

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00979 vom 22. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00979

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00979 du 22 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00979 del 22 maggio 2017

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

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). 1. 3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 1.3

Anfang April 2012 leitete die IV-Stelle ein weiteres Revisionsverfahren ein

(Urk. 10/78 ff.). In dessen Rahmen liess sie den Versicherten psychiatrisch durch ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersuchen (Bericht vom 9. August 2012, Urk. 10/90). In der Folge machte sie den Versicherten am 14. Februar 2013 ein weiteres Mal auf seine Schadenminderungspflicht aufmerksam. Sie führte aus, gemäss der Einschätzung des RAD könne durch eine Intensivierung der ambulanten fachpsychiatrischen Behandlung seine Arbeitsfähigkeit innert neun Monaten auf 30 % in der freien Marktwirtschaft gesteigert werden. Er sei gehalten, diese Massnahme umzusetzen (Urk. 10/91).

Im weiteren Verlauf nahm sie den Bericht des behandelnden Psychiaters vom 23. Dezember 2013 zu den Akten (Urk. 10/102) und liess den Versicherten durch Dr. med.

Dr. sc. nat. ETH Y.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 8. April und 4. Juni 2014 mit interdisziplinärer Zusammenfassung vom 4. Juni 2014, Urk. 10/105-108). Mit Vorbescheid vom 7. Juli 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie gedenke, die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufzuheben (Urk. 10/11

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen). 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).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht

erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). 1.

E. 4

). Am 10. Juli 2014 schilderte sie ihm die geplanten Eingliederungsmassnahmen und lud ihn zu einem Gespräch zwecks Abklärung seiner beruflichen Situation ein (Urk. 10/117). Mit Mitteilung vom 18. Juli 2014 wurde die berufliche Eingliederung mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit

abgeschlossen (Urk. 10/123). Am 5. August 2014 hielt der Beschwerdeführer fest, er sei gewillt, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 10/124). Daraufhin fand eine Eingliederungsberatung statt (Urk. 10/127), welche in der Gewährung von Arbeitsvermittlung mündete (Mitteilung vom 21. August 2014, Urk. 10/128). Gegen den Vorbescheid vom 7. Juli 2014 erhob der Versicherte am 4. September 2014 (Urk. 10/131), ergänzt am 13. Oktober 2014 (Urk. 10/137) unter Beilage eines neuen Arztberichts (Urk. 10/136), Einwand. Mit Mitteilung vom 10. September 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten den Abschluss der beruflichen Eingliederung mit (Urk. 10/134). Mit Verfügung vom 14. August 2015 hob die IV-Stelle die Invalidenrente wie angekündigt auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 10/140 = Urk. 2).

2.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 16. September 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen.

In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2015 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer mit gerichtlicher Verfügung vom 27. Oktober 2015 mitgeteilt wurde. Zugleich wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Advokatin Karin Wüthrich, Pro cap Schweiz, Olten, als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt (Urk. 11).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Strittig ist vorerst, ob es zwischen dem 20. Januar 2011 und der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2015 überhaupt zu einer relevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse gekommen ist. Aus somatischer Sicht hat sich der Gesundheitszustand unbestrittenermassen nicht wesentlich verändert, was mit den Angaben von Dr. Y.____ im Gutachten in Einklang steht (Urk. 10/107/52).

Dr. Z.____

gelangte in seinem Gutachten zum Schluss, der psychische Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Revision und auch im Vergleich zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung durch Dr. C.____

verbessert (Urk. 10/105/27, Urk. 10/105/29-31). Diese Angaben machte er im Bewusstsein seiner abweichenden diagnostischen Einschätzung (Urk. 10/105/29). So führte er explizit aus, obschon eine andere diagnostische Einordnung erfolge, sei nicht von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen (Urk. 10/105/30-31).

Vergleicht man die von Dr. Z.____ erhobenen Befunde mit den früher erhobenen, ist darin eine Verbesserung zu erkennen, dass die affektiv depressive Symptomatik bei der Begutachtung durch ihn nur noch leicht- bis allfällig mittelgradig ausgeprägt war (Urk. 10/105/29). Der Rapport zum Beschwerdeführer konnte sehr gut hergestellt werden inklusive Blickkontakt (Urk. 10/105/15), währenddem er bei der Untersuchung durch Dr. C.____ im August 2012 nur knapp herstellbar gewesen war (Urk. 10/90/5). Gemäss dem Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____, welches zur letztmaligen Bestätigung der ganzen Rente geführt hatte, wies der Beschwerdeführer kein Interesse und keinen Antrieb auf (Urk. 10/72/15). Bei der Begutachtung durch Dr. Z.____ war die Antriebsstörung nur noch mässiggradig ausgeprägt und eine Interessenverarmung angesichts der Schilderungen mannigfaltiger Interessen nicht nachvollziehbar (Urk. 10/105/21). So berichtete der Beschwerdeführer nebst seinem Interesse für Sportsendungen im Fernsehen - besonders Tennis, Pferdesport und Basketball - (Urk. 10/105/13) namentlich über sein grosses Hobby, das Fischen, welches er ein- bis zweimal wöchentlich ausübe (Urk. 10/105/9). Ferner interessierte er sich laut Gutachten für die Nachrichten (Urk. 10/105/13), für politische wie auch sportliche Themen und für die Tagesaktualität (Urk. 10/105/11). Er bildet sich in seiner Freizeit, wobei er viel las, intellektuell hochwertige Bildungssendungen im Fernsehen verfolgt und in der Allgemeinbildung ein überdurchschnittliches Wissen aufwies (Urk. 10/105/11). Insgesamt kann vor diesem Hintergrund mit weniger ausgeprägten depressiven Symptomen sowie mit gesteigerten Interessen die von Dr. Z.____ angegebene Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands nachvollzogen werden. Dabei ist zu beachten, dass die Notwendigkeit, eine bloss andere Beurteilung nicht als Anlass einer materiellen Revision gelten zu lassen, nicht dazu führen darf, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung so hoch angesetzt werden, dass die ursprüngliche Festlegung praktisch perpetuiert wird. Dies gilt insbesondere für psychiatrische Beurteilungen, bei denen praktisch immer ein Spielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte leg artis vorgegangen ist. Hier können die Beurteilungen nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 29. August 2011, E. 4.4 mit Hinweisen). Nach dem Gesagten sind eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen respektive ein Revisionsgrund rechtsgenügend ausgewiesen. Dies hat zur Folge, dass der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") neu zu prüfen ist, wobei keine Bindung an

frühere Beurteilungen besteht (Urteil des Bundesgerichts 9C_378/2014 vom 21. Oktober 2014, E. 4.2).

E. 4.2.1

Der somatische Teil des aktuellsten Gutachtens blieb unbeanstandet. Dr. Y.____

untersuchte den Beschwerdeführer internistisch, rheumatologisch, neurologisch sowie mittels Bioimpedanz-Analyse und Laboruntersuchungen (Urk. 10/107/40-45), hatte detaillierte Kenntnis der Vorakten (Urk. 10/107/5-37), erhob die Anamnese (Urk. 10/107/2-4) und berücksichtigte die Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Leiden (Urk. 10/107/38). Gestützt darauf gelangte sie zum Schluss, dass der Beschwerdeführer für Tätigkeiten mit einem leichten bis mittelschweren Belastungsniveau (Heben oder Tragen von Lasten bis zu 15 Kilogramm) voll einsetzbar sei. Dies überzeugte vor dem Hintergrund der verminderten Belastbarkeit und Beschwerden des rechten Knies sowie der Halswirbelsäule (Urk. 10/107/46) bei jedoch unter Ablenkung weitgehend unauffälligen Befunden (Urk. 10/107/40-44) mit weit über dem Normwert liegender Muskelmasse (Urk. 10/107/47) und bei deutlichen Gebrauchsspuren an den Händen (Urk. 10/107/48).

Zu einer aus somatischer Sicht weitgehend erhaltenen Erwerbsfähigkeit passt auch, dass der Beschwerdeführer keine Schmerzmittel benötigt (Urk. 10/107/47, Urk. 10/107/51).

E. 4.2.2

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest, für körperlich leichte Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 2 S. 2). Der Beschwerdeführer ist gelernter Schweisser/Schlosser (Urk. 10/12/4, Urk. 10/25/2) und arbeitete zuletzt während mehrerer Jahre für die G.____ AG, wo er Spengler- und Schweissarbeiten erledigte (Urk. 10/12/5,

Urk. 10/25/2, Urk. 10/25/5, Urk. 10/25/8). Weshalb sie die angestammte Tätigkeit als Schweisser als weiterhin zumutbar und damit als körperlich nicht belastende Tätigkeit einstuft, begründete die Beschwerdegegnerin nicht. Den Akten lassen sich keine Angaben dazu entnehmen, welchem Belastungsprofil die Spengler- und Schweissarbeiten bei der G.____ AG entsprachen (vgl. insbesondere den Arbeitgeberfragebogen von Ende Mai 2006, Urk. 10/17). Dem nach bleibt offen, ob der Beschwerdeführer dabei auch Lasten von mehr als 15 Kilogramm heben oder tragen musste, was ihm nunmehr nicht mehr zumutbar ist. Ein Hinweis darauf, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit nicht um eine ausgesprochen belastende Tätigkeit handelte, ist darin zu erblicken, dass der Hausarzt in seinem Bericht vom 5. Mai 2012 den Knieschmerzen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass und den Beschwerdeführer ausschliesslich wegen einer depressiven Störung als arbeitsunfähig erachtete (Urk. 10/81/1, Urk. 10/81/3). Bei einer verminderten Belastbarkeit und Beschwerden nicht nur des rechten Knies, sondern auch der Halswirbelsäule (Urk. 10/107/46), steht jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Schweisser noch arbeitsfähig ist. Weitere diesbezügliche Abklärungen erübrigen sich indes, da auch für den Fall, dass er eine andere, dem von Dr. Y.____ angegebenen Zumutbarkeitsprofil entsprechende Tätigkeit ausüben würde, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

E. 4.2.3

Die Anstellung bei der G.____ AG verlor der Beschwerdeführer nicht aus gesundheitlichen Gründen (Urk. 10/10/1, Urk. 10/25/2-3, Urk. 10/25/5, Urk. 10/25/8, Urk. 10/105/9, Urk. 10/107/3). Für die Bestimmung des Valideneinkommens sind daher - ebenso wie für jene des Invalideneinkommens - die Löhne aus der

vom Bundesamt für Statistik (BFS) her ausgegebenen (seit 2012 in revidierter Form durchgeführten) Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 beizuziehen. Wäre der Beschwerdeführer gesund geblieben, hätte er sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder eine ähnliche Tätigkeit mit einem vergleichbaren Verdienst gesucht. Im Baugewerbe (Ziffern 41 bis 43) könnte er auf dem Kompetenzniveau 2, welches unter anderem das Bedienen von Maschinen umfasst, als Mann ein standardisiertes Einkommen von Fr. 5'885.-- pro Monat erzielen (LSE 2014 Tabelle TA1 [Privater Sektor], im Internet abrufbar). Mangels anderer Berufsausbildungen kommen für ihn (im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils) als Verweistätigkeit ungelernete respektive solche mit Hilfscharakter in Frage.

Das in einer derart angepassten Tätigkeit noch erzielbare standardisierte monatliche Einkommen (Kompetenzniveau 1) beträgt Fr. 5'312.-- (LSE 2014 Tabelle TA1, Total [Zentralwert] Männer). Der Umstand, dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, ist kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017, E. 3.4.2 mit Hinweisen). Auch der Faktor Alter wirkt sich nicht (zwingend) lohnsenkend aus. Denn Hilfsarbeiten

werden auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig

nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017, E. 3.4.3 mit Hinweisen). Weitere Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit nur mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen verwerten könnte, fehlen, weshalb von der Vorannahme eines leidensbedingten Abzugs abzusehen ist. Eine Hochrechnung dieser monatlichen Einkommenszahlen aufs ganze Jahr sowie eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 und an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit bliebe ohne Einfluss auf das prozentuale Verhältnis des Invalideneinkommens zum Valideneinkommen. Pro Monat resultiert bezüglich der somatischen Beeinträchtigung eine Einkommenseinbusse von Fr. 573.-- (Fr. 5'885.-- minus Fr. 5'312.--), woraus sich im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 5'885.-- ein Invaliditätsgrad von gerundet 10% ergibt.

E. 4.3

Dr. Z.____

untersuchte den Beschwerdeführer psychiatrisch, erhob die Anamnese (Urk. 10/105/4-10) sowie die objektiven Befunde (Urk. 10/105/14-17) und berücksichtigte die Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Beschwerden (Urk. 10/105/10-12), zu seinem Tagesablauf und seiner Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/105/13) sowie die Vorakten (Urk. 10/105/4). Dr. Z.____ nannte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine chronische Anpassungsstörung mit regressiv-depressiver Störung (Urk. 10/105/28). Nach Ansicht des Gutachters liegt deshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 40% vor (vgl. vorstehende E. 3.2.5).

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall das Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Es kann damit von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015, E. 6.3).

Auffallend ist, dass bei der Begutachtung Klagen über die gescheiterte zweite Ehe des Beschwerdeführers ganz im Vordergrund standen (Urk. 10/105/20). So berichtete dies er anlässlich der Befragung nach seinem aktuellen psychischen Leiden spontan über seine Erlebnisse in den Ehejahren mit seiner zweiten Frau, dass dies die Enttäuschung seines Lebens gewesen sei und er nicht darüber hinwegkomme (Urk. 10/105/10). Die Depression entwickelte der Beschwerdeführer unter den Strapazen der Scheidung und infolge der Demütigungen durch seine Ex-Ehefrau (Urk. 10/105/18).

Nebst diesem psychosozialen Belastungsfaktor wurde das psychopathologische Geschehen durch weitere psychosoziale Faktoren wie finanzielle Probleme, Alleinleben und soziale Isolierung ausgelöst und wird durch diese weiterhin unterhalten (Urk. 10/105/21, Urk. 10/105/27). Daher muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert in ausgeprägter Weise vorhanden sein, damit von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden kann (vgl. vorstehende E. 1.2).

Eine Anpassungsstörung ist jedoch ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007

vom 28. Juli

2008, E.

3.3.2 mit Hinweisen). Auch eine mittelgradige depressive Episode, welche durch psychosoziale Probleme ausgelöst wurde, stellt keine ausgeprägte psychische Störung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009, E.

3.1 und 3.2), wie sie im vorliegenden Fall erforderlich wäre.

Unabhängig von der exakten Diagnose lag im Zeitpunkt der Begutachtung lediglich eine leicht- bis allfällig mittelgradig ausgeprägte affektiv depressive Symptomatik vor (Urk. 10/

105/21, Urk. 10/ 105/29). Diese Beurteilung über zeugt vor dem Hintergrund der erhobenen Befunde mit sehr gut herstellbarem Rapport (Urk. 10/ 105/31), gut erhaltener Aufmerksamkeit, Konzentration und Auffassung , mit nur minimalem zum negativen Pol verschobener Grundstimmung, uneingeschränkter Schwingungsfähigkeit, leicht bis mässig reduziertem Antrieb, unauffälliger Psychomotorik, fehlenden Hinweisen auf eine generelle Freud- oder Interessenlosigkeit, reduziertem Selbstwert

(Urk. 10/ 105/16 -17) und angesichts der erhaltenen Interessen in verschiedenen Bereichen (Urk. 10/ 105/11).

Eine invalidisierende Wirkung einer maximal mittelschweren depressiven Störung setzt voraus, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 , E. 3.2 mit Hinweis). Dr. Z.____

gab indes an, eine verhaltenstherapeutisch orientierte aktivierende und die erhaltenen Ressourcen fördernde Behandlung sei nur unzureichend durchgeführt worden (Urk. 10/ 105/27).

Er empfahl, die persönlichkeitsakzentuierenden Symptome seien mehr in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen und die psychopathologischen Symptome der chronischen Anpassungsstörung seien einer verhaltenstherapeutischen Behandlung zuzuführen (Urk. 10/ 105/30). Hinzu kommt, dass mit zeitweise nur einer Konsultation pro Monat beim behandelnden Psychiater Dr. D.____ (Urk. 10/90/3) und auch bei zwei Konsultationen pro Monat (Urk. 10/105/14)

nicht von einer ausreichend konsequenten Therapie gesprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013

vom 29. Oktober 2013, E. 4.1). Somit hat sich die depressive Symptomatik bislang nicht als therapieresistent erwiesen.

Aus dem Gesagten ist insgesamt zu schliessen , dass von der Ausprägtheit des Leidens her kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Im Übrigen handelt es sich bei der beim Beschwerdeführer vorhandenen depressiven Symptomatik um ein therapeutisch noch angebares Leiden . Infolgedessen liegt weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, weshalb die Renteneinstellung im Ergebnis nicht zu beanstanden ist.

E. 4.4

Der Beschwerdeführer wandte ein, dadurch, dass weder der Gutachter noch der RAD zu den Ausführungen des behandelnden Psychiaters vom 3. Oktober 2014 Stellung genommen habe, sei sein Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden (Urk. 1 S. 6).

Im Zusammenhang mit Expertengutachten beinhaltet das rechtliche Gehör insbesondere das Recht, Kenntnis vom Inhalt des Gutachtens zu nehmen und dem Experten ergänzende Fragen zu stellen. Verwaltung oder Gericht können jedoch von der Beantwortung der Ergänzungsfragen durch den Experten absehen, wenn davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung). Der Anspruch auf rechtliches Gehör beinhaltet keineswegs die Verpflichtung, die Sachverhaltsdarstellung einer Prozesspartei einer Gutachterin oder einem Gutachter nochmals vorzulegen (Urteil des Bundesgerichts 8C_142 /2014 vom 22. Oktober 2014, E. 4.2.1 und 4.2.2 mit Hinweisen). Diesem

formellen Einwand des Beschwerdeführers ist daher nicht zu folgen. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

E. 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.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Ver gleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010, E. 2.2 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, E. 2.2 mit Hinweisen). 1.

E. 5.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 11) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen; dies unter Hinweis auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 5.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Advokatin Karin Wüthrich, aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Wird eine Entschädigung beansprucht, reicht die Partei dem Gericht vor dem Endentscheid eine detaillierte Zusammenstellung über ihren Zeitaufwand und ihre Barauslagen ein. Im Unterlassungsfall setzt das Gericht die Entschädigung nach Ermessen fest (§ 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht; GebV

SVGer). Trotz der gerichtlichen Aufforderung vom 27. Oktober 2015 (Urk. 11) hat die Rechtsvertreterin keine Kostennote eingereicht. Ihre Entschädigung ist daher von Amtes wegen festzusetzen.

Unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien ist sie

mit Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Advokatin Karin Wüthrich, Procap Schweiz, Olten, wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

E. 6

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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, gemäss dem in Auftrag gegebenen psychiatrisch-rheumatologischen Gutachten habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stark verbessert. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten. Im psychiatrischen Teilgutachten sei der Diagnose einer chronischen Anpassungsstörung mit regressiv-depressiver Störung Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen worden. Dabei handle es sich jedoch um eine Z-Diagnose, welche nicht unter den Begriff eines rechtserheblichen Gesundheitsschadens falle. Des Weiteren lägen erhebliche psychosoziale Probleme vor, welche invaliditätsfremd seien. Nach dem Gesagten bestehe kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mehr (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde unter Hinweis auf den Bericht seines behandelnden Psychiaters vor, beim psychiatrischen Gutachten handle es sich lediglich um eine andere Einschätzung der unveränderten gesundheitlichen Situation (Urk. 1 S. 4).

Dass sich sein Gesundheitszustand nicht verbessert habe, ergebe sich nicht nur aus den Berichten des behandelnden Psychiaters, sondern auch aus der RAD-Stellungnahme vom 7. August 2012 sowie aus dem Fragebogen zur Rentenrevision vom 2. April 2012 (Urk. 1 S. 4-5). Einzig im Gutachten von Dr. Z.____ sei von einer Verbesserung ausgegangen worden, jedoch habe die Beschwerdegegnerin selber ausgeführt, die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge im Gutachten seien wenig einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen in nicht nachvollziehbarer Weise hergeleitet worden. Es sei nicht statthaft, nur die „passenden“ Teile des Gutachtens zu berücksichtigen. Dr. Z.____ habe auch als einziger keine depressive Störung diagnostiziert (Urk. 1 S. 5). Dadurch, dass weder der Gutachter noch der RAD zu den Ausführungen des behandelnden Psychiaters vom 3. Oktober 2014 Stellung genommen habe, sei das rechtliche Gehör verletzt worden. Zusammenfassend machte der Beschwerdeführer geltend, auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 6). Für den Fall, dass dem Gutachten dennoch Beweiswert zugestanden werde, hielt er fest, dass es sich bei der chronischen Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) nicht um eine Z-Diagnose handle und der Gutachter deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestätigt habe. Dabei habe er die psychosozialen Komponenten berücksichtigt. Im Übrigen handle es sich bei den genannten psychosozialen Komponenten um Folgen der bestehenden psychischen Erkrankung, sodass selbst beim Abstellen auf das Gutachten von einer höheren als der 40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk. 1 S. 6-7). Des Weiteren behielt er sich Ausführungen zu einem Einkommensvergleich vor (Urk. 1 S. 7). 3. 3.1

Den massgebenden Vergleichszeitpunkt (vgl. E. 1. 5 vorstehend) bildet die Mitteilung vom 20. Januar 2011 (Urk. 10/75). Diese basierte auf dem psychiatrisch-neurologischen Gutachten von Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. B.____, Facharzt für

Psychiatrie und Psychotherapie , vom 4. November 2010 (Urk. 10/72) sowie auf der RAD-Stellungnahme von Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , vom 14. Dezember 2010 (vgl. Urk. 10/74/3-4).

Gemäss dem Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ vom 4. November 2010 lag keine relevante neurologische Pathologie vor (Urk. 10/72/16) . Aus psychiatrischer Sicht litt der Beschwerdeführer an einer mittelschweren depressiven Episode an der Grenze zu einer schweren depressiven Episode. Er war in seiner Stimmung eingeschränkt schwingungsfähig, hatte Insuffizienz- und Wertlosigkeitsgefühle, kein Interesse, keinen Antrieb und war hypobul und anhedon . Seine kognitiven Fähigkeiten waren im Rahmen der Depression beeinträchtigt. Eine Persönlichkeitsstörung wurde nicht diagnostiziert und die posttraumatische Belastungsstörung wurde als abgeheilt beurteilt (Urk. 10/72/15). Aus bidisziplinärer Sicht gelangten die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aufgrund der schweren mittelgradigen depressiven Episode noch bis im Juni 2011 vollumfänglich arbeitsunfähig. In dieser Zeit sei die Tätigkeit im geschützten Umfeld zu steigern, so dass er ab Sommer 2011 im Rahmen von 30 % in der freien Marktwirtschaft arbeiten können sollte. Dies sei aus gutachterlicher Sicht wahrscheinlich und ihm vor dem Hintergrund der zumutbaren Willensanstrengung zuzumuten. Die Fortsetzung der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung sei sinnvoll. Im Reintegrationsprozess müsse beachtet werden, dass er unter einem erheblichen psychosozialen Druck stehe, solange die Problematik mit der Ehefrau und das Sorgerecht der Tochter noch nicht gelöst seien. Er benötige viel Zuspruch und Zuwendung, damit er seine Motivation weiter stabilisieren könne. Diesbezüglich sei die Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung empfehlenswert (Urk. 10/72/16-17).

Dr. C.____

hielt in der RAD-Stellungnahme vom 14. Dezember 2010 fest, auf das eingeholte Gutachten könne abgestellt werden. Es lägen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor: eine depressive Episode mittleren bis schweren Grades (ICD-10: F32.1/2) mit Chronifizierung , dysthyme schwer nehmende Persönlichkeitszüge (ICD-10: F73.1), ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach Überfall mit Körperverletzung am 23. November 2009, eine leicht bis mässig ausgeprägte kognitive Störung bei seelischer Interferenz sowie ein leicht ausgeprägtes linksbetontes Zervikalsyndrom . Neurologische Einschränkungen lägen keine relevanten vor. Aus psychiatrischer Sicht habe sich eine leichte Besserung eingestellt. Nach wie vor lägen aber mit grosser Wahrscheinlichkeit kognitive Einschränkungen in Bezug auf das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die Ablenkbarkeit und die Konzentration vor mit einer Verlangsamung und Verarmung des Gedankengangs. Bis Juni 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige sowie für angepasste Tätigkeiten. Ab Juli 2011 sei für die bisherige Tätigkeit weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Für eine angepasste Tätigkeit mit dem Belastungs- und Ressourcenprofil der jetzigen geschützten Arbeitsstelle sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen. Damit ein Übergang in die freie Marktwirtschaft möglich sei, benötige der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen oder Integrationsmassnahmen sowie die Unterstützung des jetzigen Arbeitgebers. Die Prognose sei zwar ernst, aber nicht hoffnungslos, insbesondere weil der Beschwerdeführer eine leichte Besserung zeige und motiviert sei, seine Lebenssituation noch etwas zu verbessern . Die nächste medizinische Reevaluation sei in zwei Jahren indiziert

(Urk. 10/74/3 -4) . 3.2

3.2.1

Im Rahmen des Anfang April 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 10/78 ff.), das zur angefochtenen Verfügung vom 14. August 2015 (Urk. 2) führte, wurden Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 10/

E. 8

1, Urk. 10/83, Urk. 10/89, Urk. 10/102, Urk. 10/136) , der RAD-Untersuchungsbericht vom 9. August 2012 (Urk. 10/90) sowie das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. Y.____ (Urk. 10/105-108) eingeholt.

Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.____ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie , diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Juni 2012 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.11), eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6) sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, und mass diesen Erkrankungen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 10/83/1). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem letzten Bericht zu psychotherapeutischen Gesprächen zu ihm gekommen und habe die verschriebenen Medikamente eingenommen. Durch die ganze Zeit habe er unter depressiven Symptomen gelitten. Er sei niedergeschlagen gewesen, innerlich angespannt, ängstlich, im Antrieb vermindert, lust- und interesselos. Er habe sich schon lange Zeit stark zurückgezogen, lebe sozial isoliert und pflege kaum mehr Kontakt zu seiner Tochter. Die Kontakte im Rahmen der Tagesstätte in E.____ seien spärlich und ungenügend. Er schäme sich wegen seiner Arbeitsunfähigkeit, leide deswegen unter starker Selbstwertproblematik und fühle sich minder wertig. Neben den psychischen Symptomen habe er starke körperliche Beschwerden, werde von andauernden Schmerzen und Schwindelgefühlen geplagt. Der Zustand habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Er sei aus psychiatrischer Sicht nach wie vor arbeitsunfähig. Trotz der durchgeführten Therapie seien psychische und körperliche Symptome in gleicher Intensität vorhanden. Nach dem bisherigen Verlauf sei auch in Zukunft mit keiner wesentlichen Besserung zu rechnen. Die Prognose sei ungünstig (Urk. 10/83/1-2). Er sei nur zu einer 50%igen Tätigkeit in einem geschützten psychiatrisch/psychologisch geführten Milieu in der Lage und zeige auch dort starke Leistungsschwankungen. Ansonsten sei er seit Januar 2011 durchgehend sowohl in seinem angestammten als auch in jedem anderen Beruf voll arbeitsunfähig (Urk. 10/83/3, Urk. 10/83/7). 3.2.2

Dr. C.____ nannte in seinem Untersuchungsbericht vom 9. August 2012 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), welcher er Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass. Den Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach Überfall mit Körperverletzung am 23. November 2009 beurteilte er als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/90/7).

Dr. C.____

führte aus, es seien keine von der Norm abweichenden Verhaltensauffälligkeiten beobachtbar gewesen. Insbesondere seien keine Schmerzexpressionen oder schmerzbedingte Ausgleichshaltungen und Positionswechsel erkennbar gewesen (Urk. 10/90/4). Auch beim Empfang sei die Kontaktaufnahme inklusive Blickkontakt

unauffällig gewesen (Urk. 10/90/1). Die Auffassung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht eingeschränkt, da der Beschwerdeführer dem Gespräch folgen und die gestellten Fragen beantworten könne. Die Merkfähigkeit sei mittelgradig, das Langzeitgedächtnis leicht- bis mittelgradig reduziert. Das Kurzzeitgedächtnis sei unauffällig, das formale Denken logisch, kohärent und leicht verlangsamt. Der affektive Rapport sei knapp herstellbar bei leicht- bis mittelgradig reduzierter affektiver Modulationsfähigkeit und mittelgradig reduzierter Stimmung. Die Freudfähigkeit sei mittelgradig reduziert, ebenso das Interesse am Leben und die Hoffnung, dass alles noch einmal besser werde. Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein seien mittelgradig reduziert. Das Gefühl für Vitalität, Kraft und Energie sei ebenfalls mittelgradig reduziert. Antrieb und Psychomotorik seien leicht- bis mittelgradig reduziert (Urk. 10/90/5, Urk. 10/90/8). Es hätten sich Hinweise auf eine leichte bis mittelgradige Verdeutlichungstendenz sowie eine leichte bis mittelgradige intrapsychische Selbstlimitierung ergeben (Urk. 10/90/6).

Dr. C.____ gelangte zum Schluss, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Vergleich zur letzten materiellen Prüfung nicht wesentlich verändert.

Es sei weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit ausgewiesen. Der Beschwerdeführer arbeite seit circa drei Jahren mit einem 50%-Pensum in einer geschützten Werkstatt. Während dieses Zeitraums habe keine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Wegen der in zwischen erfolgten Chronifizierung der depressiven Störung und aufgrund einer hereditären Prädisposition für affektive Erkrankungen müsse die Prognose als ungünstig bezeichnet werden (Urk. 10/90/8). 3.2.3

In seinem Bericht vom 23. Dezember 2013 nannte Dr. D.____ die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10: F33.11, F33.2), sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) nach einem Überfall mit Körperverletzung am 23. November 2009 (Urk. 10/102/1). Weiter führte er aus, die psychische Störung habe sich als therapieresistent erwiesen (Urk. 10/102/2). Der Beschwerdeführer sei in der freien Marktwirtschaft nicht vermittelbar. Er sei lediglich imstande, eine 50%ige Tätigkeit in geschütztem Rahmen auszuüben (Urk. 10/102/3). Auch dabei habe er zeitweise Probleme gehabt (Urk. 10/102/6). 3.2. 4

Das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. Y.____

vom 4. Juni 2014 gliedert sich in eine ausführliche Darstellung der Anamnese, der Aktenlage, in Abschnitte über die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zum aktuellen Leiden, die aktuelle Medikation, den internistisch-rheumatologischen Status und die Laborbefunde, sowie in eine Auflistung der rheumatologischen Diagnosen und die abschließende Beurteilung der zu klärenden Fragen (vgl. Urk. 10/107/1). Die Untersuchung erfolgte am

E. 12

. Mai 2014 (Urk. 10/107/2).

Wie der Expertise zu entnehmen ist, klagte der Beschwerdeführer über eine Gicht und über Schmerzen in den Ellbogen rechts mehr als links, in beiden Händen sowie im Nacken und lumbal. Manchmal, zuletzt vor etwa zwei Monaten, sei sein rechtes Knie stark geschwollen und sehr schmerzhaft (Urk. 10/107/38).

Dr. Y.____ führte in ihrer Beurteilung aus, in der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. Das intermittierende Schmerzstöhnen ver schwinde bei Ablenkung wie auch der intermittierend hinkende Gang. Die Lendenwirbelsäule und die Brustwirbelsäule seien normal beweglich. Bei der direkten Prüfung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe der Beschwerde führer deutliche Einschränkungen gezeigt, unter Ablenkung habe sich die Beweglichkeit jedoch normalisiert. Die Bioimp edanz-Analyse zeige trotz des Übergewichts eine erfreulich grosse Muskelmasse von 57 % , welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Scho nung könne daraus nicht abgeleitet werden . Die Röntgenuntersuchungen der Lendenwirbelsäule, beider Hände und beider Ellbogen sowie des linken Knies hätten

altersentsprechende beziehungsweise normale Befunde gezeigt. Im rechten Knie sei die Patella bipartita sichtbar sowie eine minimale Femoro patellar-Arthrose ohne Gelenkerguss und ohne Hinweise auf eine Gicht. Die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule zeige als Hauptbefunde eine fortge schrittene Osteochondrose C5/C6 mit bilateraler Einengung der Neurofora mit möglicher Reizung der Nervenwurzeln C6 beidseits. Die Befunde der Halswirbelsäule seien seit November 2009 im Wesentlichen unverändert (Urk. 10/107/47). Dr. Y.____ führte aus, die strukturellen Befunde im rechten Knie sowie im Bereich der Halswirbelsäule schränkten die Leis tungsfähigkeit des Beschwerdeführers ein, würden indes d er 100%igen Aus übung einer angepassten Tätigkeit nicht entgegenstehen. An beiden Händen seien an den Fingerkuppen des Daumens und Zeigefingers Gebrauchsspuren auszumachen, welche der Beschwerdeführer auf seine Arbeit zurückführe, was plausibel sei. Anhand der Gebrauchsspuren sei ersichtlich, dass er aktuell lang andauernd beide Hände kraftvoll einsetze. Diskrepant dazu sei die gezeigte maximale Handkraft von 26 % rechts (bei 74 % links). Aus rheu matologischer Sicht gebe es keine Ursache für eine deutlich verminderte Handkraft rechts. Es habe bei der Messung eine Selbstlimitierung bestanden (Urk. 10/107/48). Der Gesundheitszustand habe sich seit 2006 nicht verändert (Urk. 10/107/52).

In ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. Y.____ aus, der Beschwerdeführer könne keine kniebelastenden Tätigkeiten ausführen und Lasten bis zu 15 Kilogramm heben oder tragen (leichtes bis mittelschweres Belastungsniveau). Da keine Arbeitsplatzbeschreibungen der angestammten Tätigkeiten vorhanden seien, sei es unklar, ob bei den angestammten Tätig keiten Teilbereiche vorhanden seien, welche er nicht ausüben könne. Dem Profil entsprechende Tätigkeiten könne er zu 100 % ausüben (Urk. 10/107/50). 3.2.5

Dr. Z.____ begut achtete den Beschwerdeführer am 4. April 2014 und erstat tete sein psychiatri sches Gutachten am 8 . April 2014 (Urk. 10/105 /1). Er gelangte zur Diagnose einer chronischen Anpassungsstörung mit regressiv-depressiver Störung (DSM-IV 309.9) , welcher er eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass . Ferner nannte er eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: Z73.1), als Differentialdiagnose eine Persönlichkeitsstörung, sodann chronischen Schmerz (ICD-10: R52), einen Status nach posttraumatischer Belastungsstö rung (ICD-10: F43.1) und psychosoziale Probleme, wobei er diese psychiat rischen Diagnosen als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte (Urk. 10/105/28).

In seiner Beurteilung führte er aus, bei der Begutachtung durch ihn hätten Klagen über die gescheiterte zweite Ehe ganz im Vordergrund der Beschwer den gestanden . Der Beschwerdeführer habe in diesem Zusammenhang in lebensbilanzierender Weise

depressive Symptome bis hin zu Suizidgedanken angegeben, wobei die Darstellung der subjektiv beklagten Beschwerden objektiv als Verbitterung und neurotische Verarbeitung seines gescheiterten Lebensweges einzuordnen sei (Urk. 10/105/20). Im Psychopathologischen seien aktuell nur leichtgradige depressive Symptome fassbar mit depressiver Grundstimmung und mässiggradiger Antriebsstörung. Eine Interessenverarmung oder Lustlosigkeit werde zwar subjektiv beklagt, sei jedoch anhand des Tagesablaufes und den Schilderungen seiner mannigfaltigen Interessen nicht nachvollziehbar. Aus gutachterlicher Sicht sei die psychische Störung des Beschwerdeführers zumindest aktuell nicht im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 einzuordnen (Urk. 10/105/21). Dies begründete Dr. Z.____ mit dem Scheitern der Depressionsbehandlung, dem Fehlen einer hereditären Belastung des Beschwerdeführers und damit, dass das psychopathologische Geschehen durch massive psychosoziale Probleme (finanzielle Probleme, Alleinleben, soziale Isolierung) ausgelöst worden sei und durch diese weiterhin unterhalten werde. Vielmehr handle es sich um eine neurotisch bedingte Verhaltensstörung mit regressiv-depressiv-ängstlich-vermeidenden Affekten (Urk. 10/105/21). Derartige Probleme seien als Anpassungsstörung zu verschlüsseln. Der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Anpassungsstörung mit vornehmlich depressiver Affektlage (DSM-IV 309.9), wobei die Anpassung an das Scheitern in lebensrelevanten Fragen (Ehe, Beruf) dem Beschwerdeführer nicht gelungen sei und maladaptiv neurotisch mit regressiv-depressiven Verhaltensweisen verarbeitet worden sei (Urk. 10/105/22). Die Kriterien einer posttraumatischen Verbitterungsstörung seien erfüllt (Urk. 10/105/22-23), wohingegen der ICD-10 die Dauer der Anpassungsstörung auf zwei Jahre begrenze. Die diagnostischen Kriterien für eine Anpassungsstörung nach DSM-IV seien hingegen erfüllt (Urk. 10/105/23). Das beschriebene Störungsbild habe sich auf der Grundlage einer Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-vermeidenden, unsicheren Zügen entwickelt (Urk. 10/105/24). Die für eine posttraumatische Belastungsstörung erforderlichen Symptome seien nicht erfüllt und würden auch vom Beschwerdeführer weder spontan berichtet noch auf Nachfrage beklagt (Urk. 10/105/25). Nach Befragen, jedoch nicht spontan, habe er über chronische Schmerzen geklagt. Gegen das Vorliegen einer somatoformen

Schmerzstörung gemäss ICD-10: F45.4 sprächen das fehlende Klagen über Schmerzen, die fehlende Symptomausweitung, der Schmerzcharakter der Beschwerden sowie die mässige Intensität der subjektiven Schmerzwahrnehmung bei weitgehend adäquatem Schmerzaffekt. Zudem sei die Intensität des subjektiven Schmerzempfindens nicht abhängig von psychosozialen und emotionalen Faktoren. Daher sei von chronischen Schmerzen nach ICD-10: R 52 auszugehen (Urk. 10/105/25). Dadurch sei er nicht nachhaltig gestört (Urk. 10/105/26). Im Vergleich zum Zeitpunkt der RAD-Untersuchung durch Dr. C.____ habe sich der psychische Gesundheitszustand gebessert (Urk. 10/105/27).

Im Abschnitt über die Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit führte Dr. Z.____ aus, beim Beschwerdeführer lägen sozio-kulturelle und psychosoziale Faktoren vor, welche psychopathologisch wirksam geworden seien. Diese habe er von psychischen Störungsbildern abgegrenzt. Aus rein versicherungs-psychiatrischer Sicht sei die Zumutbarkeit der Überwindung der psychischen Störung teilweise eingeschränkt. Seit der letzten Revision habe sich der psychische Gesundheitszustand gebessert. Die affektiv depressive Symptomatik sei leicht- bis allfällig mittelgradig. Die diagnostische Einschätzung sei different zu den Vorgutachten. Infolge der chronischen

Anpassungsstörung mit regressiv-depressiver Störung (DSM-IV 309.9) sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit um schätzungsweise 40 % ein geschränkt (Urk. 10/105/29).

In Beantwortung der Zusatzfragen gab er an, auch in Würdigung des Längs schnittverlaufs habe sich der psychische Gesundheitszustand seit der letzten Revision verbessert. Obschon eine andere diagnostische Einordnung erfolge, sei nicht von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen. Die Verbesserung des Gesundheitszustands könne auf eine teilweise Adaption zurückgeführt werden (Urk. 10/105/30-31). 3.2.6

Aus interdisziplinärer Sicht hielten Dr. Y.____ und Dr. Z.____ fest, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit zu 60 % zumutbar. Diese Beurteilung gelte seit dem Datum der psychiatrischen Untersuchung vom 4. April 2014 (Urk. 10/108). 3.2.7

RAD-Ärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, führte am 20. Juni 2014 aus, das erstellte Gutachten beantworte die gestellten Fragen, berücksichtige die geklagten Beschwerden, sei in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt worden und sei in der Befunderhebung vollständig. Lediglich die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sei wenig einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen seien in nicht ganz nachvollziehbarer Weise hergeleitet worden (Urk. 10/112/4). Gemäss dem Gutachten sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Schlosser aus rein psychischen Gründen zu 40 % eingeschränkt. Aus medizinisch-theoretischer Sicht handle es sich aber nicht um eine Diagnose von erheblicher Schwere, welche jedwelche Tätigkeit dau erhaft einzuschränken vermöge. Auch die Leistungseinschränkungen seien nicht dermassen gravierend, was anhand des sehr wenig pathologischen Befundes und des hohen Aktivitätsniveaus ersichtlich sei. Dr. F.____ schloss, in körperlich schweren Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer aus somatischen (nicht aber psychischen) Gründen plausiblerweise zu 40 % eingeschränkt. Für körperlich leichte Tätigkeiten hingegen bestehe ab dem Begutachtungszeitpunkt keine Einschränkung mehr. Ihre arbeitsmedizinische Einschätzung divergiere von der gutachterlichen Einschätzung, da aus arbeitsmedizinischer Sicht zwischen unzumutbaren körperlich schweren und zumutbaren körperlich leichten Tätigkeiten unterschieden werden müsse (Urk. 10/112/5). 3.2. 8

Dr. D.____ äusserte sich am 3. Oktober 2014 zum Gutachten von Dr. Z.____. Er tat sein Unverständnis darüber kund, dass Dr. Z.____

keine depressive Störung diagnostiziert und dass er eine erhebliche psychiatrische Belastung in der Familie des Beschwerdeführers verneint habe. Er hielt fest, die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sei erst infolge der Depression eingetreten. Nachdem dies er sich vom Überfall mit körperlichen Verletzungen erholt habe, bestünden keine andauernden Belastungen mehr, welche die gutachterlich gestellte Diagnose zu rechtfertigen vermöchten. Die Veränderungen seit der letzten Begutachtung seien korrekt wiedergegeben worden, jedoch würden die vom Gutachter erwähnten Symptome bestätigen, dass weiterhin eine depressive Störung vorhanden sei (Urk. 10/136/2). Seit der Begutachtung habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verändert. Mit dem jetzigen Gutachten sei die gleiche Situation, wie sie beim Gutachten von Dr. A.____ sowie bei der RAD-Untersuchung durch Dr. C.____ vorgelegen habe, anders interpretiert worden. Es bestehe weiterhin nur im geschützten Rahmen eine Arbeitsfähigkeit und selbst da habe der Beschwerdeführer Mühe

(Urk. 10/136). 4.

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