

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01022 vom 30. März 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01022)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01022 du 30 mars 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01022 del 30 marzo 2016

## **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).

### **E. 1.2**

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. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichenem Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur

Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 1. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 1. September 2014 weiterhin eine Dreiviertelrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Zudem ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung von Rechtsanwältin lic. iur. Christine Fleisch als unentgeltliche Rechtsbeiständin

(Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. November 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-169), was dem Beschwerdeführer am 5. März 2015 mitgeteilt wurde (Urk. 14).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet die Renteneinstellung unter Hinweis auf das polydisziplinäre Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 (Urk. 8/122) einschliesslich ergänzender Stellungnahme vom 22. Oktober 2013 (Urk. 8/150) damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens ab der Begutachtung in der Klinik A.\_\_\_\_ am 14. September 2005 verbessert habe. Seither bestehe sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 1).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, dass sich sein Gesundheitszustand in keiner Weise revisionsrechtlich relevant verbessert habe. Zudem handle es sich bei der orthopädischen und der psychiatrischen Beurteilung der Klinik C.\_\_\_\_ um eine unterschiedliche Beurteilung eines an sich sogar verschlechterten gesundheitlichen Zustandes (Urk. 1).

### **E. 3**

Hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits (DD: posttraumatisch)

-

Status nach Kopfkontusion und HWS-Distorsion am 20. März 2001

-

Tinnitus beidseits

-

ICD-10: H 90.3

### **E. 3.1**

Die Rentenverfügung vom 11. Dezember 2006 (Urk. 8/70 in Verbindung mit Urk. 8/78) basierte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten (rheumatologisch/orthopädisch, neuropsychologisch, psychiatrisch/psychosomatisch, neurologisch einschliesslich einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL]) der Klinik A.\_\_\_\_ vom 14. September 2005 (Urk. 8/42), worin folgende Diagnosen gestellt wurden:

1.

Chronisches zervikozephalisches und zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits bei/mit

-

Status nach HWS-Distorsion und Kopfkontusion am 20. März

2001

-

leichtgradiger Fehllhaltung und Fehlform der HWS, leichtgradiger degenerativer Veränderung der HWS

-

muskulärer Dysbalance , segmentale Dysfunktion der HWS

-

neuropsychologischen Defiziten

-

ICD-10: M 53.0

2.

Anhaltender Schmerz (ICD-10: M 43.0), Unwohlsein und Ermüdung

(ICD-

10: R 53) in Verbindung mit psychischen (psychodynamisch mutmasslich

wirksamen) Faktoren (ICD-10: F 54), namentlich:

-

psychodynamisch-theoretisch: narzisstischer Modus der Symptom per sistenz

-

lerntheoretisch: negativ-operante Verstärkung von Krankheitsverhalten

-

narzisstisch akzentuierter Persönlichkeitsstil (ICD-10: Z 73.1),

differentialdiagnostisch narzisstische Persönlichkeitsstörung,

ICD-10: F 60.8)

### **E. 3.2**

Grundlage für die rentenaufhebende Verfügung vom 1. September 2014 (Urk. 2) bildet das polydisziplinäre Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 (Urk. 8/122), worin folgende Diagnosen genannt wurden:

-

Psychiatrisch:

-

keine psychopathologische Störung von Krankheitswert

-  
narzisstisch akzentuierte Charakterzüge (ICD-10: Z 73.1)

-  
Neuropsychologisch: unspezifische neurologische Störung aufgrund einer wahrscheinlichen Aggravation

-  
Orthopädisch-chirurgisch: chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule bei Status nach HWS-Distorsion am 20. März 2001

-  
Neurologisch: sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits, mit Hörgeräten versorgt und kompensiert

-  
sowie arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II und Gicht.

Gemäss der psychiatrischen Beurteilung lassen sich aufgrund der aktuell erhobenen Untersuchungsbefunde psychiatrisch keine Befundlage feststellen, die in genügender Weise auf das Bestehen einer versicherungs-psychiatrisch relevanten psychischen Störung hinweisen würde. So hätten sich insbesondere keine Anhaltspunkte für eine relevante Depression oder relevante Angststörung gefunden. Ebenso hätten die Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich einer posttraumatologischen Störung verdeutlicht und atypisch gewirkt, wobei das anlassgebende Ereignis an sich schon nicht geeignet gewesen sei, eine relevante Traumatisierung im eigentlichen Sinne auszulösen. Ebenso seien weder die Befundlage noch überhaupt der Unfall (kurze Kollision von hinten) mit dem vereinbar, was mit dem Begriff einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extremlastung gemeint sei. Ferner seien die Art der Klagen und die ganze Präsentationsweise zu unspezifisch, als dass angesichts der mangelnden somatischen Erklärbarkeit der geklagten Beschwerden das Bestehen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bestätigt werden könnte. Offen sichtlich sei aus psychiatrischer Sicht jedoch generell eine plakative Darstellungsweise mit Verdeutlichungstendenz bis hin zum Eindruck einer Aggravation beziehungsweise Angabe von Beschwerden, die nicht erlebt würden. Insgesamt sei also aus versicherungs-psychiatrischer Sicht aktuell keine psychische Störung zu diagnostizieren, die als Grundlage einer Einschränkung der psychischen Zumutbarkeit gelten könnte. Retrospektiv sei es jedoch wahrscheinlich, dass der Unfall und seine Folgen ein Belastungsfaktor unter mehreren anderen psychosozialen Belastungsfaktoren gewesen sei, die den Beschwerdeführer in der Zeit um den Unfall belastet hätten. Retrospektiv sei es gestützt auf die damaligen psychiatrischen Berichte schon wahrscheinlich, dass im Jahr 2001 und vorwiegend im Jahr 2002 eine gewisse leichtere depressive Symptomatik bestanden habe, die Anlass zur Diagnose einer länger dauernden depressiven Anpassungsstörung oder der Diagnose einer unspezifischen Affektstörung gegeben habe. Schon im Jahr 2005 habe im Rahmen des Gutachtens der Klinik A. \_\_\_ keine psychopathologische Diagnose mehr gestellt werden können, jedoch seien Überlegungen

zur inneren Psychodynamik bei einer klar narzisstisch-strukturierten Persönlichkeit angestellt worden. Dass die Charakterstruktur des Beschwerdeführers so gelagert sei, entspreche auch den aktuellen Eindrücken. Im Vergleich zum psychischen Zustand im Jahr 2002 habe sich demnach im Abgleich mit dem aktuellen psychischen Befund eine relevante Verbesserung eingestellt. Ebenso bestehe gesamthaft mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine gewisse, quantitative aber weniger deutliche Verbesserung zwischen dem aktuellen Befund und dem psychiatrischen Befund der Klinik A.\_\_\_\_ im Jahr 2005.

Aus neuropsychologischer Sicht habe der Beschwerdeführer während der Untersuchung eine unsorgfältige Arbeitsweise gezeigt und dabei lebhaft gestikuliert und oftmals Gespräche mit der Übersetzerin gesucht und dabei auch scherzende Bemerkungen gemacht, insgesamt dabei eindeutig nicht depressiv gewirkt. Der Beschwerdeführer habe insgesamt überwiegend unterdurchschnittliche bis weit unterdurchschnittliche Testergebnisse gezeigt, wobei der Schwerpunkt der Tests auf die Prüfung der Aufmerksamkeitsfunktionen gelegt worden sei. Bei alleiniger Betrachtung der Testergebnisse würde man zum Schluss kommen, dass eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung vorliege. Gestützt auf die Durchführung einer standardisierten Symptomvalidierung hätten sich jedoch Hinweise auf das wahrscheinliche Vorliegen einer Aggravation der Beschwerden ergeben, womit die Glaubhaftigkeit des Ausmaßes der angegebenen Beschwerden und der diagnostisch festgestellten Leistungseinbußen in Frage zu stellen sei. Das neuropsychologisch ermittelte Testprofil habe somit nur geringe Aussagekraft, und der Schweregrad einer allenfalls neuropsychologischen Störung sei entsprechend in jedem Fall geringer zu veranschlagen, als dies das Testprofil darlege. Dazu sei allerdings aus interdisziplinärer Sicht zusätzlich zu betonen,

dass medizinisch nicht konklusiv herzuleiten wäre, wieso denn eine effektive neuropsychologische Störung bestehen könnte, da diesbezüglich die gängigsten Ursachen dafür (Hirnverletzung, schwere psychische Störung oder schwerer Schmerzzustand) fehlten. Diagnostisch sei deshalb hinsichtlich der Resultate der Neuropsychologie von einer unspezifischen neuropsychologischen Störung aufgrund einer wahrscheinlichen Aggravation auszugehen.

Im Rahmen der orthopädisch-chirurgischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über bohrende Schmerzen im Hals-/Nackengebiet, ferner zwischen den Schulterblättern sowie über eine Kraftlosigkeit in beiden Armen, Schmerzverstärkung bei Belastung und Wetterwechsel, geklagt. Kopfschmerzen und lumbale Beschwerden sowie Schmerzen im linken Grosszehengrundgelenk bei bekannter Gicht seien dem orthopädischen Gutachter - auch auf ausdrückliches Befragen hin - nicht geklagt worden. Diesbezüglich ergäben sich Inkonsistenzen bezüglich der geklagten Beschwerden im Abgleich mit dem, was gegenüber der Neurologin geklagt worden sei. In der orthopädischen und körperlichen Untersuchung hätte sich nur geringgradige

Funktionseinschränkungen der HWS bezüglich Rotation und Seitenneigung bei einer regelrechten Flexion und Extension gezeigt. Die paravertebrale Muskulatur sei über der gesamten HWS und oberen BWS verspannt und druckdolent. Die Lumbalwirbelsäule sei von der Beweglichkeit her unauffällig bei guter Entfaltbarkeit und einem Fussbodenabstand von 0 Zentimeter gewesen. Die aktuellen Röntgenaufnahmen der HWS und BWS zeigten deutliche degenerative Veränderungen in den Segmenten C5-C7 mit Zunahme der Veränderungen im Vergleich zu den Aufnahmen aus den Jahren 2001 und

2004. An der BWS zeigten sich nur altersentsprechende, im Vergleich zu den Voraufnahmen unveränderte degenerative Veränderungen. In der Befundung der HWS-Aufnahmen vom 26. April 2004 anlässlich der Begutachtung in der Klinik A.\_\_\_\_ sei von einer Instabilität bei Reklination in den Segmenten C2-4 gesprochen worden. Aus aktueller Neubeurteilung dieser damaligen Bilder könnten die beschriebenen Instabilitäten jedoch nicht nachvollzogen werden. Ferner sei auch ein Medikamentenspiegel für Pregabalin (Lyrica, vom Beschwerdeführer als Schmerzmittel eingenommen) und von Fluoxetin (Antidepressivum) gemessen worden. Daraus sei zu schliessen, dass die Medikamente allenfalls nicht in der beschriebenen Dosierung regelmässig eingenommen würden, woraus sich wiederum Rückschlüsse ergeben, dass das beklagte Beschwerdeerleben subjektiv mindestens weniger belastend sei, als verbal angegeben. Die Schmerzen im HWS-Bereich seien mit den aktuell erhobenen klinischen und radiologischen Befunden insgesamt nicht in Übereinstimmung zu bringen. Der objektivierbare Befund einer geringgradigen Beweglichkeitseinschränkung der HWS sei durch die inzwischen im üblichen Rahmen fortgeschrittene Degeneration im HWS-Bereich radiologisch ausreichend erklärbar. Hinsichtlich der vordemonstrierten HWS-Beweglichkeit ergäben sich deutliche Inkonsistenzen zwischen der orthopädischen und der neurologischen Untersuchung mit beidseitiger deutlicher Einschränkung der Rotation bei der formellen Untersuchung, wogegen während des Anamnesegesprächs im Rahmen der Kopfdrehungen zur Dolmetscherin hin eine freie Beweglichkeit der HWS möglich gewesen sei. Zusammenfassend müsse aus orthopädischer Sicht festgestellt werden, dass die geringen Beschwerden an der HWS durchaus durch die mittlerweile fortgeschrittene degenerative (radiologisch dokumentierte) Veränderung erklärt würden, nicht jedoch in dem Ausmass, wie die Beschwerden vom Beschwerdeführer subjektiv angegeben würden. Diese geringe Funktionseinschränkung bewirke eine entsprechende Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit. Im Abgleich mit den Resultaten der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) im Rahmen des Gutachtens der Klinik A.\_\_\_\_ habe sich schon damals eine leichtgradig verbesserte Belastbarkeit gegenüber der EFL in der Klinik C.\_\_\_\_ im Mai 2002 gezeigt. Im Rahmen der EFL im Jahre 2004 in der Klinik A.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit als Hauswart als nicht mehr einsetzbar taxiert worden. Gemäss Gutachten der Klinik A.\_\_\_\_ seien aber schon damals mittel schwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne länger dauernde Arbeit über Brusthöhe ganztags zumutbar gewesen. Dieses Zumutbarkeitsprofil werde im Rahmen der aktuellen EFL in der Klinik C.\_\_\_\_ (2011) bestätigt. Die Einschätzung über die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hauswart ändere sich aus Sicht

des aktuellen Gutachtertteams insofern, als davon ausgegangen werde, dass die Hauswarttätigkeit einer mittelschweren Tätigkeit entspreche; dies mit der Einschränkung, dass eine länger dauernde Arbeit über Brusthöhe nicht zumutbar sei. Eine solchermassen definierte Tätigkeit als Hauswart sei einerseits aktuell zumutbar, sei jedoch retrospektiv auch schon zur Zeit der Begutachtung in der Klinik A.\_\_\_\_ im Jahr 2005 zumutbar gewesen. Eine weitere physiotherapeutische Behandlung bei einem so gut durchtrainiert wirkenden und athletisch gebauten Beschwerdeführer mit letztlich nur geringen Beschwerden aufgrund von degenerativen Veränderungen erscheine wenig sinnvoll, da diese kaum eine Besserung des Gesamtzustandes bewirken dürfte. Aus orthopädisch/physikalisch-medizinischem Fachgebiet sei ab September 2005 eine Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Hauswart

sowie für andere berufliche Tätigkeiten vorhanden (mittelschwere Tätigkeiten), allerdings unter der Beachtung der Einschränkung, dass damit keine länger dauernden Tätigkeiten über Brusthöhe verbunden seien.

Aus der EFL ergäben sich aktuell deutlich bessere Resultate als im Vergleich zum Belastungstest 2002 (recte: 2004). Die berufliche Tätigkeit als Hauswart sowie andere mittelschwere Arbeiten seien ganztags zumutbar. Spezielle Einschränkungen beständen hinsichtlich länger dauernder Tätigkeit über Brusthöhe. Aus physikalisch-medizinischer Sicht ergäben sich keine Empfehlungen bezüglich einer weiteren Behandlung. Es sei eine mässige Symptomausweitung festgestellt worden.

In der neurologischen Untersuchung habe sich im Abgleich mit den Resultaten der orthopädischen Untersuchung eine demonstrierte Einschränkung der Rotation nach rechts um 2/3, nach links um 1/3 ergeben. Im Finger-Nase-Versuch habe er atypisch und inkonsistent wirkend daneben gezeigt. Im Rahmen des Diabetes habe sich eine Abschwächung des Achillessehnenreflexes beidseits gezeigt. Gegenüber der Neurologin sei ein starker Kopfschmerz geklagt worden, dies in Diskrepanz dazu, dass solches gegenüber dem orthopädischen Chirurgen auch auf Befragen hin nicht angegeben worden sei.

Insgesamt gebe es damit auch keine Hinweise auf einen möglichen Medikamentenübergebrauchskopfschmerz. Eine Kopfschmerzdiagnose sei somit auch aus neurologischem Gebiet heraus nicht sinnvoll möglich. Es bestehe eine sensorineurale Schwerhörigkeit, die mit Hörgeräten versorgt sei und womit der Beschwerdeführer im sozialen Kontakt voll funktionsfähig sei. Aus medizinischer Sicht sei aber nicht erklärbar, wie der in Rede stehende Unfall zu einer beidseitigen sensorineuralen Schwerhörigkeit geführt haben könnte. Die diesbezüglich vermutenden neurologischen Aussagen für das ORL-Gebiet im Gutachten der Klinik A.\_\_\_\_ vom Jahre 2005 könnten so nicht nachvollzogen werden. Generell lasse sich jedoch aussagen, dass lärmexponierte Arbeiten bei einer sensorineuralen Schwerhörigkeit, die mit Hörgeräten versorgt sei, nicht geeignet seien, da Hörgeräte häufig die Lärmbelastung verstärkten. Aus neurologisch-neuropsychologischer Sicht fänden sich zum Untersuchungszeitpunkt keine relevanten Einschränkungen, welche eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Beruf des Hauswartes und Hausverwalters erklären würden. Theoretisch bestehe somit aus rein neurologisch-neuropsychologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf. Aus neurologischer Sicht seien mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Einschränkungen im Arbeitspensum zumutbar.

Insgesamt sei also interdisziplinär zu folgern, dass versicherungsmedizinisch keine Störung aus irgendwelchem Fachgebiet bestehe, welche mit einer ganztägigen Zumutbarkeit von mittelschweren Tätigkeiten unter Beachtung der Ausnahme für länger dauernde Tätigkeiten über Brusthöhe nicht vereinbar wäre. Insbesondere gelte dies auch für das psychiatrische Gebiet. Der Beschwerdeführer habe insgesamt wach und aufmerksam gewirkt, sei kräftig gebaut und sei soweit kooperativ bei den Abklärungen gewesen. In verschiedener Hinsicht habe er jedoch inkonsistente Befunde demonstriert und es liege wahrscheinlich eine Aggravation vor. Gegenüber dem Zustand im Jahr 2002 habe eine deutliche Besserung stattgefunden. Das aktuelle Befundprofil sei leichtgradig besser als anlässlich der Begutachtung in der Klinik A.\_\_\_\_ im Jahr 2005. Dabei sei dies bezüglich nochmals festzuhalten, dass die durch das Gutachten A.\_\_\_\_ attes tierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sich vor allem auf die Aussagen im psychiatrischen Teilgutachten stütze, was aber nicht in genügender Weise durch die damaligen psychiatrischen Befunde in A.\_\_\_\_

ausgewiesen gewesen sei und eher einen Kompromiss darstelle , und zwar zwischen der damals zuvor attestierten 100%igen psychiatrischen Einschränkung und dem, was streng genommen aufgrund der fehlenden effektiven psychopathologischen Befunde hätte attestiert werden müssen, nämlich das Fehlen einer Einschränkung aus psychiatrischer Sicht .

### **E. 3.3**

Im Rahmen des Einwandverfahrens fanden folgende weitere Berichte Eingang in die Akten:

#### **E. 3.3.1**

Im Bericht des D.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2013 (Urk. 8/146), wo sich der Beschwerdeführer vom 15. April bis 20. Juni 2013 in einer tagesklinischen Behandlung befand, wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

1.

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

2.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4)

3.

Zervikalsyndrom mit/bei Status nach HWS-Distorsion am 20. März 2001

4.

Hochtonschwerhörigkeit beidseits mit/bei Schädigung Innenohr durch Unfall

5.

Status nach Suizidversuch im September 2012 (ICD-10: X 61)

Der Test zur Erfassung der Schwere einer Depression (TSD) habe sowohl zu Beginn als auch am Ende der Therapie einen Wert für eine schwere Depression gezeigt (DW: Rohwert -11). Der Beschwerdeführer fühle sich entsprechend zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei mit gleichbleibendem Gesundheitszustand und zu 100 % arbeitsunfähig aus dem 8-wöchigen Rehabilitationsprogramm entlassen worden. Die Depression habe nur leicht reduziert werden können. Prognostisch günstig sei die hohe Motivation des Beschwerdeführers. Ungünstig sei dagegen die schwere Schmerzstörung, die es dem Beschwerdeführer erschwere, seine Verhaltensmuster /Bewältigungsstrategien und seine Problematiken zu verarbeiten/verdrängen.

#### **E. 3.3.2**

Am 22. Oktober 2013 hielt

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der Klinik C.\_\_\_\_

in seiner ergänzenden Stellungnahme zum ärztlichen Bericht des D.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2013 (Urk. 8/150, vgl. E. 3.3.1) fest, dass Versicherungsmedizinisch von einer mittelgradigen, aber auch schwergradigen Depression berichtet werde , wobei eine schwergradige Depression schon rein aufgrund der psychiatrischen Befundlage nicht belegbar sei. Auch die eingesetzten Testinstrumente könnten aus gutachterlicher Sicht keine objektiven

Befunde liefern. Der Bericht des D.\_\_\_\_ komme aufgrund eines sogenannten „negativen Leistungsbildes“ zum Schluss einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, auch für Verweistätigkeiten. Die Elemente dieses negativen Leistungsbildes würden aber weder genannt noch effektiv belegt oder nachgewiesen. Deshalb könne die Beurteilung im Rahmen der Begutachtung in der Klinik C.\_\_\_\_ im Jahr 2011 nicht entkräftet werden. Psychiatrisch-diagnostisch liege auch nach intensivem Studium des Berichtes des D.\_\_\_\_ aktuell nur möglicherweise eine effektive depressive Störung vor, die über das Ausmass einer an sich gut nachvollziehbaren Missgestimmtheit hinausgehen würde. Dieser Auslenkungsgrad einer möglichen Depression sei aber nicht als schwere Depressionsform zu bezeichnen; höchstens liege (möglicherweise) eine leichte bis maximal mittelgradige Depression (ICD-10: F. 32.0 oder F 32.1) vor. Damit bewege man sich im Bereich dessen, was versicherungsmedizinisch ebenfalls eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würde. Im Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 habe eine psychiatrisch ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit angesichts der unüberbrückbaren, zahlreichen Inkonsistenzen und Aggravationsendenzen des Beschwerdeführers nicht belegt werden können. Die seinerzeit in C.\_\_\_\_ diagnostizierten, akzentuierten Charakterzüge mit narzisstischer Prägung seien ferner keine Grundlage, um darauf gestützt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit attestieren zu können. Insgesamt, bei Betrachtung des gesamten Verlaufs, sei allerdings schon von einem hohen Chronifizierungsgrad und einer verfahrenen Situation auszugehen, wo der Beschwerdeführer nun seit 2001 nicht mehr erwerbstätig sei und nach initial durchgemachter Depression bei erheblichen, psychosozialen Schwierigkeiten sich nun in einer perspektivenlosen Situation befinde, wobei der Streit um Versicherungsleistungen weitergehe.

### **E. 3.3.3**

Dem Austrittsbericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 17. Januar 2014 (Urk. 8/161), wo sich der Beschwerdeführer vom 28. November bis 18. Dezember 2013 in stationärer Behandlung befand, sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

1.

Aktuell leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom  
(ICD-10: F 32.0)

2.

Akzentuierte Grundpersönlichkeit bei histrionischem Charakter (ICD-10:  
F 61.1)

3.

Zervikozephal und zervikothorakales Syndrom

-

Fehlhaltung der Wirbelsäule

-

muskuläre Dysbalancen /Insuffizienzen

-  
Status nach HWS-Distorsionstrauma am 20. März 2001

4.

Diabetes mellitus Typ II (insulinpflichtig)

5.

Hochtonschwerhörigkeit beidseits: Schädigung Innenohr durch einen Unfall

Der Beschwerdeführer sei in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Während der Dauer des stationären Aufenthalts habe eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die weitere Beurteilung obliege dem nachbehandelnden Arzt. Das zuletzt ausgeübte Arbeitsausmass sollte wieder erreichbar sein. In diesem Zusammenhang erwähnten sie einen stundenweisen Einsatz als Hausabwart ( Urk. 8/161/4, Urk. 8/161/7). Gegenüber dem nachbehandelnden Arzt des D.\_\_\_\_ berichteten sie über eine zum jetzigen Zeitpunkt als höchstens noch leichtgradig anzusehende depressive Episode ( Urk. 8/161/10).

#### **E. 3.3.4**

F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, des D.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 25. März 2014 - unter Nennung derselben Diagnosen wie im Bericht vom 26. Juni 2013 (vgl. E. 3.3.1) - fest, dass die Depression durch den Klinikaufenthalt in A.\_\_\_\_ und die laufende Behandlung dauerhaft leider nur sehr leicht habe reduziert werden können. Der Beschwerdeführer sei sowohl im angestammten Beruf als auch in einer angepassten Tätigkeit bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

#### **E. 3.3.5**

Der Bericht des D.\_\_\_\_ vom 10. April 2014 (Urk. 8/164) hielt nun eine Verschlechterung post-stationär fest. So sei die depressive Symptomatik nach dem Klinikaufenthalt in A.\_\_\_\_ exazerbiert . Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

#### **E. 3.3.6**

Dipl. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) führte in seiner Stellungnahme vom 7. August 2014 ( Urk. 8/167/7) aus, dass die im Rahmen des Einwandverfahrens neu eingereichten medizinischen Befunde in sich nicht konsistent seien und zudem die angegebenen Symptome vergleichbar mit den im Jahre 2009 vor der Begutachtung geschilderten Symptomen

seien . Ausser dem habe der begutachtende Dr. E.\_\_\_\_ von der Klinik C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 22. Oktober 2013 ausführlich Stellung zu den neuen Arztberichten genommen. Bei Austritt aus der Klinik A.\_\_\_\_ habe nur noch eine leichte depressive Störung vorgelegen. Zusätzlich sei neu eine histrionische Grundpersönlichkeit (ICD-10: F 61.1) verschlüsselt worden. Es lasse sich jedoch nicht herleiten, wie es zu dieser Diagnose komme. Im Anschluss an den Aufenthalt in A.\_\_\_\_ sei vom D.\_\_\_\_ am 25. März 2014 eine gleichbleibende Symptomatik bescheinigt worden. Der aktuellste Bericht des D.\_\_\_\_ vom 10. April 2014 spreche nun von einer post-stationären Verschlechterung.

Alles in Allem wiesen die neuen medizinischen Berichte keine neuen medizinischen Sachverhalte aus, welche nicht schon im ausführlichen Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 gewürdigt worden seien. Es sei weiterhin darauf abzustellen. 4.

#### **E. 4**

Rezidivierendes thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei/mit

-

Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung

-

segmentaler Dysfunktion der mittleren BWS

-

ICD-10: M 54.6

#### **E. 4.1**

Vorliegend ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenverfügung vom 11.

Dezember 2006 (Urk. 8/70 in Verbindung mit Urk. 8/78) und der am 1. September 2014 verfügten Rentenaufhebung (Urk. 2) anspruchserheblich verbessert hat.

#### **E. 4.2**

Das interdisziplinäre Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 19. September 2011 (Urk. 8/122) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen, neuropsychologischen, orthopädisch-chirurgischen und neurologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

#### **E. 4.3**

Die Gutachter der Klinik C.\_\_\_\_ stellten in einer interdisziplinären Zusammenfassung schlüssig fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers relevant verbessert hat. Diese Schlussfolgerung wird nachvollziehbar und mit Augenmerk auf die einzelnen Fachdisziplinen detailliert begründet.

Der psychiatrische Gutachter schloss aufgrund der aktuellen Befundlage die Diagnose einer psychischen Störung mit Krankheitswert aus und verwies dabei hauptsächlich auf die plakative Darstellungsweise mit Verdeutlichungstendenz bis hin zum Eindruck einer Aggravation seitens des Beschwerdeführers. Auch das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung wurde verneint und überzeugend damit begründet, dass einerseits die geklagten Beschwerden nur unzureichend erklärbar sind und dass andererseits die Art der Klagen und die ganze Präsentationsweise des Beschwerdeführers zu unspezifisch sind. Die Beurteilung vom Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ als Leiter der Begutachtung, wonach aktuell keine depressive Symptomatik mehr besteht, überzeugt auch deshalb, da er die Entwicklung der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers - in Übereinstimmung mit dem Gutachten

der Klinik A.\_\_\_\_ von 2005 - wiedergibt. Angesichts dieser Entwicklung der psychischen Störung des Beschwerdeführers über die Jahre vermag denn auch die festgestellte quantitative Verbesserung seit dem psychiatrischen Befund der Klinik A.\_\_\_\_ von 2005 zu überzeugen, auch wenn diese

im Verhältnis zur psychischen Situation im Jahre 2002 weniger deutlich ausfällt.

Auch die neuropsychologische Beurteilung, wonach nur eine unspezifische Störung aufgrund einer wahrscheinlichen Aggravation vorliegt, erscheint angesichts des geschilderten Testverhaltens des Beschwerdeführers (unsorgfältige Arbeitsweise, (weit) unterdurchschnittliche Testergebnisse, scherzend und gestikulierend) stimmig. Das Fehlen einer eigentlichen Ursache für die neuropsychologische Störung (Hirnverletzung, schwere psychische Störung oder schwerer Schmerzzustand) bestätigt diese Schlussfolgerung. Im Gutachten der Klinik A.\_\_\_\_ vom 14. September 2005 wurden demgegenüber noch neuropsychologische Defizite erwähnt (E. 3.1)

Bereits im Jahr 2005 stellte das Gutachten der Klinik A.\_\_\_\_ unter anderem leicht gradige degenerative Veränderungen der HWS sowie gewisse segmentale Dysfunktionen fest und attestierte dem Beschwerdeführer aufgrund der befundenen funktionellen Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht nur eine circa 75%ige Arbeitsfähigkeit. Die gutachterliche Beurteilung, wonach die nun mehr vorgefundenen geringen klinischen und radiologischen Befunde die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und Beschwerden nicht mehr erklären würden, erscheint auch angesichts der demonstrierten Inkonsistenzen und der Non-Compliance bei der Medikamenteneinnahme durchaus schlüssig. Dass die nachweisbare geringe Funktionseinschränkung der HWS eine entsprechende Einschränkung der qualitativen Leistungsfähigkeit bewirkt (keine mittelschweren Tätigkeiten ohne längerdauernde s Arbeiten über Brusthöhe),

ist nachvollziehbar.

Die wiedererlangte 100%ige Arbeitsfähigkeit mit der geringen physikalisch-medizinischen Einschränkung wird auch durch die besseren EFL-Testresultate gestützt. Kommt hinzu, dass die früher noch geklagten lumbal-vertebralen Schmerzen, Kopfschmerzen sowie Schmerzen im linken Fuß nicht mehr erwähnt wurden (Urk. 8/122/78), demnach entfielen.

Auch in neurologischer Sicht konnte - unter Hinweis auf atypisches und inkonsistentes Verhalten des Beschwerdeführers - keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mehr) festgestellt werden. Demnach hat sich auch diesbezüglich der Gesundheitszustand insoweit gebessert, als im Gutachten der Klinik A.\_\_\_\_ im Jahre 2005 noch eine 70-80%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten attestiert wurde.

#### **E. 4.4**

3

Im Weiteren stellt der Beschwerdeführer ein aggravatorisches Verhalten in Abrede (Urk. 1 S. 16). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die Motivation für eine Aggravation irrelevant ist. Dies gilt auch, wenn dies nur unbewusst oder eben im Zusammenhang mit einer narzisstisch-strukturierten Persönlichkeit geschieht.

##### **E. 4.4.1**

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in keiner Weise revisionsrechtlich relevant verbessert habe. Zudem handle es sich

insbesondere bei der orthopädischen und der psychiatrischen Beurteilung der Klinik C.\_\_\_\_ um eine unterschiedliche Beurteilung eines an sich sogar verschlechterten gesundheitlichen Zustandes (Urk. 1 S. 11 ff.) . So sei insbesondere das depressive Zustandsbild, welches neben dem narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitsstil Grundlage für die Rentenzusprache im Jahre 2006 gewesen sei, auch aktuell noch vorhanden. Dabei sei zwischenzeitlich von einer chronifizierten mittelschweren Depression auszugehen . Nicht einmal eine 8-wöchige tagesklinische Behandlung im D.\_\_\_\_ und ein 4-wöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik A.\_\_\_\_ hätten die Depression massgeblich reduzieren können (Urk. 1 S. 18 ff.).

Die Einschätzung des D.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3.1 und E. 3.3.3-5) ist jedoch nicht konsistent. Wie Dr. E.\_\_\_\_ in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 22. Oktober 2013 (E. 3.3.2) überzeugend darlegt, lässt sich eine mittelgradige Depression aufgrund der psychiatrischen Befundlage nicht belegen. Obwohl beim Austritt aus der Klinik A.\_\_\_\_ im Januar 2014 nur eine noch höchstens leichte depressive Störung bei gebessertem Allgemeinzustand vorlag (vgl. E. 3.3.3), bescheinigte das D.\_\_\_\_ im März 2014 anfänglich eine gleichgebliebene Symptomatik ( mittelgradige Depression). Im Bericht vom 10. April 2014 (E. 3.3.5) wurde wiederum - unter blossem Hinweis auf eine Exazerbation - von einer post-stationären Verschlechterung gesprochen. Die neu eingereichten medizinischen Befunde des D.\_\_\_\_ vermögen auch angesichts der im Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_

nachvollziehbar dargelegten zahlreichen Inkonsistenzen und den Aggravationstendenzen des Beschwerdeführers nicht zu überzeugen.

#### **E. 4.5**

Zusammenfassend entspricht das polydisziplinäre Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ den erforderlichen Kriterien und es ist seit August 2011 (interdisziplinäre Konsensbesprechung) von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie damit einhergehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hauswart und in jeder anderen mittelschweren Tätigkeit, jeweils ohne längerdauernde Arbeiten über Brusthöhe, auszugehen. Deshalb erfolgte die Renteneinstellung durch die Beschwerdegegnerin zu Recht und die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 5.

#### **E. 5**

Status nach Ringbandspaltung Daumen rechts am 16. Oktober 2001 bei

Tendinitis der Quervain

Dig . I rechts

#### **E. 5.1**

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Renten bezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervor geht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise ) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als

15 Jahren bezogen hat. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Rentnerinnen und Rentner im jeweiligen revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C\_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1).

## E. 5.2

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 59 Jahre alt. Aufgrund des Umstandes, dass er im bisher effektiv ausgeübten Berufsfeld vollschichtig und ohne Einschränkungen arbeitsfähig ist, er offensichtlich auch in den letzten Jahren stundenweise tätig war, ist davon auszugehen, dass er die nunmehr attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit ohne Inanspruchnahme von Eingliederungsmassnahmen auf dem Wege der Selbsteingliederung zu verwerten vermag. 6.6.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Gemäss Art. 61 lit. a ATSG muss das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenlos sein. In Abweichung von diesem Grundsatz bestimmt Art. 69 Abs. 1 bis IVG, dass das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig ist (Satz 1). Eine besondere Regelung der unentgeltlichen Rechtspflege wurde mit der erwähnten Änderung des IVG nicht statuiert, weshalb grundsätzlich das kantonale Verfahrensrecht massgebend ist (Art. 61 Satz 1 ATSG; Urteil des Bundesgerichts 8C\_991/2008 vom 1. April 2009 E. 3.1.1). Nach Art. 61 lit. f ATSG muss das Recht, sich verbeistanden zu lassen, im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht gewährleistet sein. Der Beschwerdeführenden Person wird ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt, wo die Verhältnisse es rechtfertigen. Nach Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung hat jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und deren Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint, Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege. Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausser dem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand. Nach der Praxis sind die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos erscheint sowie die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (SVR 2009 UV Nr. 12 S. 49; Urteil des Bundesgerichts 8C\_530/2008 vom 25. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). 6.2

Der Beschwerdeführer wird gemäss Leistungsentscheid vom 31. Oktober 2014 (Urk. 13/2-3) von seiner Wohngemeinde H. \_\_\_ finanziell unterstützt. Mit Blick darauf ist er im vorliegenden Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual bedürftig zu qualifizieren. Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen (fehlende Aussichtslosigkeit und sachliche Notwendigkeit der Rechtsverbeiständung) knapp erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Bewilligung seines Gesuchs vom 1. Oktober 2014 (Urk. 1 S. 2) Rechtsanwältin Fleisch, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen, und es ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. 6.3

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6 .4

Rechtsanwältin

Fleisch ist in Anbetracht der zu berücksichtigenden Akten und der zu behandelnden Rechtsfragen bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- als unentgeltliche Rechtsvertreterin mit einer angemessenen Prozessschädigung in der Höhe von Fr. 2'100.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Auslagenersatz) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 6 .5

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist ( § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 1. Oktober 2014 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Christine Fleisch, Zürich, wird mit Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 HurstGeiger

## **E. 6**

Arterielle Hypertonie

## E. 7

### Hypercholesterinämie

Im bisherigen Tätigkeitsbereich als Hauswart bestehe seit dem Unfallereignis vom 20. März 2001 eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese lasse sich einerseits durch eine vorübergehende ausgeprägte Depression begründen. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung im April 2004 habe allerdings keine wesentliche depressive Symptomatik mehr bestanden, dies unter fortgeführter medikamentöser antidepressiver Therapie. Zusätzlich bestünden aber auch körperliche Gründe für eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in seiner bisherigen Tätigkeit, da die durchgeführten Evaluationen der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zu anhaltend ungenügendem Ergebnis geführt hätten (S. 42).

Aufgrund der Befunde in der EFL bestehe aus rein somatisch-funktioneller Sicht eine Zumutbarkeit für eine mittelschwere wechselnde Tätigkeit ganztags ohne längerdauernde Arbeit über Brusthöhe und vorgeneigte Position im Stehen/Sitzen. Sitzen, Stehen und Stehen vorgeneigt sowie Knien sollten bezogen auf einen 8-Stunden-Arbeitstag nur selten (1-5 %) vorkommen. Tätigkeiten, welche ein gutes Gleichgewicht bedürften (auf Gerüsten und Dächern etc.) könnten aufgrund der Testungen im EFL mit ungenügendem Gleichgewicht beim Gehen und Stehen auf schmaler Standfläche nicht zugemutet werden. Aufgrund der sensorineuralen Schwerhörigkeit, welche mit Hörgeräten versorgt sei, seien zudem Tätigkeiten mit Lärmexposition und Tätigkeiten, wo der Beschwerdeführer häufig zuhören müsse, nicht zu empfehlen. Zudem sollten dem Beschwerdeführer Tätigkeiten, welche einer längerdauernden Konzentration bedürften oder schnelle Reaktionen bedingten, aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung ebenfalls nicht zugemutet werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit halbtags für eine körperlich adaptierte Tätigkeit ohne zusätzliche Eingrenzungen. Aus neurologischer und rheumatologischer Sicht beständen keine weiteren Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht werde eine adaptierte Tätigkeit von 70-80 % für möglich gehalten. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine wechselbelastende maximal mittelschwere Tätigkeit eine circa 75%ige Arbeitsfähigkeit (ganztags mit vermehrten Pausen von circa 2 Stunden über den Tag verteilt). Aufgrund der interdisziplinären Untersuchung bestehe zusammenfassend eine 50%ige Arbeitsfähigkeit halbtags für eine maximal mittelschwere wechseltätig wechselbelastende Tätigkeit mit maximalen Gewichtsbelastungen von 30 Kilogramm für Heben horizontal (selten 1-5 % bezogen auf einen 8-Stunden-Arbeitstag) ohne längerdauernde

Arbeiten über Brusthöhe und vorgeneigte Positionen im Stehen und Sitzen und ohne längerdauernde Tätigkeiten in kniender Position sowie ohne Tätigkeiten, welche lärmexponiert seien und längeres Zuhören bedingten, und ohne Tätigkeiten, welche längerdauernde Konzentration und rasche Reaktionen bedürften. Ausgeschlossen seien zudem Tätigkeiten, welche Stehen und Gehen auf schmaler Standfläche beinhalteten (S. 44 und S. 58).

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