

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00353 vom 25. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00353

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00353 du 25 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00353 del 25 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1969 geborene X._____

meldete sich am 6. März 2010 unter Hinweis auf Schwindel und Halswirbelsäulen- sowie Kopfschmerzen seit einem am 27. April 2009 erlittenen Unfall mit Verletzung an der Halswirbelsäule zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte erwerbliche Unterlagen und Arztberichte (Urk. 7/14, Urk. 7/17 und Urk. 7/34-35) ein und zog die Akten der Suva zum Auffahrunfall vom 27. April 2009 bei (Urk. 7/13, Urk. 7/28 und Urk. 7/109). Der Versicherte bezog vom 30. April 2009 bis 14. Oktober 2010 Taggelder der Suva, zuletzt im Umfang von 50 % (Urk. 7/109/1-18). Am 1. November 2010 teilte die IV-Stelle X._____

mit, dass eine Arbeitsvermittlung zurzeit nicht möglich sei (Urk. 7/29). In der Folge sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 25. Januar 2012 (Urk. 7/73; vgl. auch Verfügungsteil 2, Urk. 7/58) mit Wirkung ab 1. März 2011

eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zu.

Im Rahmen eines im Juni 2012 eingeleiteten Revisionsverfahrens veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (vgl. das Gutachten der Y._____

vom 22. April 2014, Urk. 7/145/1-26, sowie die Beantwortung von Zusatzfragen mit Schreiben vom 10. Dezember 2014, Urk. 7/158). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/164 ff.) verfügte sie am 15. Februar 2016 (Urk. 2) die wiedererwägungsweise Aufhebung der Rentenverfügung vom 25. Januar 2012 und Einstellung der Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats.

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

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

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. 2 IVG).

E. 1.4.1

Ändert sich der Grad der Invalidität eines Rentenbezügers oder einer Rentenbezügerin in einer für den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Der Revisionsordnung gemäss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen). 1. 4 .2

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit liegt vor, wenn kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung besteht, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Dies ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (vgl. BGE 138 V 324 E. 3.3). Darunter fällt insbesondere eine unvollständige Sachverhaltsabklärung aufgrund einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_633/2015 vom 3. November 2015 E. 2.1), wovon die Praxis etwa bei einer Invaliditätsbemessung, die auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhte und in diesem Sinne nicht rechtskonform zustande kam, ausgeht (vgl. etwa Urteil e des Bundesgerichts 9C_317/2015 vom 20. Oktober 2015 E. 3 und 9C_362/2017 vom 8. August 2017). Zudem muss erstellt sein, dass die korrekte Vorgehensweise zu einem anderen Ergebnis geführt hätte (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts

zum IVG, 3. Aufl. 2014, N

86 zu Art. 30-31 mit Hinweisen auf die Rechtsprechung). Die Frage nach der zweifellosen Unrichtigkeit beurteilt sich nach der Rechtslage im Zeitpunkt des Verfügungserlasses, einschliesslich der damaligen Rechtspraxis (BGE 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Erstellt ist sodann dass eine korrekte Vorgehensweise zu einem anderen Ergebnis geführt hätte. Die von Dr. A.____

genannte Anpassungsstörung wurde praxisgemäss bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache nicht als invalidisierendes Leiden betrachtet, da diese Diagnose nur dann angezeigt ist, wenn selbst die Diagnose einer leichten depressiven Episode nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_76/2012 vom 11. Juni 2012 E. 2.2.2 unter Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/

E. 1.6

).

Die aktenkundigen Arztberichte, die den – zunächst mit Blick auf berufliche Massnahmen formulierten – Stellungnahmen des RAD-Arztes zugrunde lagen, vermögen eine derartige (rentenbegründende) Einschränkung

indes nicht darzutun. So fehlen namentlich hinreichende Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Dies gilt zum einen für den Bericht der Z.____

(E. 3.1.1), aus dem nicht hervorgeht, in welchem Umfang eine angepasste Tätigkeit zumutbar war. Dem Bericht ist nur zu entnehmen, dass die bisherige Tätigkeit bis auf weiteres nicht mehr möglich und eine berufliche Reintegration dringend angezeigt sei. Zum anderen machte der Hausarzt Dr. E.____ eben falls keine konkreten Angaben zur Arbeitsfähigkeit in

angepasster Tätigkeit. Er stellte fest, die bisherige Arbeit sei nicht zur Zufriedenheit des Arbeitgebers auszuführen; er habe dies mit 50 % eingesetzt. Aus seinen Formularangaben zu zumutbaren Arbeiten in behinderungsangepasster Tätigkeit geht nicht klar hervor, welche Tätigkeiten in welchem Umfang zumutbar waren. Eine generelle 50%ige Einschränkung ist auf jeden Fall auch den Berichten des Hausarztes nicht zu entnehmen (E. 3.1.2). Nach einem erneuten Unfall vom 15. Oktober 2010 bat Dr. E.____ darum, ihn erst im Februar/März 2011 wieder zu konsultieren, da er die Situation im Moment nicht definitiv beurteilen könne (E. 3.1.5). Davon sah die IV-Stelle in der Folge ab. Schliesslich gab zwar der behandelnde Psychiater Dr. A.____ im – auf dem Feststellungsblatt nicht erwähnten – Kurzbericht vom 13. Oktober 2010 zuhanden der Suva (E. 3.1.3) an, aus seiner Sicht sei aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar; diese Angabe bezieht sich vermutlich auf eine Verweistätigkeit (vgl. E. 3.2.3.2). Gleichzeitig empfahl er aber eine neutrale gutachterliche Abklärung. Anzuführen bleibt, dass sich dem Bericht des Kreisarztes Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 12. Januar 2010 (Urk. 7/13/21-25) mit Bezug auf die Arbeits(un)fähigkeit einzig entnehmen lässt, dass der Beschwerdeführer unterdessen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreicht habe, wobei er allerdings in der Zwischenzeit die Kündigung erhalten habe und arbeitslos sei. Auch mit diesen Angaben lässt sich die der Zusprache einer Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 25. Januar 2012 zugrunde liegende Annahme einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit

nicht legitimieren. Kommt hinzu, dass sämtliche vor handenen Berichte mehr als ein Jahr vor der Rentenzusprache ergangen waren. 4. 1. 2

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Soweit die Rentenzusprache auf den sehr knappen Angaben von Dr. A.____

ohne klare Diagnosestellung und Befunderhebung basierte (zur Diagnose einer Anpassungsstörung vgl. im Übrigen E. 4.1.5 hernach) , erwiese sie sich ebenfalls als zweifellos unrichtig, wobei anzumerken ist, dass selbst der Beschwerdeführer eingestand, dass dieser Bericht für sich allein betrachtet kaum genügende Grundlage für eine Rentenbeurteilung gewesen wäre (Urk. 1 S. 5). 4.1.3

Nichts zu ändern an den offensichtlich ungenügenden medizinischen Abklärungen vor der Rentenzusprache vermag der Umstand, dass die Y.____-Experten laut dem von Dr. I.____ unterzeichneten Ergänzungsbericht zum Gutachten vom 10. Dezember 2014 davon ausgingen, dass eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit der Zusprache der Rente bis zur gutachterlichen Untersuchung am 14. Februar 2014 bestanden haben dürfte (E. 3.2.3.2; vgl. den Einwand in Urk. 1 S. 6 oben). Diese rückblickende Annahme vermag nicht zu überzeugen. Einerseits gab der Gutachter Dr. I.____ im selben Bericht an, dass seit dem 14. Oktober 2010 keine Atteste mehr vorliegen würden und eine zuverlässige, lückenlose und nachprüf bare Aussage über die Arbeitsfähigkeit von Oktober 2010 bis zur gutachterlichen Untersuchung im Februar 2014 nicht möglich sei. Andererseits stützte sich die retrospektiv angenommene 50%ige Arbeitsunfähigkeit einzig auf die – wie bereits erwähnt mangelhaften – Angaben im Bericht von Dr. A.____ vom 13. Oktober 2010 (vgl. im Übrigen auch die kritische Auseinandersetzung mit dem letzten Bericht von Dr. A.____ im psychiatrischen Fachgutachten, Urk. 7/145/30-38 S. 9). 4.1. 4

Die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. H.____ , auf welche sich die Beschwerde gegnerin massgeblich ab stützte, enthält nach dem Gesagten im Wesentlichen eine ungefähre Schätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, ohne eigene Untersuchung. Der Schätzung lagen

unvollständige Zwischenberichte der behandelnden Ärzte zugrunde, die sich über die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gar nicht oder in nur unzureichender Weise äusserten. Anzumerken bleibt, dass die Angaben des RAD-Arztes zudem namentlich mit Blick auf be rufliche Massnahmen zustande kamen .

Zusammenfassend ergibt sich, dass es im Zeitpunkt der Rentenzusprache an hinreichend sorgfältigen fachärztlichen Abklärungen fehlte . Es mangelte an ei ner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung hinsichtlich der massgeblichen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, weshalb die Invaliditätsbemessung nicht rechtskonform zustande kam (vgl. E. 1.4.2).

4.

E. 2

Dagegen (Urk. 2) liess X.____ am 16. März 2016 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen (S. 2), die Verfügung vom 15. Februar 2016 sei aufzu heben und es sei die

bisherige Dreiviertelsrente zu bestätigen. Eventuell sei ihm noch eine Viertelsrente zuzusprechen. Zudem ersuchte der Beschwerdeführer, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung und in der Person von Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Christe, Winterthur, die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu bewilligen. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 26. April 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Beschwerdeantwort, Urk. 6), wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. Mai 2016 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der Verfügung vom 15. Februar 2016 (Urk. 2) unter Bezugnahme auf das Y.____-Gutachten vom 22. April 2014 aus, dass der Beschwerdeführer aus somatischen Gründen in der angestammten Tätigkeit als Gerüstbauer nicht mehr arbeitsfähig sei. In angepasster Tätigkeit bestehe zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden ein leicht vermehrter Pausenbedarf, was eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zur Folge habe (S. 2). In Anbetracht der vorliegenden Gesundheitsschädigung, der festgestellten Ressourcen sowie der bestehenden Inkonsistenzen könne sodann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht einer Arbeit zumutbarerweise ganz nachgehen könne (S. 3). Die IV-Stelle führte einen Einkommensvergleich durch, woraus ein unter der rentenbegründenden Schwelle von 40 % liegender Invaliditätsgrad von 23 % resultierte (S. 3).

Schliesslich erwog die IV-Stelle, dass der ursprüngliche Entscheid betreffend Rentenzusprechung unter Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zustande gekommen und deshalb zweifellos unrichtig gewesen sei. Ein Wiedererwägungsgrund sei somit ausgewiesen. Zudem habe sich die psychische Situation des Versicherten verbessert (von mittelschwerer zu leichter Depression), weshalb auch ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG vorliege (S. 4).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer liess dem entgegen halten (Urk. 1), die medizinischen Abklärungen, die der Rentenverfügung zugrunde gelegen hätte, seien zwar vergleichsweise eher knapp gewesen, es habe indes insbesondere in somatischer Hinsicht sehr wohl eine prozentuale Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen. So sei aus dem Bericht der Z.____ vom 16. April 2010 (beziehungsweise der angehängten Zusammenfassung der Krankheitsgeschichte) hervorgegangen, dass der Beschwerdeführer damals Taggelder der Suva im Umfang von 50 % erhalten habe. Dies habe auf eine von der Suva anerkannte 50%ige Arbeitsfähigkeit schliessen lassen. Ausserdem werde die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit durch den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ gestützt, auch wenn dieser Bericht für sich allein betrachtet kaum eine genügende Grundlage für eine Rentenbeurteilung gewesen wäre (S. 5). Der Beschwerdeführer verneinte das Vorliegen eines Wiederwägungs- oder eines Revisionsgrundes (S. 6 f.).

Zudem bemängelte der Beschwerdeführer die Invaliditätsbemessung (S. 7 f.). Er hielt dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus orthopädischen und aus psychischen Gründen eingeschränkt sei, weshalb vom aus psychischen Gründen zumutbaren Arbeitspensum von 80 % infolge erhöhten Pausenbedarfs ein weiterer Abzug von 20 % anzubringen sei. Dies hätten die Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung nicht umgesetzt, obwohl der zusätzliche Pausenbedarf gleichmässig über den ganzen Arbeitstag anfalle und somit zusätzlich bestehe, auch wenn die Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen bereits auf 80 % eingeschränkt sei. Des

weiteren sei aufgrund des erheblich eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils ein behinderungsbedingter Abzug von mindestens 10 % vom Tabellenlohn vorzu nehmen, woraus im Sinne seines Eventualantrags ein Anspruch auf eine Viertelsrente resultiere (S. 8 f.). 3. 3.1

Der Zusprache einer Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 25. Januar 2012 (Urk. 7/73) mit Wirkung ab 1. März 2011 lag der nachfolgende medizinische Sachverhalt zugrunde: 3.1.1

Nach einem Aufenthalt in der Z.____ vom 16. Februar bis 16. März 2010 nannten pract. med. B.____, Dr. C.____, Leitende Neuropsychologin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, und Dr. med. D.____, Chefarzt, Neurologie FMH und Facharzt für Physikalische Rehabilitation, im Bericht an den Hausarzt Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 16. April 2010 (Urk. 7/17/1-3) die Diagnose eines Status nach Heckauffahrkollision von hinten als Beifahrer am 27. April 2009 mit/bei flacher Diskusprotrusion Niveau C4/5 und C6/7, rechtsparamedianer Diskusprotrusion C3/C4 mit leichter rechtsseitiger Einengung des Neuroforamens sowie Streckhaltung der Halswirbelsäule (HWS). Sie gaben an, der Beschwerdeführer habe bei Eintritt eine Schonhaltung und eine gedämpfte Grundstimmung präsentiert. Aufgrund der mangelhaften Deutschkenntnisse sei der Zugang erschwert gewesen. Es sei leider nicht möglich gewesen, dem Beschwerdeführer den Unterschied zwischen akuten und chronischen Schmerzen näher zu bringen und adäquatere Strategien im Umgang mit den Beschwerden zu vermitteln. Bereits bei leicht erhöhten Anforderungen in der Therapie habe der Beschwerdeführer über verstärkte Schmerzen geklagt, leichtere Übungen verlangt und seine Schonhaltung wieder eingenommen. Die passiven Massnahmen habe er als hilfreicher erachtet. Den Zusammenhang zwischen tiefem Aktivitätsniveau, Schonung und stagnierendem Verlauf habe er nicht verstehen können. Es hätten daher bis zum Austritt nur wenige Fortschritte erzielt werden können.

Beim Beschwerdeführer sei eine IV-Anmeldung zur Früherfassung und beruflichen Reintegration dringend angezeigt. Aus eigener Initiative werde ihm die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nicht gelingen. Der Beschwerdeführer betrachte sich als schmerzbedingt arbeitsunfähig. Bei fehlender Tagesstruktur und tiefem Aktivitätsniveau sei mit einer weiteren Chronifizierung zu rechnen. Eine teilzeitliche körperlich leicht bis mässiggradig belastende Arbeit in wechselnden Positionen wäre dem Beschwerdeführer zuzumuten und würde die Normalisierung des Alltags unterstützen. Im angestammten Beruf bestehe bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.1.2

Der Hausarzt Dr. E.____ gab im Bericht vom 21. März 2010 (Urk. 7/14/4-5) an, der Beschwerdeführer leide seit einer Auffahrkollision am 27. April 2009 unter Nackenproblemen, wobei in der Z.____ diverse Deg. disci der HWS C4/5, C6/7 und re C3/4 sowie eine Streckhaltung der HWS festgestellt worden seien. Der Beschwerdeführer habe die Arbeit teilweise wieder aufgenommen, die Stelle als Gerüstbauer jedoch im November verloren und seither zu 50 % gestempelt und für die restlichen 50 % Suva-Taggelder bezogen. Die volle Leistung im Gerüstbau dürfte in absehbarer Zeit nicht zu erreichen sein. Der Beschwerdeführer sei überdurchschnittlich auf Schmerz empfindlich, was zu Verspannungen und vasovagalen Reaktionen mit Schwindel führe. Die bisherige Arbeit sei nicht zur Zufriedenheit des Arbeitgebers auszuführen. Er habe dies mit 50 % eingesetzt. Er gehe davon aus, dass Medikamente und Physiotherapie zu einer langsamen Besserung führen könnten. Auf dem Formular betreffend behinderungsangepasste Tätigkeiten gab Dr. E.____ an, rein „sitzende“ Tätigkeiten seien zirka fünf Stunden im Tag zumutbar.

Zumutbar seien zudem reine „stehende“, wechselbelastende, und vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeiten. 3.1.3

Im nur wenige Zeilen umfassenden Bericht vom 13. Oktober 2010 (Urk. 7/28/3) zuhanden der Suva gab Dr. med. A.____, Facharzt FMH Psychiatrie/Psychotherapie an, der Beschwerdeführer stehe seit Mai 2010 nach hausärztlicher Zuweisung in seiner ambulant-psychiatrischen Behandlung. Klinisch-objektiv liessen sich beim Beschwerdeführer eine mittelschwere gespannt-depressive F4-Anpassungsstörung (Antrieb, Psychomotorik, Stimmung, Affekt) bei manifestem Leidensdruck und missbefindlichem Gesamthabitus veranschlagen. Aus seiner Sicht sei aktuell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar. Eine neutralgutachterliche Abklärung zwecks Veranschlagung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit im Rahmen anderer relevanter Fragestellungen sei per se angezeigt. 3.1.4

Am 15. Oktober 2010 erlitt der Beschwerdeführer bei einer Frontalkollision als Beifahrer eine Thoraxkontusion mit Nacken- und Kopfschmerzen, die nach Angabe im IV-Bericht vom 19. November 2010 der Oberärztin Dr. med. F.____, Chirurgische Klinik G.____, nach ambulanter Behandlung vom 15. bis 16. Oktober 2010 keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 7/35). 3.1.5

Am 21. November 2010 gab Dr. E.____ an, er könne wegen eines neuen Auto unfalls mit Thoraxkontusion und erneuter Nackenverletzung die Situation im Moment nicht definitiv beurteilen. Er bat um Rückfrage zirka Februar / März 2011 (Urk. 7/34/6). 3.1.6

In seinen Stellungnahmen vom 6. Dezember 2010 und 5. Januar 2011 (Urk. 7/37 S. 4) gab Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, vom regionalen ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) an, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei laut dem Arztzeugnis der Z.____ seit dem 17. März 2010 nicht mehr möglich. In einer adaptierten Tätigkeit (leicht bis mässiggradig schwer und wechselbelastend) sei seit Oktober 2009 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben. Die medizinischen Voraussetzungen für Leistungen im Rahmen von Art. 18 IVG (Arbeitsvermittlung) seien erfüllt.

Auf telefonische Rückfrage der Sachbearbeiterin gab Dr. H.____ am 15. März 2011 an, das medizinische Ergebnis sei nicht abgeschlossen. Eine Verbesserung sei möglich. Anlässlich einer Revision in einem Jahr sei eine multidisziplinäre Abklärung angezeigt (Urk. 7/45). 3.2

Die am 15. Februar 2011

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141

V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

Die Expertise der Y. ___ vom 22. April 2014 beruht auf fachärztlichen Untersuchungen in den massgebenden Disziplinen, berücksichtigt die relevanten Vorakten wie auch die geklagten Beschwerden und leuchtet – namentlich mit Bezug auf die entscheidende Frage nach einer gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Begutachtungszeitpunkt – in der Darlegung der medizinischen Verhältnisse und in der Begründung der Schlussfolgerungen ein. Damit liegt eine Expertise vor, welche die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vollumfänglich erfüllt (vgl.

E. 1.5).

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1, unlängst auch Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.3 und 4.4. Zum Ganzen ausführlich und kritisch Slavik, Invalidenrentenanspruch bei depressiven Erkrankungen, in: Jusletter 4. September 2017).

Mit Blick auf diese Grundsätze liegt beim Beschwerdeführer auch kein invalidisierendes depressives Leiden im Sinne der Rechtsprechung vor, wobei nach Angabe der Gutachter namentlich die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft sind.

So empfahl der psychiatrische Gutachter eine Behandlung bei einem Psychologen oder Psychiater, der die Muttersprache des Exploranden spreche. Zudem wurde empfohlen, die Behandlungsfrequenz zu erhöhen. Auch könnte ein tagesklinischer Aufenthalt

dem Exploranden Struktur geben und eine Unterbringung in einem geschützten Bereich auch wieder Motivation schaffen und Belastungsgrenzen erhöhen (Urk. 7/145/1-27 S.

23). Der Beschwerdeführer nahm im Begutachtungszeitpunkt alle zwei bis drei Wochen Behandlungstermine bei einem deutschsprachigen Psychiater wahr. Abgesehen vom einmonatigen Aufenthalt in der Z. ___ Anfang 2010 fanden in der Vergangenheit weder (psychosomatische) Klinikaufenthalte noch der Besuch einer Schmerzgruppe statt. Laut psychiatrischem Gutachten erscheint das aktuelle Behandlungssetting nicht ausreichend (vgl. das Psychiatrische Fachgutachten vom 18. Februar 2014, Urk. 7/145/30-38 S. 8).

E. 5.3.1

Zu diskutieren ist die sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite der im Gutachten ebenfalls attestierten psychischen Einschränkungen mit Bezug auf einen Rentenanspruch, wie dies bereits die Beschwerdegegnerin in ihrer sorgfältig begründeten Verfügung getan hat (Urk. 2), nachdem den medizinischen Experten bei der Beurteilung, wie sich die erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, praxisgemäss keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt (BGE 140 V 193 E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 5.3.2

Vorwegzuschicken ist, dass auch die Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung von einer (nur) 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgingen. Die Mediziner sahen mithin keinen Anlass, die 10%ige Einschränkung aus neurologischer Sicht (Urk. 7/145/1-26 S. 16), die 20%ige Einschränkung aus orthopädischer Sicht (infolge erhöhten Pausenbedarfs,

Urk. 7/145/1-26 S. 13) sowie die (strittige) 20%ige Einschränkung aus psychiatrischer Sicht (Urk. 7/145/1-26 S. 11) zu addieren. Dies muss nicht – wie vom Beschwerdeführer vorgebracht (Urk. 1 S. 8) – infolge fehlender Kongruenz korrigiert werden, zumal nicht ersichtlich ist, weshalb nicht sowohl der aus psychiatrischer Sicht attestierten Einschränkung bezüglich Durchhaltefähigkeit als auch den orthopädischen und neurologischen Defiziten mit vermehrten Pausen begegnet werden kann. Tätigkeitsprofilmindernde Einschränkungen betreffend Durchhaltefähigkeit, Wegefähigkeit und Gruppenfähigkeit (S. 11) würden zudem kaum einen massgebenden leitensbedingten Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen (vgl. hierzu E. 6).

E. 5.3.3

Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass der psychiatrische Gutachter die psychischen Diagnosen mit aktuell leichter Ausprägung selber nochmals revidierte, indem er festhielt, dass aufgrund zahlreicher Hinweise auf Aggravation anlässlich der psychiatrischen Untersuchung der Ausprägungsgrad sogar noch geringgradiger sein könnte (vgl. Urk. 7/145/1-26 S. 11 f., vgl. in diesem Zusammenhang auch die Ausführungen der neuropsychologischen Fachgutachten zum Täuschungsverhalten des Beschwerdeführers in Urk. 7/145/55-75 S. 21; vgl. ferner BGE 141 V 281 E. 3.7.1 in fine S. 295). Mit Bezug auf die Symptome des syndromalen Beschwerdebildes verneinte schliesslich auch der psychiatrische Gutachter einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – allerdings unter Bezugnahme auf die nicht mehr heranzuziehenden Foerster-Kriterien (Urk. 7/145/1-16 S. 11). Zum selben Ergebnis führt indes auch eine Prüfung anhand der mit BGE 141 V 281 eingeführten Standardindikatoren. Ein erheblicher Schweregrad kann nicht bejaht werden; es liegen auch keine schweren körperlichen oder psychischen Begleiterkrankungen vor. Die bisherigen Behandlungsmassnahmen waren unzureichend (vgl. nachfolgende E. 5.3.4, und aus schmerztherapeutischer Sicht Urk. 7/145/1-26 S. 13). Der Beschwerdeführer zog sich zwar zurück, erhielt aber grosse Unterstützung durch die Familie seines Bruders und weitere Verwandte (Urk. 7/145/1-26 S. 8 und Urk. 7/145/46-54 S. 4). Es bestehen wesentlich mitprägende psychosoziale Belastungsfaktoren (E. 3.2.3 vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.4) und ferner zahlreiche Hinweise auf Diskrepanzen (vgl. etwa Urk. 7/145/1-26 S. 9 und 12 f.) und Aggravation (Urk. 7/145/1-26 S. 18 ff.) in der Untersuchungssituation.

E. 5.3.4

Schliesslich fallen nach geltender Rechtsprechung des Bundesgerichts leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen – seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind – gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E).

E. 5.3.5

Abschliessend ist anzumerken, dass auch mit Bezug auf die genannte Agoraphobie mit Panikstörung bei Unsicherheit und Ängsten in der Öffentlichkeit mit Schweissausbrüchen, Angstzuständen und Ohnmacht beziehungsweise Angst vor Ohnmacht (E. 3.2.3.1) von einer leichten Ausprägung auszugehen ist, die keine wesentlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermag. Dies legen zum einen bereits die Angaben des psychiatrischen Gutachters nahe. Zum anderen liesse sich, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darlegt, eine schwere Ausprägung mit täglichen Gängen durch den Coop und das Manor-Einkaufszentrum zum Zeitvertreib (vgl. Urk. 1/145/1-26 S. 8 und Urk. 7/145/46-54 S. 4) kaum vereinbaren.

E. 5.3.6

Es besteht somit kein Anlass, eine über die gutachterlich attestierte 20%ige Einschränkung in angepasster Tätigkeit hinausgehende Verminderung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen zu berücksichtigen. 6.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit.

Dem Beschwerdeführer sind nach dem Gesagten adaptierte leichte Tätigkeiten in einem Pensum von 80 % zumutbar. Validen- und Invalideneinkommen (Fr. 69'101.70, ausgehend vom Medianlohn für Hilfsarbeiten im Baugewerbe gemäss Lohnstrukturerhebung [LSE]

2012 des Bundesamtes für Statistik ,

und Fr. 53'297.20, ausgehend vom Medianlohn für Hilfsarbeiten im Total gemäss LSE 2012) sind unbestritten und geben zu

keinen

Bemerkungen Anlass. Ob angesichts des eingeschränkten Belastungsprofils ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen von höchstens

E. 06

E. 2.2.2.2, 9C_408/2010 vom 22. November 2010 E. 4.3 und 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2). Anhaltspunkte dafür, dass es sich vorliegend anders verhalten hätte, sind keine ersichtlich. Aus somatischer Sicht lässt sich die 50%ige Einschränkung ebenfalls nicht begründen, attestierten die Y.____-Gutachter dem Beschwerdeführer doch im Gutachten vom 22. April 2014 trotz unverändertem organischem Befund aus somatischen Gründen in einer behinderungsangepassten Tätigkeiten nur noch eine 20%ige Einschränkung infolge erhöhten Pausenbedarfs.

Die Leistungszusprache mit Verfügung vom 25. Januar 2012

war daher zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne. 4. 2 4. 2 .1

Die rentenaufhebende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2016 (Urk. 2) erging unter dem Dispositiv einer wiedererwägungsweise n Aufhebung der Verfügung 25. Januar 2012 und der Aufhebung künftiger Rentenleistungen. In den Erwägungen führte die Beschwerdegegnerin aus, dass zudem auch ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG bestanden habe (S. 4). 4. 2 .2

Die Gutachter gingen zwar explizit von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes aus, da im Gegensatz zur Erstbeurteilung nur noch eine leichte depressive Episode bestehe. Die gesamtmedizinische Gesundheitssituation und die

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten sich somit seit der Rentenzusprache verbessert (E. 3.2.3.1).

Trotzdem ist fraglich, ob dem Y.____-Gutachten vom 22. April 2014 mit hinreichen der Deutlichkeit eine Verbesserung gegenüber den Verhältnissen im Zeitpunkt der Rentenzusprache entnommen werden kann, hatte der behandelnde Psychiater Dr. A.____ doch damals eine Anpassungsstörung (mit aus drücklichem Hinweis auf den ICD-Code F4), wenn auch mittelschwerer Ausprägung, und keine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Zudem ist auch ein Vergleich der Befundlage angesichts der knappen Angaben im Bericht von Dr. A.____ nicht zielführend.

Wie es sich damit aber letztlich genau verhält, kann nach Vorliegen eines Wiedererwägungsgrundes gemäss dem hievorigen Gesagten offen gelassen werden. 5.

E. 6

verfügte Rentenaufhebung (Urk. 2) basierte im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Akten : 3.2.1

Im Bericht vom 19. April 2012 (Urk. 7/128) gab Dr. A.____ an, es bestehe im Zeitverlauf, bei strukturell limitierter therapeutischer Modellier- und Erreichbarkeit, ein unverändert mittelschweres, gespannt-depressives Zustandsbild mit regelmässigen suizidalen Impulsen bei massiver Selbstwertproblematik und depressogenen Kognitionen. „Regelmässige fachpsychiatrische Betreuung stützende-supportiver Natur mit Elementen verhaltenstherapeutischer Strategien (Selbstmanagement). “ Es sei einerlei, ob unter Ausschluss des Zeitkriteriums, eine F3- depressive Episode oder eine protrahierte Verlaufsform einer depressiven Anpassungsstörung klassifiziert werde.

Der Versicherte sei

einem Arbeitgeber aufgrund objektiver psychopathologischer Befunde sicher mittelschwerer Ausprägung und auch defizitärer handlungsbegleitender Kognitionen nur sehr beschränkt zumutbar. Zur Medikation führte Dr. A.____ aus, Venlafaxin 250 mg/die sei wegen Blutdruckproblematik und vegetativer Nebenwirkungen sistiert worden. Neueste bestehe die Medikation aktuell in Valdoxan 25 mg /die, Risperdal 1-3 mg/die bei negativem Gedankenkreislauf und Temestrol 1 mg exp. nach Bedarf

(Spannung). 3.2.2

Im Bericht vom 15. August 2013 (Urk. 7/133/4-6) gab Dr. E.____ an, der Beschwerdeführer sei im Nacken aber auch an der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule massiv verspannt und sei von Nackenkopfschmerzen geplagt. Zusätzlich sei er vereinsamt, da er in einer sehr kleinen Wohnung lebe und die Familie im Kosovo sei. Er habe mit der Rente zu wenig Geld und sei somit in eine reaktive Depression gerutscht. Eine Besserung sei nicht absehbar. Er sehe den Beschwerdeführer einmal im Monat. Der Beschwerdeführer könne nicht tragen, sich nicht bücken und keine repetitiven Arbeiten machen. Er spreche zu wenig gut Deutsch für einen Bürojob. Die psychosoziale Situation sei ungünstig für eine spontane Rehabilitation. Eine Umschulung habe nur Aussicht auf Erfolg, wenn es ihm physisch und psychisch besser gehe. Es stelle sich allerdings in Anbetracht des jugendlichen Alters die Frage, ob doch noch einmal eine Rehabilitation versucht werden sollte. 3.2.3 3.2.3.1

Die Y.____ erstattete der IV-Stelle am 22. April 2014 ein Gutachten (Urk. 7/145/1-26) in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. I.____, Allgemeine Medizin

FMH), Orthopädie (PD Dr. med. J.____, Facharzt Orthopädie und Traumatologie), Neuropsychologie (Dipl. Psych. K.____, Klinische Neuropsychologin GNP und Dipl. Psych. L.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP), Neurologie (Dr. med. M.____ und Dr. med. et. phil. N.____, Neurologie FMH) sowie Psychiatrie (Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie). Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) 3. Chronisches zervikozephal und zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit - radiologisch nachgewiesener Retrolisthesis Halswirbelkörper (HWK) 4, Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen HWK 5- 7, Diskusprotrusion HWK

3/4 und HWK 5-7, aktuell ohne höhergradige Spinalkanal einengung oder foraminale Einengung - ohne Hinweise für ein sensibles oder motorisches radikuläres Ausfallsyndrom oder eine Myelopathie - klinisch schmerzbedingt eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit und muskulärer Hartspann im Bereich der HWS - Status nach Verkehrsunfall mit Distorsion der Halswirbelsäule am 27.04.2009 - Status nach erneutem Verkehrsunfall am 15.10.2010 4. Syndromales Beschwerdebild nach HWS-Distorsionstrauma am 27.04.2009

Daneben nannten die Experten die nachfolgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21): 1. Beginnende Retropatelalarthrose beidseits 2. Status nach Laparoskopie mit Wechsel auf Laparotomie und ausgedehnter Adhäsionolyse sowie Gelegenheitsappendektomie bei Brideniteus am 05.10.2011 3. Status nach Fraktur eines Mittelhandknochens der rechten Hand 2005, folgenlos abgeheilt 4. Status nach Entfernung eines Tumors am Finger links 2004 5. Status nach Operation nach Unterbauchverletzung durch eine Kuh 1971

In der Gesamtbeurteilung gaben die Experten an, der 45-jährige Gerüstmonteur sei seit dem 27. April 2009 wegen chronischer Kopf- und Nackenschmerzen, welche im Anschluss an ein HWS-Distorsionstrauma aufgetreten seien, nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Auf organischer Ebene hätten sich zwar keine posttraumatischen organischen Läsionen im Sinne von Frakturen gefunden, aber es hätten sich Diskusprotrusionen an der Halswirbelsäule, welche im Bericht der Z.____ erwähnt würden, und somit klare organische Befunde gezeigt. Ferner hätten Beschwerden eines syndromalen Beschwerdebildes nach HWS-Distorsionstrauma mit Lärmempfindlichkeit, Tinnitus, Schwindel, Taubheitsgefühlen im Bereich der Kopfhaut und der Hände, Erschöpfungszuständen und Schlafstörungen bestanden. Gleichzeitig habe aber auch eine psychiatrische Komorbidität vorgelegen (laut Diagnosenliste des behandelnden Psychiaters, Dr. A.____, im Bericht vom 13. Oktober

2010 eine mittelschwere gespannt-depressive Anpassungsstörung bei manifestem Leidensdruck und missbefindlichem Gesamthabitus). Die Rentenzusprache per 1. März 2011 habe somit auf den genannten leichten organischen Befunden im Bereich der HWS und der mittelgradigen Depression gegründet (S. 21).

Aktuell habe sich der Beschwerdeführer weiterhin unverändert in beziehungsweise eher sich etwas verschlechternde Kopf- und Nackenschmerzen beklagt. Neu seien Brustschmerzen nach dem zweiten Unfall dazu gekommen.

Der Beschwerdeführer habe auch Bauchschmerzen seit der Bauchoperation im Jahr 2011 angegeben. Er habe weiterhin über Lärmempfindlichkeit, Tinnitus, Schwindel, Erschöpfungszustände und Schlafstörungen geklagt (S. 21).

Die Kopfschmerzen und Nackenschmerzen liessen sich nach wie vor auf ein chronisches zervikospondylogenes und zervikozephalisches Schmerzsyndrom zurückführen, das unverändert seit der Rentenzusprechung vorhanden sei. Klinisch finde sich eine schmerzbedingt deutlich eingeschränkte Wirbelsäulenbeweglichkeit sowie ein muskulärer Hartspann im Bereich der HWS. Neurologische Ausfälle hätten nicht nachgewiesen werden können. Radiologisch liessen sich weiterhin die bereits früher festgestellten Diskusprotrusionen nachweisen. Neu seien seit der letzten Untersuchung Osteochondrosen bei den HWK 5-7 sowie Unkovertebralarthrosen geringen Ausmasses auf Höhe HWK6/7 dazugekommen (S. 21 f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell eine leichte depressive Episode, die sich durch depressive Stimmung, rasche Ermüdbarkeit, Störung des Selbstwertgefühls, Klagen über Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen äussere. Die Ausprägung dieser Symptomatik sei aktuell leicht, wobei aufgrund zahlreicher Hinweise auf Aggravation in der psychiatrischen Untersuchung der Ausprägungsgrad sogar noch geringgradiger sein könnte. Differenzialdiagnostisch sei deshalb auch an die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt zu denken. Zudem lägen Symptome für eine Agoraphobie vor. Der Beschwerdeführer leide in der Öffentlichkeit unter Unsicherheit und Ängsten, berichte aber auch über Schweissausbrüche, Angstzustände und Ohnmacht beziehungsweise Angst vor Ohnmacht. Auch hier sei in Betracht zu ziehen, dass das Beschwerdebild in Wahrheit weniger ausgeprägt vorliege als angegeben; dies wiederum wegen der Aggravation. Die wegen der Konzentrationsstörung erfolgte neuropsychologische Untersuchung habe formal mittelgradige bis schwere neuropsychologische Funktionsstörungen ergeben, die aber wegen der Aggravation als überwiegend nicht authentisch und somit als nicht valide angesehen werden müssten. Es sei damit zwar letztlich nicht ausgeschlossen, dass auch authentische neuropsychologische Gesundheitsstörungen vorliegen könnten; diese könnten jedoch angesichts des Täuschungsverhaltens des Beschwerdeführers nicht valide abgebildet oder gar quantifiziert werden, weswegen diese Befunde zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht herangezogen werden könnten (S. 22).

Dies führe zur Konklusion, dass sich das psychiatrische Befinden des Beschwerdeführers bei unverändertem organischem Befund im Bereich der Halswirbelsäule verbessert habe, so dass heute im Gegensatz zur Erstbeurteilung nur noch eine leichte depressive Episode bestehe. Die gesamtmedizinische Gesundheitssituation und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten sich so mit seit der Rentenzusprache verbessert (S. 22).

Mit Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an, es sei dem Beschwerdeführer wegen der Beschwerden und klinischen Befunde im Bereich der HWS nicht mehr möglich, lange zu sitzen, lange zu stehen und schwere Lasten über 10 Kilogramm zu tragen. Auch Arbeiten in vornübergebeugter Haltung, z.B. am PC, seien nur eingeschränkt zu empfehlen (S. 22). Da neben bestehe zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden ein leicht vermehrter Pausenbedarf, was laut dem orthopädischen Fachgutachten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zur Folge habe (S. 13). Aufgrund der Beschwerden und radiologischen Befunde bei chronischem zervikospondylogenem Syndrom bestehe somit keine Arbeitsfähigkeit mehr für seine angestammte Tätigkeit als Gerüstbauer. In dieser Beurteilung bestehe eine Übereinstimmung mit den Be

richterstattem der Z.____. Diese Einschränkung gelte daher seit der Zusprache der Rente (S. 22).

In einer körperlich maximal adaptierten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich wegen der leichten depressiven Episode und der Agoraphobie. Diese führten zu einer verminderten Durchhaltefähigkeit und zu einer verminderten Wegefähigkeit (Agoraphobie). Auch die Gruppenfähigkeit scheine nach Angaben des Beschwerdeführers eingeschränkt zu sein. Aus körperlicher Sicht sollte es sich um eine leichte körperliche Tätigkeit ohne Zwangshaltungen, ohne vornübergebeugtes Belasten, ohne längeres Stehen, längeres Sitzen, längeres Gehen und ohne die Notwendigkeit, Lasten über 10 Kilogramm

tragen zu müssen, handeln. Auf grund der Schwindel symptomatik sollte es sich nach Angabe der Gutachter zu dem um Tätigkeiten handeln, bei denen keine Sturzgefahren bestehen. Körperliche mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien nicht möglich. Die attestierte Verbesserung beziehungsweise 80%ige Arbeitsfähigkeit gelte seit dem psychiatrischen Fachgutachten, das heisse seit dem 14. Februar 2014 (S. 23). 3.2.3.2

Am 10. Dezember 2014 beantwortete der fallführende Oberarzt Dr. I.____ Zusatz fragen (Urk. 7/158). Er gab an, dass laut den zur Verfügung gestellten Unterlagen vom 27. April 2009 bis 14. Oktober 2010 nachprüfbar Arbeitsunfähigkeiten (zuletzt im Umfang von 50 %) vorgelegen hätten. In allen weiteren Berichten seither seien aber über die Arbeitsfähigkeit keine Angaben gemacht worden. Eine zuverlässige, lückenlose und nachprüfbar Aussage über die Arbeitsfähigkeit von Oktober 2010 bis zur Untersuchung in der Y.____ im Februar 2014 sei somit nicht möglich.

Aufgrund der damaligen Beurteilungen sei der Explorand in seiner angestammten Tätigkeit auf grund der degenerativen Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparats nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Dr. A.____ habe in seinem Bericht vom 13. Oktober 2010 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit – wahrscheinlich in einer Verweistätigkeit – ausgewiesen. Die psychiatrische Diagnose (bis dahin mittelgradige Depression) habe sich erst wieder anlässlich

der gutachterlichen Untersuchung im Februar 2014 geändert, als nur noch eine leichte depressive Episode habe nach gewiesen werden können. Dies führe zu einer verbesserten Arbeitsfähigkeit von 80% für eine maximal adaptierte körperlich leichte Tätigkeit, wie im Gutachten ausgewiesen. Diese 80%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bestehe somit seit dem 14. Februar 2014. Da keine Berichte mit anderslautenden Beurteilungen vorhanden seien, sei man davon ausgegangen, dass eine 50%ige Arbeitsfähigkeit seit der Zusprache der Rente bis zum 14. Februar 2014 bestanden haben dürfte. Jedenfalls fänden sich in den Unterlagen keine gegen diese Annahme sprechenden Unterlagen. 4. 4.1

4.1.1

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Zusprache einer Dreiviertelrente mit Verfügung vom 25. Januar 2012 (Urk. 7/73) mit Wirkung ab 1. März 2011 von einer 50%igen Arbeits(un)fähigkeit in adaptierter Tätigkeit aus. Sie stützte sich dabei auf Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. H.____

zum medizinischen Sachverhalt (E.

E. 10

% (zu m leidensbedingten Ab zu g BGE 126 V 75) angezeigt wäre, kann offen bleiben, ergäbe sich doch selbst bei Vor nahme eines solchen Abzugs

(Invalideneinkommen von Fr. 47'967.50) ein ebenfalls unter der rentenbegründenden Grenze von 40 % liegender Invalidi tätsgrad von gerundet 31 % .

Die Verfügung vom 15. Februar 2016 (Urk. 2) erweist sich somit als rechtens. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 7 .

7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. 7.2

Der Beschwerdeführer stellte mit seiner Beschwerde vom 16. März 2016 (Urk . 1) ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Christe, Winterthur, (S. 2) und reichte in der Folge einen Leistungsentscheid der Gemeinde Q.____ betreffend wirtschaftliche Hilfe vom 1. April 2016 bis 31. März 2017 ein (Urk. 9; zur fehlenden Rechtsschutzdeckung vgl. Urk. 1 S. 9). Die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsvertretung sind erfüllt (§ 16 Abs. 1 und 2 des Ge setzes über das Sozialversicherungsgericht GSVGer), weshalb das Gesuch zu bewilligen und dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Christe als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen ist. Die

dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind deshalb einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen . Zudem ist Rechtsanwalt Daniel Christe nach Einsicht die Honorarnote 11. August 2017 (Urk. 14), die einen der Bedeutung der Streitsache und Schwierigkeit des Prozesses angemessenen Aufwand aus weist (§ 34 Abs. 3 GSVGer), mit Fr. 1'931.60 (inkl. Barauslagen und Mehrwert steuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Beides unter Hinweis an den Be schwerdeführer auf § 16 Abs. 4 GSVGer . Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 16. März 2016 wird dem Beschwerdeführer die un entgeltliche Prozessführung gewährt und für das vorliegende Verfahren Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Christe, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, wird mit Fr. 1931.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichts kasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht ge mäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen 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
Gräub-Oertli

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