodass zu diesem Zeitpunkt lediglich noch die Einschränkung aus somatischer Sicht bestanden habe. Gestützt auf das Teilgutachten von Dr. C.____

vom Juni 2012 (vorstehend E. 4.4) ging die Beschwerdegegnerin dann ab Zeitpunkt der Begutachtung von einem verbesserten Gesundheitszustand und damit vom Wegfallen der bisherigen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (vgl. vorstehend E.

E. 2

/1-2) und beantragte, es sei ihm ab 1. September 2009 eine unbefristete Dreiviertelsrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 24. September 2014 (Urk. 5) reichte er weitere Unterlagen (Urk. 6/1-2) ein.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2014 (Urk.

E. 2.0

% in den Jahren 2008 und 2009 (Die Volkswirtschaft 1/2-2010, S. 95 Tabelle B 10.2, lit. F und Die Volkswirtschaft 4 2011, S. 91 Tabelle B 10.2, lit. F) ein Valideneinkommen von rund Fr. 63'305.-- im Jahr 2009 (Fr. 56'815.-- x 1.016 x 1.010 x 1.004 x 1.011 x 1.011 x 1.017 x 1.020 x 1.020).

Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2010, von 1.0 % im Jahr 2011 und von 0.9 % im Jahr 2012 (Die Volkswirtschaft 6 2012, S. 95 Tabelle 10.2 lit. F, Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89, Tabelle B 10.2 Ziff. 45-96) ergibt sich ein Valideneinkommen von rund Fr. 64'965.-- im Jahr 2012 (Fr. 63'305.-- x 1.007 x 1.010 x 1.009). 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die

standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, wes halb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).
6.4

Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Das im Jahr 2008 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'806.-- (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr, bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 88 Tabelle B 9.2, Total), unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2.1 % (Die Volkswirtschaft 6 -2012, S. 95 Tabelle B 10.2, Nominal Total) und des noch möglichen Arbeitspensums von 50 %

rund

Fr. 30'619.-- für das Jahr 2009 (Fr. 4'806.-- : 40 x 41.6 x 12 x 1.021 x 0.5).

Weiter resultiert ausgehend von dem im Jahr 2010 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielten Einkommen von Fr. 4'901.-- (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA1, Total, Niveau 4), umgerechnet auf ein Jahr, bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 88 Tabelle B 9.2, Total), unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von

E. 2.1

). 5.2

Dr. C.____ erachtete in seinem rheumatologischen Gutachten (vorstehend E. 4.6)

nach Untersuchung des Beschwerdeführers Mitte Juni 2012, gleich wie der Kreisarzt der SUVA Dr. A.____ im November 2009 (vgl. vorstehend E. 4.2),

den Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit für zu 100 % arbeitsfähig, dies bereits seit dem Jahre 2003.

Die von Dr. C.____

seit dem Y.____ -Gutachten vom Juli 2008

aufgeführte Verbesserung des Gesundheitszustandes sah er im Wesentlichen in einer erhöhten Beweglichkeit des linken OSG begründet. Die Bewegungseinschränkungen des linken OSG waren jedoch nicht ursächlich für die im rheumatologischen Teilgutachten der Akademie Y.____ attestierte 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sondern der dem Beschwerdeführer zugestandene vermehrte Zeitaufwand für Erholung und Pain-Coping (vgl. vorstehend E. 3.4).

Hierzu führte Dr. C.____ aus, diese

attestiert Einschränkung resultiere alleine daraus, dass im rheumatologischen Teilgutachten der Akademie Y.____

keine genügende Abgrenzung zwischen somatisch und vordergründig nicht-somatisch abstützbaren Beschwerden vorgenommen worden sei .

Insgesamt lässt

das rheumatologische Teilgutachten von Dr. C.____ vom Juni 2012 nicht auf einen seit Begutachtung der Akademie Y.____ im Jahre 2008 verbesserten somatischen Gesundheitszustand schliessen , sondern es handelt sich lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleichgebliebenen Zustand es.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes respektive der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

lässt sich auch dem Bericht von Dr. E.____ (vorstehend E. 4.8) nach am 22. Mai 2014 durchgeführtem MRI des OSG nicht entnehmen, hingegen relativiert er die von Dr. C.____ festgestellte verbesserte Beweglichkeit des OSG.

Demnach ist weiterhin von der im Y.____ - Gutachten vom Juli 2008 attestierten 20%igen Einschränkung aufgrund der somatischen Beschwerden auszugehen. 5.3

Betreffend die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes kann im Folgenden auf das psychiatrisches Gutachten von Dr. B.____ , welches die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.7) erfüllt, abgestellt werden (vorstehend E. 4.7) .

Dagegen stellen die vorliegenden Berichte des behandelnden Psychiaters pract. med. Z.____ (vorstehend E. 4.1, E. 4.3 und E. 4.9) - wie bereits in den Urteilen vom 20. Januar 2011 und vom 9. Februar 2012 (vgl. Urk. 8/187 E. 4.4 und Urk. 8/212 E. 3.3) festgehalten - keine verlässliche Grundlage zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers dar . So mangelt es an einer objektiver Befunderhebung und einer angesichts der Diagnosestellung

und Frequenz der Therapiesitzungen nachvollziehbaren attestierten Arbeitsunfähigkeit. Zudem fand bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit - wie von Dr. B.____

zu Recht gerügt - eine Vermischung von somatischen und psychiatrischen Problemen statt.

Entgegen der Ansicht des behandelnden Psychiaters ging Dr. B.____ von einem ab Juni 2011 verbesserten Gesundheitszustand insofern aus, als sich die depressive Symptomatik verbessert , hingegen eine Verlagerung in eine somatoforme Schmerzstörung stattgefunden habe. Der Beschwerdeführer bestritt diesbezüglich jemals geäußert zu haben, dass es ihm seit Juni 2011 besser gegangen sei (vgl. vorstehend E. 2.2). Demnach ist spätestens ab Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. B.____ im Juni 2012 von einer verbesserten depressiven Problematik und damit vom Vorliegen einer lediglich leichtgradigen depressiven Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen.

Aus letzterer Diagnose leitete Dr. B.____ nach Vornahme der nun nicht mehr anwendbaren Überwindbarkeitspraxis (vgl. vorstehend E. 1.2) eine generelle Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab.

Zu beachten ist, dass nach neuer Praxis des Bundesgerichts die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades führt , wenn einerseits die funktionellen Auswirkungen der medizinisch

festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und

andererseits keine Ausschlussgründe vorliegen, namentlich eine Aggravation (vgl. vorstehend E. 1.3).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51).

Im Rahmen der klinischen Untersuchung bei Dr. C.____ ergaben sich klare Hinweise auf eine Aggravation. So äusserte der Beschwerdeführer bei dauernd er

schmerzvermittelnder Mimik und Gestik diffuse Druckschmerzen am linken Fuss, nicht-dermatombezogene Sensibilitätsstörungen des linken Beines, passager demonstrierte nicht-myotombezogene Kraftabschwächungen des linken Beines

sowie ein unspezifisches Schonhinken, welches nach Gegebenheit den Charakter änderte. Auch wurde die unterschiedlich vorgenommene Untersuchung sämtlicher Bewegungssegmente der Wirbelsäule als gleich schmerzhaft angegeben.

Des Weiteren ist dem Gutachten von Dr. B.____ zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in einem intakten sozialen Umfeld lebt.

So kümmert er sich um seine Familie und die Kinder, kocht gerne und pflegt enge Kontakte mit seinen Freunden und mit in der Nähe wohnenden Familienangehörigen. Auch führte der Beschwerdeführer aus, er sei im Sommer regelmässig im Schwimmbad anzutreffen und fahre häufig Auto. Zudem gehe er etwa vier Wochen in den Kosovo in die Ferien.

Aufgrund des hier erfüllten Ausschlussgrundes der Aggravation bei einer weitgehend normalen Freizeitgestaltung und intaktem sozialen Umfeld

muss vorliegend davon ausgegangen werden, dass von Seiten der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. 5.4

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass in psychiatrischer Hinsicht von September 2009 bis Juni 2012 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% in angepasster Tätigkeit auszugehen ist. Aufgrund einer danach eingetretenen Verbesserung besteht spätestens ab Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. B.____ im Juni 2012 keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mehr. In somatischer Hinsicht ist hingegen von einem seit der Begutachtung der Akademie Y.____ im Jahr 2008 unveränderten Zustand und damit von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % in angepasster Tätigkeit auszugehen. 6. 6. 1

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

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgeglichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). 6.2

Der Beschwerdeführer arbeitete vor Eintritt seines Gesundheitsschadens am 27. Februar 2002 bei der Firma F.____ als Verputzer und Gipsler und erzielte im Jahr 2001 ein Einkommen von Fr. 56'815.-- (vgl. Urk. 8/15 Ziff. 4-5 und Ziff. 20).

Dies ergibt unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im Baugewerbe von 1.6 % im Jahr 2002 (Die Volkswirtschaft 11/2004, S. 87 Tabelle B 10.2, lit. F), von 1.0 % im Jahr 2003, 0.4 % im Jahr 2004, 1.1 % in den Jahren 2005 und 2006, 1.7 % im Jahr 2007 und

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, ausgehend von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei

bei der per 1. September 2009 gewährten Rentenerhöhung ein leidensbedingter Abzug von 20 % zu berücksichtigen, womit ihm ab September 2009 eine Dreiviertelrente zustehe (S. 7 ff.

Ziff. 6).

Bestritten werde, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand verbessert habe.

So habe er nie gegenüber dem psychiatrischen Gutachter geäußert, dass es ihm seit Sommer 2011 besser gehe. Diese Annahme stehe im Widerspruch dazu, dass sich im gleichen Zeitraum

die anhaltende somatoforme Schmerzstörung verschlimmert habe.

Vielmehr sei der nachvollziehbaren Einschätzung des behandelnden Psychiaters zu folgen, welcher ab 2008 von einer unveränderten chronifizierten mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen sei (S. 8 f. Ziff.

7).

Sofern dennoch von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werde, sei auch die im Gutachten aufgrund der somatoformen Schmerzstörung attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 %

in angepasster Tätigkeit zu übernehmen, womit ab Juni 2011 immerhin unbefristet noch ein Anspruch auf eine Viertelsrente bestehe. Dies resultiere auch, sofern wie vor Juni 2009 davon ausgegangen werde, dass die Einschränkungen rein somatisch verursacht seien. So gehe aus dem rheumatologischen Gutachten vom 29. Juni 2012 keine Verbesserung, sondern ein gleichgebliebener Gesundheitszustand hervor. Auch könne angesichts der Progredienz der Gelenksarthrose sicher nicht von einem verbesserten Gesundheitszustand gesprochen werden. Eher liege diesbezüglich eine Verschlechterung vor (S. 9 Ziff. 8). 3. 3.1

Mit Urteil vom 20. Januar 2011

wurde festgehalten, dass zum Zeitpunkt der damals angefochtenen Verfügungen vom 18. Juni 2009 (Urk. 8/165/10-14) und 7. August 2009 (Urk. 8/165/17-18) gestützt auf das Gutachten der Akademie Y.____, vom 23. Juli 2008 (Urk. 8/129)

davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei (Urk. 8/187 E. 4.6).

Ausgehend vom Y.____-Gutachten vom 23. Juli 2008 ist nun zu prüfen, ob seit her eine revisionsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. 3.2

Im Y.____-Gutachten vom 23. Juli 2008 wurden zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 26 f. Ziff. 6.1): - residuelle Fussbeschwerden links bei: - Status nach komplexer Malleolarfraktur Typ A links nach Sturz aus 3 m Höhe (Arbeitsunfall) am 27. Februar 2002 mit - Flake fracture der Taluskante lateral und vorderer Syndesmosenruptur sowie medialeseitig Teilabriss des Ligamentum deltoideum - Status nach Osteosynthese vom 5. März 2002 - Status nach Osteosynthesematerialentfernung an der distalen Fibula, OSG-Arthroskopie und Mini-Arthrotomie mit Synovektomie und Adäsiolyse ventrales oberes Sprunggelenk (OSG) links am 16. Oktober 2003 - residuell Extensionsparese der Kleinzehen II-V links bei Extensions-Sehnelläsion und Läsion des Nervus peronäus profundus longus - aktuell keine Hinweise auf neurogene Schmerzursache - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Differentialdiagnose (DD) weichteilbedingte Beinschmerzen, DD mit in termittierender tieflumbaler radikulärer Reizkomponente links - radiologisch keine signifikanten degenerativen Segmentveränderungen tieflumbal (Röntgen 20. Januar 2005) - nicht-radikuläre Schmerzausstrahlung zusätzlich ins rechte Bein - ohne Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom - rezidivierende zervikovertebrale Schmerzen mit okzipitalem Kopfschmerz - konventionell radiologisch keine degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule (Röntgen 23. März 2007) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) 3.3

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser aus, dass diese aus gesamtmedizinischer Sicht nicht mehr gegeben sei. Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit sei das Datum des Unfalls vom 27. Februar 2002 (S. 30 Ziff. 7.2). 3.4

Unter der Voraussetzung einer adäquaten psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit entsprechend den im rheumatologischen Gutachten gemachten Angaben zur Belastbarkeit für zumutbar zu

erachten.

Die derzeitige 50%ige Einschränkung aus psychiatrischer Sicht sei vor dem Hintergrund einer ungenügenden Behandlung der Depression als vorübergehende Einschränkung aufzufassen. Zumutbar seien leichte Tätigkeiten ohne anhalten des Stehen oder Gehen, ohne repetitives Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von 5 bis maximal 7 kg und ohne repetitives sich Bücken müssen oder Überkopf zu verrichtende Anteile. Treppensteigen und Leiterbenutzung seien ebenso erschwert wie wiederholtes Gehen auf unebenem Grund aufgrund der Fussproblematik (S. 30 Ziff. 7.3).

Während sowohl in neurologischer (vgl. S. 23 Mitte) als auch in orthopädischer Hinsicht (vgl. S. 26 Mitte) in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, begründete der rheumatologische Teilgutachter die Einschränkung von 20 % gegenüber einem Vollpensum mit vermehrtem Zeitaufwand für Erholung und Pain-Coping (S. 21 Mitte). 3.5

Ergänzend führten die Gutachter am 11. Dezember 2009 (Urk. 8/171/4-6) aus, sie gingen davon aus, dass unter entsprechender Therapie die Willensanstrengung für die Umsetzung der schon im Jahr 2002, erneut im Jahr 2004 und erneut durch sie im Jahre 2008 attestierten somatischen Arbeitsfähigkeit eingefordert werden könne, quasi unter dem medikamentösen und psychotherapeutischen Schutz und der Begleitung zur Unterstützung. Es sei aufgrund der Vorgeschichte wenig verwunderlich, dass der Explorand an seiner Invalidenrolle festgehalten und die nötigen Schritte hierzu nicht unternommen habe (S. 2 unten). Ihres Erachtens wäre zum Zeitpunkt des Gutachtens eine berufliche Massnahme in einem letztendlich 80%igen Leistungspensum zumutbar gewesen (S. 3 oben). 4.

4.1

Ab September 2009 liegen die folgenden medizinischen Berichte vor :

Pract. med.

Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 2. September 2009 (Urk. 8/165/19-20 = Urk. 8/193/5-6) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom

(ICD-10 F32.11). Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 15. Oktober 2008 in seiner regelmässigen Behandlung (S. 1 Mitte). Obwohl er seit einem Jahr alle zwei bis drei Wochen regelmässig in die Therapie komme und die empfohlenen Medikamente einnehme, habe sich sein Zustand kaum verbessert (S. 1 unten). Der Krankheitsverlauf habe sich trotz gegenseitigem Bemühen nicht verbessert, sondern sich auf einem - wenn auch schlechten - dennoch stabilen Niveau entsprechend der obigen Diagnose eingestellt und leider chronifiziert (S. 2). 4.2

Dr. med. A.____, Kreisarzt der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte nach Untersuchung des Beschwerdeführers vom 10. November 2009 in seinem Bericht vom 18. November 2009 (Urk. 8/192/5-8) aus, es finde sich eine verminderte Belastungstoleranz des linken Fusses bei mässiggradiger OSG-Arthrose links nach OSG-Verletzung am 27. Februar 2002 und diskreter Fusshebeparese. Bei der heutigen kreisärztlichen Untersuchung habe sich nur eine geringfügige Bewegungseinschränkung im Bereich des linken OSG gezeigt. Eine leichtgradige Schwellung der Knöchelregion gehe sich erlich mit der leichten und zeitlich durchaus zu erwartenden Progression der OSG-Arthrose einher, nach wie vor sei höchstens

von einer mässiggradigen OSG-Arthrose auszugehen (S. 3 unten). Das im Jahr 2004 erhobene Zumutbarkeitsprofil sei entsprechend der röntgenologisch darstellbaren Zunahme der OSG-Arthrose anzupassen. So sei dem Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine wechselbelastende, jedoch überwiegende sitzende Tätigkeit ganztags zumutbar, wobei der stehende und der gehende Anteil einen Sechstel einer üblichen täglichen Arbeitszeit nicht übersteigen sollten. Bezüglich kniender und hockender Tätigkeiten verbliebe es bei den Einschränkungen. Das Tragen von Gegenständen im Rahmen der einen Sechstel der täglichen Arbeitszeit umfassenden gehenden Tätigkeit sollte keine Gewichte über 7,5 bis 10 kg beinhalten (S. 4 Mitte). 4. 3

Pract .

med. Z. ____

nannte in seinem Bericht vom 16. und 20. Juni 2011 (Urk. 8/193/1-4) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittleren Grades mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.11 (Ziff. 1.1).

Die letzte Kontrolle des Beschwerdeführers habe am 16. Juni 2011 stattgefunden (Ziff. 1.2). Seit dem Y. ____ -Gutachten vom 23. Juli 2008 bestehe trotz Medikamenten ein unveränderter chronisch depressiver Zustand. Prognostisch sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die freie Wirtschaft auszugehen und von einer Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % im geschützten Rahmen. Empfohlen werde eine sitzende Tätigkeit (Ziff.

E. 7

), ergänzt am 17. Oktober 2014 (Urk. 9-10), die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 28. Oktober 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 11

). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

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