

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00650 vom 3. Oktober 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00650

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00650 du 3 octobre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00650 del 3 ottobre 2016

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

E. 1.3

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.

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einsprachentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise

begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

IVG .

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, aus medizinischer Sicht habe sich die somatische Situation beim Beschwerdeführer seit der letzten Begutachtung nicht verändert, und in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aus psychiatrischer Sicht könne auf das Gutachten von Dr. A. ___ vom Juni 2014 abgestellt und von einer Gesundheitsverbesserung ausgegangen werden. Eine relevante Einschränkung habe nicht mehr objektiviert werden können. Psychosoziale Belastungsfaktoren seien als invaliditätsfremd zu werten. Zudem könne eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit - trotz der vor allem subjektiv empfundenen Defizite - aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht mehr begründet werden. Sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen seien gestützt auf die Lohnstruktur der Bundesämter für Statistik (LSE) zu berechnen und ein zusätzlicher Abzug könne nicht gewährt werden. Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen bestehe nicht (S. 2 ff.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Rentenprüfung nicht verbessert, sondern sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert (S. 4 f. Ziff. III). Die Beschwerdegegnerin hätte daher ein interdisziplinäres Gutachten einholen müssen (S. 5 ff.). Das Gutachten von Dr. A. ___ sei ohne Beweiswert (S. 7 ff.). Dessen Einschätzung stehe im Widerspruch zu jener der behandelnden Ärzte, und er habe ihn nur für eine Stunde gesehen und zu dem auf fremdanamnestiche und aktuelle Angaben der behandelnden Ärzte verzichtet (S. 8 unten f., S. 15 unten f.). Die von den behandelnden Psychiatern am Gutachten vorgebrachten Kritikpunkte seien integrierter Bestandteil dieser Beschwerde (S. 9 ff.). Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht nachvollziehbar, er leide vielmehr an einer schweren depressiven Symptomatik (S. 11 ff.). Zudem habe auch der neu behandelnde Psychiater eine depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, und eine dauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung bestätigt sowie eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 16 f.). Hinsichtlich des Einkommensvergleichs machte der Beschwerdeführer geltend, der Betrieb wäre nicht veräussert worden, wäre er nicht arbeitsunfähig geworden. Sein Einkommen wäre mindestens der Teuerung folgend angestiegen, mit zunehmender Bekanntheit und Etabliertheit des Geschäfts. Zudem sei mindestens ein Abzug von 15 % vom Invalideneinkommen zu gewähren (S. 18 Ziff. VII).

Am 5. Oktober 2015 führte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Praxisänderung des Bundesgerichts, namentlich die Aufgabe der Überwindbarkeitsrechtsprechung, aus, dass das Gutachten von Dr. A. ___ den neuen Anforderungen nicht genüge (Urk. 11).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der Invalidenrente rechtmässig war.

E. 3.1

Die letzte eingehende Rentenüberprüfung erfolgte im Rahmen des im Dezember 2006 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 9/68) . Gestützt auf die Einschätzung der Gutachter der Y.____ vom Dezember 2007 (vgl. Urk. 9/84) setzte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Oktober

2008 die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers auf eine Dreiviertelrente herab (Urk. 9/103, Urk. 9/105) .

E. 3.1.5

mit Hinweisen) .

Weiter ist hinsichtlich der von den Ärzten der Z.____ und vom neu behandelnden Psychiater Dr. G.____ (vgl. vorstehend 4.9) diagnostizierten Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung/komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F62.0) auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wo nach eine posttraumatische Belastungsstörung nur anerkannt wird, wenn sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlichen Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können. Eine weniger einschränkende Formulierung des Belastungskriteriums oder der zeitlichen Latenz und damit die Berücksichtigung von Ereignissen, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben eines Patienten eine Traumatisierung auslösen können, oder ein erst lange nach traumatischen Ereignissen beginnender Krankheitsverlauf mag therapeutisch Sinn machen, hingegen verlangt die Leistungsberechtigung in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung, weshalb solche Konstellationen ausser Betracht bleiben müssen (Urteil des Bundesgerichts 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.3 mit Hinweisen).

Vorliegend arbeitete der Beschwerdeführer nach Einreise in die Schweiz von 1992 bis 2001 in einem Pensum von 100 % in verschiedenen Tätigkeiten (vgl. Urk. 9/4 Ziff. 6.3.1), ohne dass in psychiatrischer Hinsicht relevante Probleme verzeichnet worden wären, weshalb die Latenzzeit des Eintritts der Beeinträchtigung zur Bestätigung der Diagnose vorliegend nicht erfüllt ist. Auffallend sind auch die widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers hinsichtlich des Todes der drei Brüder. So äusserte er verschiedentlich, diese seien an Krankheit gestorben (vgl. auch Urk. 9/110/6 und vorstehend E. 4.4) und nun schreibt Dr. G.____, ein Bruder sei durch Faschisten umgebracht worden.

Berechtigt ist auch der von Dr. A.____ an den Ärzten der Z.____ geäusserte Kritikpunkt, dass sich die Therapiefrequenz und Medikation des Beschwerdeführers nicht mit der attestierten hohen Arbeitsunfähigkeit und den gestellten Diagnosen vereinbaren lässt.

Schlussendlich ist in Bezug auf die Ausführungen des langjährig behandelnden Hausarztes Dr. F.____ einerseits festzuhalten, dass es sich bei seiner Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht um eine fachärztliche handelt und andererseits das Gericht der Erfahrungstat Sache Rechnung zu tragen hat, dass Hausärztinnen und Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten

aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 3.2

Die Gutachter des Y.____ stellten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 12. Dezember 2007 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 6.1): - bekannte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht-radikulärer Schmerzausstrahlung ins rechte Bein, Differenzialdiagnose intermittierende tieflumbale Wurzelreizsymptomatik klinisch nicht auszuschliessen - mässige Osteochondrose L5/S1 und Anterolisthesis von LWK5 zu S1 und 1 cm bei Spondylolyse - mehrsegmentale degenerative Bandscheibenveränderungen mit Bandscheibenprotrusionen, mögliche Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 links (CT vom 11. April 2001, 27. Januar 2000 und 3. Mai 1995) - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom („Persistent neck pain“) - konventionell-radiologisch keine relevanten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS; Röntgen vom 6. April 2001) - nicht-radikuläre Schmerzausstrahlung in den rechten Arm - leichte Fehllage des oberen Achsen skeletts bei Beckentieferstand links um 1 cm, muskuläre Dolenzen rechts im Schultergürtelbereich

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Adipositas, einen Verdacht auf chronische Hepatitis B und eine Benzodiazepinabhängigkeit (S. 16 Ziff. 6.2).

Die Gutachter führten aus, für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Maschinenführer im 3-Schichtbetrieb oder Mitarbeiter in einer Imbissstube oder als Koch in vorwiegend stehender Tätigkeit, bestehe aufgrund der teilweise mindestens mittelschweren und achsen skelettär belastenden Tätigkeitsanteilen bleibend keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr (S. 18 Ziff. 7.2).

Für körperlich leichte Verweistätigkeiten ohne repetitives Bücken und ohne repetitive Überkopftätigkeitsanteile, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 kg, nicht ausschliesslich stehend oder gehend mit der Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen bestehe aus rein somatischer Sicht eine zu 70 % zumutbare Restarbeitsfähigkeit. Aufgrund der gleichzeitig bestehenden mittelgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung bestehe aber auch für eine derartige Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt lediglich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 18 Ziff. 7.3).

Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung hätten sich keine gefunden und eine solche sei in der Vergangenheit auch nie diagnostiziert worden. Sowohl die somatischerseits wie auch die psychiatrischerseits attestierten Diagnosen hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden, allerdings ohne additiv wirksam zu werden (S. 17 Mitte).

E. 4.1

Im Zusammenhang mit dem Verschlechterungsgesuch der Z.____ anfangs November 2013 (Urk. 9/119) finden sich folgende medizinischen Berichte in den Akten :

Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie, Neuroradiologie Schanze, C.____ Klinik, führte nach der MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 10. September 2009 (Urk. 9/123/1) aus, eine schmerzbedingte Fehllage der LWS sei bei diesem Bild wahrscheinlich. Es bestehe eine Anteposition L5 bei beidseitiger Spondylolyse L5 und eine erhebliche Osteochondrose und Spondylolyse L5/S1. Eine Mikroinstabilität am

lumbosakralen Übergang wäre möglich. Es bestehe eine sehr kleine Hernie L4/5 median und paramedian links sowie eine äusserst kleine Hernie Th11/12 posterior rechts. Die Untersuchung ergebe nirgends Hinweise auf eine lumboradikuläre Kompression. Es bestehe ein weiterer lumbosakraler Spinalkanal (S. 1).

E. 4.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Kardiologie, Herzgefäss-Zentrum, C.____ Klinik, führte in seinem Bericht vom 4. November 2013 (Urk. 9/123/2-3) nach gleichentags durchgeführtem MR des Herzens aus, die Stress-Perfusionsuntersuchung falle nicht normal aus. Es bestehe ein belastungsinduzierter Perfusionsdefekt anterior und lateral midventrikulär sowie lateral und infero-apikal. Der Befund sei vereinbar mit einer mikrovaskulären Perfusionsstörung. Eine relevante Stenosierung einer epikardialen Koronararterie könne aber nicht sicher ausgeschlossen werden. Im Übrigen zeige der linke Ventrikel eine normale Funktion. Eine invasive Abklärung werde empfohlen (S. 2).

E. 4.3

Die Ärzte der Z.____ stellten in ihrem Bericht vom 21. November 2013 (Urk. 9/121) folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Flachrücken, mässige Osteochondrose L5/S1, Anterolisthesis/Spondylolyse LWK5/S1, mehrsegmentale Bandscheibenveränderungen mit Bandscheibenprotrusionen - arterieller Hypertonus mit hypertensiven Krisen - kardialer belastungsinduzierter Perfusionsdefekt vereinbar mit einer mikrovaskulären Perfusionsstörung, klinisch Belastungsdyspnoe - Magenulcus korrelierend mit Analgetikaeinnahme, 25. Januar 2011 - gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis, Erstdiagnose 1999

Die Ärzte der Z.____ führten aus, die chronische depressive Symptomatik habe sich seit mehreren Monaten verschlechtert. Psychopathologisch bestehe im Gegensatz zu den Befunden von vor einigen Jahren nun eine mittelgradige Antriebsarmut, eine globale Störung von Konzentration und des Gedächtnisses und konsekutiv auch eine intermittierende, mit der affektiven Belastung einhergehende leichtgradige Störung der Auffassung (S. 1 unten f.). Formalgedanklich bestünden ein mittel- bis schwergradiges Grübeln, eine schwergradige Anhedonie, schwergradige Insuffizienzgefühle und ein mittelgradiger sozialer Rückzug. Es bestünden weiter eine mittel- bis schwergradige Verzweiflung, eine mittelgradige Affektlabilität sowie massive Zukunftsängste nebst einer ausgeprägten globalen Schlafstörung einhergehend mit Alpträumen. Immer wieder habe sich ein vermehrter Lebensüberdruß bis hin zu passiven lebensmüden Gedanken manifestiert. Die genannten Symptome seien medikamentös und psychotherapeutisch kaum beeinflussbar gewesen (S. 2 oben). Zusammenfassend bestehe eine depressive Störung schwergradiger Ausprägung. Zu den bekannten somatischen Diagnosen seien aktuell kardiovaskuläre Beschwerden mit medikamentös schwer beeinflussbaren hypertensiven Krisen und eine Belastungsdyspnoe hinzugetreten. Des Weiteren bestehe ein Verdacht auf einen kardialen Perfusionsdefekt, bezüglich dessen demnächst eine Abklärung mittels Herzkatheteruntersuchung stattfinde. Die Schmerzsymptomatik habe im Wesentlichen weiter bestanden.

Die Ärzte der Z.____ führten aus, aufgrund der oben genannten Befunde und Beschwerden bestehe sowohl im angestammten Bereich aber auch für angepasste Tätigkeiten bis auf

weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 Mitte).

E. 4.4

Dr. A.____ erstattete am 13. Juni 2014 das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten (Urk. 9/131). Er nannte als Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung; ICD-10 F45.40, mit Dysthymie; ICD-10 F34.1, bei gegenwärtig remittierter depressiver Störung; ICD-10 F33.4, mit einem Status nach einem Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen; ICD-10 F13.20 (S. 22 Ziff. 5).

Dr. A.____ führte aus, zusammenfassend begründeten die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) und die Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie die damit verbundenen Defizite aus rein medizinischer psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Es seien auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten, beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte (S. 33 unten f.).

Im Gegenteil lasse die vom Beschwerdeführer angegebene vollständige Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inklusive Alkohol, Tabak und Drogen) und von Benzodiazepinen zumindest angemessene innerseelische Ressourcen annehmen. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht mehr zu begründen (S. 34 oben). Hingegen seien vielfältige psychosoziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie erklärten auch weit überwiegend vor dem Hintergrund von Verdächtigungen, die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare grosse Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei der gegenwärtige Zustand aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bereits ab November 2013 anzunehmen (S. 34 Mitte).

Dr. A.____ führte aus, die im psychiatrischen Fachgutachten der Y.____ beschriebene depressive Episode sei remittiert (ICD-10 F33.4).

Aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen körperlichen Schmerzen ab etwa 1995, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt hätten, und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit des subjektiv genannten Ausmasses durch ein somatisches Korrelat, sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10 F45.4 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diskutieren (S. 28 Mitte). Die diagnostischen Kriterien seien weit überwiegend erfüllt. Die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen (beispielsweise erhaltene, beziehungsweise wieder gewonnene Fähigkeit alltägliche Verrichtungen ausüben zu können, soziale und familiäre Kontakte zu pflegen und regelmässig in die E.____ zu reisen). Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründbar (S. 30 unten f.).

Dr. A.____ führte aus, der Beschwerdeführer und die Vorakten postulierten aber auch klinisch relevante depressive Syndrome. Es bestehe aktuell eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden.

Die in den vorliegenden Berichten dokumentierten objektiven depressiven Befunde seien nicht mehr erkennbar. Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien nicht mehr erfüllt, und der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht (mehr) begründbar. Diese Einschätzung könne bereits ab November 2013 angenommen werden, nachdem aufgrund der objektiven psychopathologischen Befunde, die von der Z.____ dokumentiert worden seien, tatsächlich von einer objektiven Verbesserung im Vergleich zum psychiatrischen Fachgutachten vom November 2007 der Y.____ ausgegangen werden müsse (S. 31 Mitte).

Dr. A.____ führte aus, beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers seien auch Verdeutlichungstendenzen und vielfältige psychosoziale Faktoren (beispielsweise Herkunft, Migration, fehlender Berufsabschluss, langjähriger Rentenbezug, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, Lebensalter, finanzielle Sorgen und Schulden, Krankheit der Ehefrau, eheliche und familiäre Konflikte, Wunsch nach Rentenerhöhung) zu benennen, welche nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit einfließen seien (S. 32 unten).

Der Beschwerdeführer habe ausgeführt, er befinde sich seit 2001 in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie bei der Z.____. Gegenwärtig fänden monatliche Termine statt (S. 9 Mitte). Eine teil- und/oder vollstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie sei bislang nicht durchgeführt worden (S. 9 unten).

Laut Angaben des Beschwerdeführers, sei er früher zufrieden gewesen und wolle jetzt nicht mehr leben. Sein Rücken mache ihn fertig. Ausserdem werde er von der Vergangenheit eingeholt. Er habe viel Negatives erlebt. In der Jugend habe er drei Brüder durch Krankheit verloren. Aus politischen Gründen sei er selbst zwischen 1977 und 1984 mehrfach, insgesamt rund 2.5 Jahre inhaftiert gewesen und misshandelt worden. Er sei schwer gefoltert und erniedrigt worden. Freunde von ihm seien in der Haft gequält worden und gestorben. Noch heute habe er nachts deren Geschrei in den Ohren. Immer wieder erinnere er sich an diese schrecklichen Erlebnisse (S. 10 oben).

Den Tag verbringe er damit, indem er viel spazieren gehe. Er sehe TV und höre Radio. Im Haushalt arbeite er wenig mit. Er pflege familiäre Kontakte und treffe sich ab und zu mit Freunden. In die E.____ reise er regelmässig einmal im Jahr. Zuletzt sei er Anfang 2014 mit seiner Ehefrau für 20 Tage mit dem Flugzeug dort gewesen. Eine Tochter habe den Flug bezahlt (S. 10 Mitte).

Zur

Verschlechterungsmeldung der Z.____ führte Dr. A.____ aus, dass insbesondere der innere Widerspruch im Bericht unklar bleibe, weshalb bei einer signifikanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes, das heisse einer schweren depressiven Episode, im Fall des Beschwerdeführers keine Intensivierung oder Anpassung der therapeutischen Massnahmen (hier: seit etwa 2003 unverändert nur ein Antidepressivum in stets niedriger Dosierung, keine teil- und/oder vollstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie, kein Wechsel der Therapiemethode oder des Therapiesettings) erfolgt sei, sondern schlicht eine Verschlechterungsmeldung an die Behörde vorgenommen werde (S. 20 Mitte). Die Einschätzung im Sinne einer 0%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei theoretisch kaum begründbar (S. 20 unten).

Zudem sei in Gegenüberstellung der objektiven Befunde der Berichte der Z. ___ vom November 2007 und August 2009 zu November 2013 nicht nachvollziehbar, weshalb 2013 eine schwere Ausprägung angenommen werde. Die Einordnung als ICD-10 F33.2 werde ausserdem nicht differenziert mit Bezug zum Klassifikationssystem diskutiert. Im Gegenteil sei aufgrund der objektiven psychopathologischen Befunde tatsächlich von einer objektiven Verbesserung auszugehen. Die behandelnde Institution nehme in diesem Zusammenhang nicht Stellung zu allfälligen sozialen Belastungsfaktoren und/oder zu in den Akten dokumentierten Verdeutlichungstendenzen des Beschwerdeführers. Ausserdem sei beim Beschwerdeführer eine Abstinenz von Benzodiazepinen möglich geworden, was 2009 noch nicht der Fall gewesen sei (S. 26 unten f.). Er nenne weiter eine vollständige Abstinenz von ärztlich nicht verordneten psychotropen Substanzen. Deshalb könnten zumindest angemessene innerseelische Ressourcen beim Beschwerdeführer angenommen werden, was neben der langjährigen unveränderten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie eine Erklärung der Verbesserung des objektiven tatsächlichen psychopathologischen Zustandsbildes sein könne. Weshalb dennoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werde, bleibe unklar und begründe sich möglicherweise durch eine sehr engagierte therapeutische Arzt-Patient-Beziehung im Zusammenhang mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (S. 27 oben).

E. 4.5

Am 15. Dezember 2014 nahmen die Ärzte der Z. ___ zum Gutachten von Dr. A. ___ Stellung (Urk. 9/152/4-7). Sie führten aus, in der Begutachtung seien wesentliche Diagnosen ungeachtet der mehrheitlich konsistenten Vorberichte verändert worden, das Vorliegen einer depressiven Störung negiert und statt dessen ein somatoformes Schmerzsyndrom als wesentliche Haupterkrankung diagnostiziert worden. Gemäss ihrer eigenen auf die mehrjährige Betreuung fussenden Beurteilung sei weiter von einer depressiven Störung schweren Ausmasses bei zudem komorbid vorliegender komplexer posttraumatischer

Belastungsstörung/andauernder Persönlichkeitsveränderung nach Extrebelastung (ICD-10 F62.0) auszugehen.

Weiterhin bestehe in der Zusammenschau der Befunde und unter Berücksichtigung des niedrigen Funktionsgrades eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 1 Mitte). Begutachtungen könnten trotz methodischer Korrektheit aufgrund der nur einmaligen Konsultation nur ein begrenztes Bild vom Alltag oder dem Persönlichkeitsstil geben (S. 1 unten). Bei der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung würden organische Ursachen für die schmerzhaften Beschwerden nicht ausreichend gewürdigt, trotz konsistent dokumentierter Beschwerden sowie neu aufgetretener kardialer Beschwerden. Im Gutachten sei der deutlich erhöhte Wert im Beck-Depressions-Inventar, welcher auf eine schwere depressive Störung hinweise, nicht weiter diskutiert worden.

Die Ärzte führten aus, ihrer Ansicht nach seien die wesentlichen Symptome einer depressiven Störung schweren Ausmasses nach ICD-10 erfüllt (S. 2 Ziff. 2-4). Es sei fraglich, ob die wesentlichen depressiven Symptome durch den Gutachter überhaupt erfragt worden seien, da sie im psychopathologischen Befund fehlten. Ferner seien die Kriterien des somatischen Syndroms nicht nachvollziehbar erfasst, dessen Vorliegen aber negiert worden (S. 2 Ziff. 5 Mitte). Auch sei mehrfach im Bericht auf eine Verdeutlichungstendenz hingewiesen worden, ohne dies näher zu begründen, und in der

Gegenüberstellung der objektiven Befunde von November 2008 und August 2009 zu November 2013 seien ein zehne wenige Aspekte aus dem Gesamtkontext herausgerissen worden, um eine vermeintliche Verbesserung der depressiven Symptomatik zu begründen (S. 2 Ziff. 6-7). Auch seien bestimmte Daten durch den Gutachter nicht korrekt erfasst worden, und der Aufenthalt in der E.____ habe eher zu einer weiteren Verschlechterung der Symptomatik geführt (S. 3 Ziff. 8).

Im Gutachten werde an einigen Stellen auf die Diskrepanz zwischen Diagnostik einer schweren depressiven Episode und vermeintlich fehlender Anpassung des Behandlungssettings hingewiesen. Die Ärzte hielten weiter fest, dass die Auswahl und Dosiswahl der antidepressiven Medikation in Abwägung mit unerwünschten Nebenwirkungen erfolgt sei. Das Antidepressivum sei nicht in einer niedrigen, sondern in einer mittleren Dosierung verabreicht worden. Es sei auch nicht korrekt, dass die Dosis seit 2003 unverändert gewesen sei, da aufgrund subjektiv nicht tolerierbarer Nebenwirkungen die Medikation zwischenzeitlich reduziert worden und mit zunehmender Depressivität ab Mitte 2013 wieder aufdosiert worden sei. Zudem seien die Termine deutlich höherfrequent erfolgt, als dies der Beschwerdeführer während der Begutachtung angegeben habe (S. 3 Ziff. 9). Bei der Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seien vor allem die Funktionseinschränkungen im Alltag bei gleichzeitiger Bestehen eines psychopathologisch erkennbaren depressiven Syndroms, erkennbarer Auffälligkeiten der Persönlichkeit sowie somatischer Beschwerden ausschlaggebend gewesen (S. 3 Ziff. 10). Zudem seien im Gutachten die Foerster-Kriterien zur Überwindbarkeit nicht nachvollziehbar interpretiert worden (S. 3 Ziff. 11). Auch seien Persönlichkeitsfaktoren nicht ausreichend gewürdigt worden. Die Ärzte führten aus, der Gutachter habe die Kriterien für eine komplexe posttraumatische Störung/andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), die ihres Erachtens vorliege, nicht nachgefragt (S. 3 Ziff. 12).

E. 4.6

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2014 (Urk. 9/156) aus, der Patient leide an einer therapieresistenten chronifizierten Depression, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode mit somatischem Syndrom. Trotz intensiver psychiatrischer Behandlung durch die Ärzte der Z.____ und dem Einsatz von Psychopharmaka sei es leider zu keiner wesentlichen Linderung der Beschwerden gekommen. Zudem leide er auch an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom bei Anteroposition L5 bei beidseitiger Spondylose L5 und erheblicher Osteochondrose und Spondylose L5-S1, welche die ausgeprägten Lumboischialgie gut erklären könnten.

Dr. F.____ führte aus, der Befund der kardialen Abklärung sei vereinbar mit einer mikrovaskulären Perfusionsstörung des Myokardes und könne die belastungsabhängigen Thoraxschmerzen sehr gut erklären (S. 1 Mitte).

Aktuell klagt der Beschwerdeführer über diffuse Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine beidseits, wobei er bei Belastung beziehungsweise beim Laufen oder Stehen diffuse Schmerzexacerbationen mit stechendem Charakter spüre. Er habe auch starke Kreuzschmerzen in Ruhe, besonders im Bett. Die Nachtruhe sei wegen der Schmerzen deutlich gestört (S. 1 unten).

Unter Mitberücksichtigung der oben genannten Diagnosen und der Krankheitsentwicklung sollte die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode mit somatischem Syndrom gestellt werden, welche einer psychischen Erkrankung mit Krankheitswert entspreche. Der Patient klagt über massivste Vergesslichkeit, Kraftlosigkeit, Interessenverlust, Lustlosigkeit, über sozialen Rückzug und deutlichen Libidoverlust, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Aktivitätseinschränkungen. Es müsste mindestens eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden, und es sei auch vom Vorliegen eines eventuellen somatischen Syndroms nach ICD-10 auszugehen (S. 2 Mitte).

Dr. F. ___ hielt fest, der Patient sei auch von somatischer Seite her deutlich eingeschränkt, wobei er aus rein somatischer Sicht in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit höchstens zu 40 % arbeitsfähig sei (S. 2 unten).

E. 4.7

Dr. A. ___ führte am 26. Januar 2015 in seiner Stellungnahme zur Kritik der Ärzte der Z. ___ (Urk. 9/160/3-7) aus, die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers seien im Gutachten vom Juni 2014 differenziert erfragt, kritisch zur Kenntnis genommen und in der Gesamtbeurteilung fachlich gewürdigt worden (S. 2 Ziff. 3). Die persönliche Meinung der Fachpersonen sei zur Kenntnis zu nehmen, jedoch hätten anlässlich der Untersuchung am 14. Mai 2014 und in den vorliegenden Akten die Eingangskriterien gemäss ICD-10 F32/33 nicht bestätigt werden können. Die Autoren trennten subjektive Beschwerden und objektive Befunde nicht hinreichend und hätten sogar ausdrücklich auf die therapeutisch motivierte Notwendigkeit einer „Selbstmitbeurteilung“ durch den Beschwerdeführer hingewiesen. Dieser Zugang sei jedoch ausdrücklich im Rahmen des Gutachtensauftrages nicht anzuwenden (S. 2 Ziff. 4-5). Dr. A. ___ führte aus, er könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigen, nachdem eine vollständige intellektuelle, emotionale und/oder innerseelische Leistungsunfähigkeit des Beschwerdeführers nicht zu erkennen sei (S. 3 Ziff. 10). Auch die neu eingeführte Diagnose ICD-10 F62 könne nicht bestätigt werden (S. 3 Ziff. 12).

Zum Bericht von Dr. F. ___ vom Dezember 2014 führte Dr. A. ___ aus, dieser habe die subjektiven körperlichen und innerseelischen Beschwerden des Beschwerdeführers referiert, ohne objektive psychopathologische Befunde zu formulieren. Insofern könne die Einordnung des Gesundheitsschadens als depressive Episode im Sinne der ICD-10 nicht nachvollzogen werden (S. 4 Mitte).

Dr. A. ___ führte aus, er bestätige die diagnostische Einschätzung gemäss dem Gutachten vom 13. Juni 2014. Eine Änderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergebe sich aufgrund der nachgereichten medizinischen Berichte nicht (S. 5 Mitte).

E. 4.8

Die Ärzte der Z. ___ stellten in ihrem Bericht vom 16. Februar 2015 (Urk. 9/165) folgende Diagnosen (S. 9): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - chronisches lumbo- und zervikospodylogenes Schmerzsyndrom - Thoraxschmerzen, im Kardio-MR vom 4. November 2013: kardialer belastungsinduzierter Perfusionsdefekt, vereinbar mit einer mikrovaskulären Perfusionsstörung; in der Koronarangiographie vom 29. November 2013 mit stenosefreien

Koronararterien, normaler Pumpfunktion des linken Ventrikels; kardiale Risikofaktoren mit familiärer Belastung, Dyslipidämie, Zustand nach Nikotinabhängigkeit - Verdacht auf eine komorbid vorliegende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - anamnestisch Hepatitis B-Virus Infektion - Magengeschwür korrelierend mit Analgetikaeinnahme, 25. Januar 2011 - gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis, Erstdiagnose 1999

Die Ärzte der Z.____ führten aus, die psychopathologische, diagnostische und funktionsmässige Beurteilung beziehe sich auf eine Einschätzung bis am 25. November 2014, da der Beschwerdeführer mit seinem Umzug die Behandlung gewechselt habe (S. 1 Mitte). Mit den Ausführungen von Dr. A.____ vom 26. Januar 2015 seien die in ihrer Stellungnahme vom 15. Dezember 2015 dar gestellten Kritikpunkte am Gutachten nicht widerlegt. Auf zahlreiche Aspekte sei nicht eingegangen worden (S. 6 Mitte).

Zusammenfassend müsse jenseits der diagnostischen Diskussionen festgestellt werden, dass beim Beschwerdeführer psychopathologische Auffälligkeiten bestünden, die zu Funktionseinbussen führten. Diese seien auch empirisch belegbar. Die Funktionseinbussen seien aufgrund der Komplexität der Erkrankung mit Beeinträchtigung durch verschiedene Erkrankungen nicht überwindbar. Zur Überwindbarkeit der Beschwerden sei nochmals festzuhalten, dass ein mehrjähriger praktisch chronisch-kontinuierlicher Verlauf ohne längerdauernde Remissionen vorliege, dass eine regelmässige somatische und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt sei, eine auffällige Persönlichkeitsstruktur bestehe, psychiatrische Komorbiditäten und chronische körperliche Begleiterkrankungen bestünden, ein krankheitsbedingter Verlust der sozialen Integration bestehe, ein Krankheitsgewinn psychodynamisch nachvollziehbar vorliege und angesichts der konsequenten Behandlung unbefriedigende Behandlungsergebnisse vorlägen (S. 7 unten).

E. 4.9

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 20. März 2015 (Urk. 9/168) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0)

Dr. G.____ führte aus, er behandle den Patienten seit dem 28. August 2014, seit seinem Umzug (S. 1). Er profitiere von einer integrierten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und einer medikamentösen Behandlung und sei gleichzeitig zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 Mitte).

Der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei schwer beeinträchtigt und erschüttert durch die Todesfälle seiner drei Brüder. Einer sei im Alter von 23

Jahren durch Faschisten umgebracht worden, ein anderer sei im Alter von 42

Jahren an Leukämie gestorben und der letzte sei im Alter von 49 Jahren an einem Herzstillstand gestorben.

Der Patient sei traumatisiert, weil er infolge politischer Aktivität von 1977 bis 1981 im Gefängnis gewesen sei. Er weine zu verschiedenen Gelegenheiten, wenn er von den Misshandlungen in der E.____ erzähle.

Er habe immer Flash-backs und Albträume von diesen Horrorszenen. Er habe berichtet, dass er aufgrund dieser traumatischen Erlebnisse in der E.____ sein Leben lang sehr gelitten habe. Seine Landsleute und seine Familie äusserten oft ihre Besorgnis hinsichtlich des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers, welcher von seinem Bedürfnis zu sterben berichte. Sein Neffe habe sich im Jahr 2001 umgebracht (S. 2 Mitte).

Dr. G.____ führte aus, der Beschwerdeführer fühle sich aufgrund seiner physischen und psychischen Krankheiten limitiert und invalid. Er präsentiere eine gewichtige Ängstlichkeit, einen psychomotorischen Antrieb und einen Zustand von Schwäche und Reizbarkeit sowie schwere depressive Symptome (S. 4 unten f.). Er ertrage keine Menschenmengen mehr und auch keine Einkaufsläden oder Ansammlungen von Menschen. Auch ertrage er keine geschlossenen Räume. Er sei überwältigt und angespannt aufgrund seiner schwierigen und schmerzhaften Erinnerungen. Der Beschwerdeführer habe manchmal eine Amnesie, Dissoziationen und eine Derealisation sowie eine Entpersönlichung mit Flash-backs, Rückblenden und starken Ängsten und Beklemmung in Verbindung mit den traumatischen Ereignissen. Er leide auch an einem Fehlen von Selbstachtung und an Schuldgefühlen und zeige einen sozialen Rückzug sowie ein Gefühl der Verzweiflung. Seine Einstellung für die Zukunft sei missmutig und pessimistisch (S. 5 oben). Er schaffe es nicht, normal zu funktionieren und die Ausübung einer angepassten Tätigkeit sei unmöglich (S. 5 Mitte).

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in somatischer Hinsicht von einem seit der Y.____-Begutachtung im Jahr 2007 (vgl. vorstehend E. 3.2) unveränderten Gesundheitszustand und in psychiatrischer Hinsicht gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ vom Juni 2014 (vorstehend E. 4.4) von einem seither verbesserten Gesundheitszustand aus (vgl. vorstehend E. 2.1). Dagegen machte der Beschwerdeführer

geltend, sein Gesundheitszustand habe sich sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert, der somatische Gesundheitszustand sei ungenügend abgeklärt worden und auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ könne nicht abgestellt werden, sondern es sei viel mehr der Einschätzung der behandelnden Ärzte der Z.____ zu folgen (vgl. vorstehend E. 2.2).

E. 5.2

In somatischer Hinsicht ist zu beachten, dass seit der Begutachtung am Y.____ im Jahr 2007 keine Berichte vorliegen, die auf eine seither eingetretene höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als im dortigen Belastungsprofil formuliert, schliessen lassen würden. So nannte Dr. F.____ im Dezember 2014 (vorstehend E. 4.6) lediglich bereits bekannte Diagnosen und verwies auf die kardiologische Abklärung. Der Kardiologe Dr. D.____ äusserte sich im November 2013 (vorstehend E. 4.2) nicht zu allfälligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und empfahl eine invasive Abklärung. Aus dem Bericht der Ärzte der Z.____ vom Februar 2015 (vorstehend E. 4.8) geht hervor, dass die am 29. November 2013 durchgeführte Koronarangiographie ohne Befund blieb. Diesbezüglich sei anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund von Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie bereits im Jahr 2002 kardiologisch untersuchen liess, was ohne erklärende Befunde blieb (vgl. Urk. 9/26/5-6) sowie auch die umfassende kardiologische Untersuchung des Beschwerdeführers im Februar 2009 keine Erklärung der Beschwerden brachte (vgl. Urk. 9/110/8-16).

Auch aus dem MRI-Bericht vom September 2009 (vgl. vorstehend E. 4.1) lässt sich nicht entnehmen, dass in angepasster Tätigkeit eine weitergehende Einschränkung resultieren

würde, insbesondere ergab die Untersuchung keine Hinweise auf eine lumboradikuläre Kompression.

Es bleibt demnach bei dem von den Gutachtern der Y.____ im Dezember 2007 formulierten Belastungsprofil, in welchem dem Beschwerdeführer körperlich leichte Verweistätigkeiten ohne repetitives Bücken und ohne repetitive Überkopftätigkeitsanteile, ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 kg, nicht ausschliesslich stehend oder gehend mit der Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen aus rein somatischer Sicht zu 70 % zumutbar

sind.

E. 5.3

Dr. A.____ nannte in seinem Gutachten vom Juni 2014 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) mit Dysthymie (ICD-10 F34.1) bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Störung (ICD-10 F33.4) mit einem Status nach Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.20). 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 Beweislasterentenansprechenden 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 Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher 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 beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 5.4

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof.]).

Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; BGE 141 V 281 E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 5.5

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass auf das Gutachten von Dr. A.____ aufgrund der Änderung der Rechtsprechung ohnehin nicht mehr abgestellt werden könne (vgl. vorstehend E. 2.2).

Das Gutachten von Dr. A.____ berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden und setzt sich mit diesen und seinem Verhalten umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegebungen, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Dr. A.____ setzte sich auch umfassend mit der anderslautenden Einschätzung der Ärzte der Z.____ auseinander, weshalb das Gutachten grundsätzlich die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) erfüllt.

Es wurde jedoch im Juni 2014 und demnach vor der Rechtsprechungsänderung von BGE 141 V 281 verfasst. Damit verliert es seinen Beweiswert indes nicht per se. Zu prüfen ist vielmehr, ob das Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8).

Da der B eschwerdeführer eine erhaltene Fähigkeit hat , al ltägliche Verrichtungen auszuüben , familiär gut integriert ist und Kontakte zu Freunden pflegt und regelmässig in die E.____ reist (vgl. vorstehend E. 4. 4) fällt eine schwere Aus prä gung des psychischen Leidens ausser Betracht (Urteile des Bundesgerichts 9C_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1).

Es stellt sich deshalb die Frage, ob die mit der psychischen Gesundheitsbe ein träch tigung in Zusammenhang stehenden geltend gemachten Einschränkungen und Beeinträchtigungen überhaupt eine invalidisierende Be deutung annehmen können. Dabei ist von der grundsätzlichen Validität auszu gehen und es liegt die materielle Beweislast für Invalidität bei der versicherten Person (BGE 139 V 547 E. 8.1).

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resis tenz lässt sich den Akten und auch dem Gutachten von Dr. A.____ entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer zwar seit 2001 in psychiatrischer Behandlung bei der Z.____ befunden hat, dies jedoch nur einmal im Monat, seit 2003 lediglich ein Antidepressivum in niedriger Dosierung eingenommen wurde und weder teil- oder vollstationäre Therapien stattgefunden haben. Zudem verzeichnete Dr. A.____ mit der Remission der depressiven Problematik dennoch einen Be handlungserfolg.

Bei lediglich in diesem geringen Ausmass wahrgenommenen Therapie mög lich kei ten bei dennoch eingetretener Remission des depressiven Leidens lässt sich indes nicht auf eine invalidisierende, schwere psychische Störung, welche thera peutisch nicht angehbar wäre, schliessen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.5). Hinsichtlich der psychischen Komor biditäten kommt der diagnostizierten Dysthymie (ICD-10 F34.1) rechtspre chungs gemäss grundsätzlich keine invalidisierende Wirkung zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2013 vom 6. März 2014 E. 6.2; klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störun gen der Weltge sundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dil ling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage, Bern 2014, S. 183 f.).

Aus den somatischen Befunden geht unverändert in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % hervor (vgl. vorstehend E. 5.2).

I m Bereich des Komplexes Persönlichkeit bestehen keine Hinweise auf zu prüfen de Merkmale, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fallen könnten. In Bezug auf den Indikator des sozialen Kontextes (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer regel mässig soziale Kontakte zu Familienmitgliedern und Freunden unterhält, wes halb davon auszugehen ist, dass er familiär und sozial gut integriert ist, was sich potenziell günstig auf sei ne Ressourcen auswirken dürfte.

Zu prüfen gilt es sodann die Kategorie Konsistenz , insbesondere in Bezug auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in al len vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4 und 4.4.1). Laut den Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung bei Dr. A.____ , verbringe er den Tag damit, viel spazieren zu gehe n , Radio zu höre n und TV zu sehe n , familiäre Kontakte zu pflege n und sich ab und zu mit Freunden zu treffe n . Zudem reise er regelmässig einmal im Jahr in die E.____ .

Von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen kann nicht gesprochen werden.

Bei dieser Sachlage ergeben sich auch unter Berücksichtigung der beachtlichen Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen, weshalb Dr. A.____ der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) zu Recht keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugestanden hat.

E. 5.6

Auch vermag die vom Beschwerdeführer und von den Ärzten der Z.____ im Dezember 2014 und Februar 2015 geäusserte Kritik am Gutachten von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 4.5 und E. 4.8) dieses nicht in Zweifel zu ziehen.

Der Beschwerdeführer bemängelte in seiner Beschwerde die Dauer der Begutachtung, sowie den Umstand, dass Dr. A.____ auf das Einholen einer Fremdanamnese verzichtet hat (vgl. vorstehend E. 2.2.).

Diesbezüglich ist zu beachten, dass es rechtsprechungsgemäss keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration gibt, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2).

Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2).

Hinsichtlich der Ausführungen der seit 2001 behandelnden Ärzte der Z.____ vom Dezember 2014 und Februar 2015

(vgl. vorstehend E. 4.5 und E. 4.8) gilt es zu berücksichtigen, dass

ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte angebracht ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Sie

vermischten sodann somatische und psychiatrische Diagnosen miteinander und schienen sich unkritisch auf die subjektiven Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers zu stützen. Wie Dr. A.____ zu Recht kritisierte, äusserten sich die Ärzte der Z.____ nicht zu allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren oder zu auch anderweitig in den Akten dokumentierten Verdeutlichungen. So berichtet Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, nach Untersuchung des Beschwerdeführers im März 2009, dass sich der Patient vollständig unauffällig bewege, sobald jedoch die Arbeit und die Invalidenversicherung angesprochen würden, er sich krümme und vor Schmerzen stöhne (vgl. Urk. 9/110/6-7).

Was die von den Ärzten der Z.____ gerügte Nichtberücksichtigung der Ergebnisse des Beck-Depressions-Inventars durch Dr. A.____ angeht, ist zu berücksichtigen, dass dieses im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruht und demnach keine objektive Einschätzung des tatsächlichen Gesundheitszustandes erlaubt. Zudem ist

dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration rechtsprechungsge mäss generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E.

E. 5.7

Zusammenfassend ist damit der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu betrachten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ vom Juni 2014 seit letztmaliger Begutachtung am Y. ____ im Jahr 2007 verbessert hat und nunmehr von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auszu gehen ist.

In somatischer Hinsicht ist dagegen von einem seither unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, womit nach wie vor eine Restarbeitsfähigkeit in einer leichten angepasster Tätigkeit von insgesamt 70 %

besteht.

E. 6

Der Beschwerdeführer war von 1992

bis 1999 als Maschinenführer im Dreischicht-Betrieb und hernach von 1999 bis März 2001 als Koch bei der I.____ GmbH tätig (vgl. Urk. 9/1/1-2, Auszug aus dem individuellen Konto; IK-Auszug, Urk. 9/11, Urk. 9/13, Urk. 9/19, Urk. 9/21), wobei diese Firma stillgelegt wurde (vgl. Urk. 9/10, Urk. 9/19 Ziff. 3). Seit dem Jahr 2001 ging er keiner Erwerbstätigkeit mehr nach und eine Anpassung des zuletzt erzielten Einkommens an die Nominallohnentwicklung über einen derart langen Zeitraum würde kein realistisches Bild ergeben. Es rechtfertigt sich vorliegend demnach, bei der Bestimmung des Valideneinkommens auf den Durchschnittslohn (Zentralwert) für Männer für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1 der LSE

2012, Tabelle TA1, privater Sektor Schweiz 2012) abzustellen. Auch das Invalideneinkommen ist gestützt auf diesen statistischen Wert der LSE zu berechnen.

Somit kann hier von der ärztlich geschätzten Arbeits(un)fähigkeit ohne Weiteres - unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn - auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich

vorgenommen werden (Urteile des Bundesgerichts 9C_888/2014 vom 4. Februar 2015 E. 2 f. und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3). Vorliegend erscheint bei lediglich noch in einem Teilzeitpensum möglicher Tätigkeit und nach langer Abstinenz vom Arbeitsmarkt zufolge langjährigem Rentenbezug ein Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 15 % gerechtfertigt (vgl. BGE 126 V 472 E. 4.2.3) .

Demnach resultiert bei einem noch möglichen Arbeitspensum in angepasster Tätigkeit von 70 % unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % ein Invaliditätsgrad von rund 40 %, bei welchem Ergebnis der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung mit der Feststellung aufzuheben ist, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2015

Anspruch auf eine Viertelsrente hat .

E. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs . 1bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen

und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Mai 2015 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer

ab 1. Juli 2015 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Laur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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