

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00187 vom 12. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00187

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00187 du 12 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00187 del 12 novembre 2018

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , er halten oder verbessern können; b.

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

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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3,

134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend (« allseitig ») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

-3). Die IV-Stelle teilte dem Versicherten daraufhin mit Schreiben vom 22. März 2016 (Urk. 10 /191) mit, dass eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig sei.

Das Gesuch um unentgeltlichen Rechtsbeistand wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. April 2016 (Urk. 10 /19

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht per Ende Mai 2014 aufgehoben wurde.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2002 verbessert habe (S. 1 unten). Schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht zumutbar. In leichten Tätigkeiten bestehe in einem vollschichtigen Pensum ein erhöhter Pausenbedarf durch verminderte kardiopulmonale Belastbarkeit und reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit mindestens Februar 2014 30 %. Da die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte sowie für eine angepasste Tätigkeit gelte, sei für die Invaliditätsbemessung kein Einkommensvergleich notwendig. Der Invaliditätsgrad entspreche der Arbeitsunfähigkeit von 30 % (S. 2 oben).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass er seine Tätigkeit als Kebab-Stand-Betreiber nicht mehr ausüben könne. Die Invaliditätsbemessung sei praxismässig anhand der Tabellenlöhne vorzunehmen (S. 3 oben). Sowohl die psychische Situation als auch das festgestellte COPD-Syndrom belegten eindrücklich, dass im Verlauf eine Verschlechterung eingetreten sei. So sei er seit seiner Rückkehr in die Schweiz bereits drei Mal stationär hospitalisiert worden, jeweils mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode (S. 3 unten). Das Y.____ -Gutachten vom September 2016 sei unvollständig und oberflächlich (S. 12 unten) und vermöge den Anforderungen des

Bundesverwaltungsgerichts nicht zu genügen (S. 6 unten). Die offensichtlich gegebene Alkoholproblematik habe im Rahmen der Begutachtung überhaupt keine Beachtung gefunden (S. 7 oben). Des Weiteren könne bei der Tätigkeit als Kebab-Stand-Besitzer keineswegs von einer bloss leichten Arbeit ausgegangen werden (S. 10 unten). 3.

Die Rentenzusprache basierte im Wesentlichen auf dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten des Z.____ vom 20. August 2001 (Urk. 10/13/1-12). Darin wurden folgende Diagnosen mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 9 Mitte): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei - funktionell mechanischem thorako-spondylogem Syndrom - Epicondylitis

humeri

radialis rechts

Als Diagnose mit relevantem Krankheitswert wurde ein Asthma bronchiale bei Nikotinabusus genannt (S. 9 Mitte).

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, die Rückenschmerzen würden als funktionell-mechanisches thorakospondylogenes Syndrom mit ungenügender Kraftausdauer der Rückenextensoren eingestuft. Als mögliche Ursache der unterschiedlichen Gelenkbeschwerden bestehe eine allgemeine Bandlaxität. Ein Fibromyalgiesyndrom liege nicht vor.

Die Arbeitsfähigkeit sei seitens des Bewegungsapparates auf mindestens 50 % zu schätzen und verbessere sich nach einer Rehabilitation auf 75-100 % (S. 8 unten). Der Rheumatologe stellte im Rahmen seiner Untersuchung ein hörbares endexpiratorisches Giemen im Rahmen einer COPD bei chronischem Nikotinkonsum fest (Urk. 10/13/18-19 S. 2 oben).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/13/13-17) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren an einem Schmerzsyndrom, für das es keine ausreichende körperliche Erklärung gebe und das am ehesten den Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung entspreche. Die Belastungen, die mit der Eröffnung eines Kebab-Standes in Chur einhergegangen seien, seien als Auslöser für die Schmerzproblematik denkbar (S. 4 Mitte). Das vorliegende psychiatrische Krankheitsbild reduziere die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um etwa 50 % (S. 5 Mitte). Die Langzeitprognose sei ungewiss, da bereits eine Chronifizierung bestehe. Als prognostisch günstig sei die Tatsache zu werten, dass der Beschwerdeführer nach wie vor zu etwa 40 % für den eigenen Betrieb arbeite (S. 5 unten).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass eine Objektivierung der vom Beschwerdeführer geklagten Symptomatik schwerfalle. So passen die im thorako-lumbalen Übergangsbereich liegenden Schmerzen nicht mit denjenigen Symptomen im Bereich des rechten Beins im Sinne einer radikulären Symptomatik zusammen. Zeichen eines entzündlichen Prozesses hätten sich weder klinisch noch labormässig eruieren lassen. Der Beschwerdeführer zeige offensichtlich einen Leidensdruck (S. 9 unten). In der bisherigen Tätigkeit seien Einschränkungen hinsichtlich der körperlich schwereren Arbeiten wie Heben von schweren Gewichten und Putzen vorhanden. Sämtliche administrativen Tätigkeiten seien jedoch zumutbar (S. 9 f.). Gesamthaft resultiere aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 10 oben). Die aktuelle Arbeit entspreche grösstenteils den Erfordernissen einer angepassten Tätig

keit. Für schwere Tätigkeiten bestehe eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50-60 % (S. 10 Mitte/unten). Nach Durchführung der geforderten beruflichen und medizinischen Massnahmen dürfte die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zwischen 75 % und 100 % liegen (S. 10 unten). 4.

Im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. September 2015 wurde die damals aktuelle Aktenlage zusammenfassend dargestellt (Urk. 10/176 S. 16 ff.).

Das Bundesverwaltungsgericht hielt fest, dass dem Beschwerdeführer darin zuzustimmen sei, dass sich den Akten Hinweise auf ein langjähriges Lungenleiden entnehmen lassen würden, dessen Verlauf und Ausmass bisher ungeklärt geblieben seien (Urk. 10/176 S. 24 Ziff. 11.2). Das Vorliegen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung mit allfälliger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich anhand der Akten nicht ausschliessen, jedoch auch nicht zweifelsfrei bestätigen. Der Sachverhalt erweise sich insofern als unvollständig abgeklärt. Entscheidend für die Leistungsbeurteilung seien die Häufigkeit der Asthmaanfälle, die Schwere der Atemwegobstruktion anhand der klinischen Befunde und der Funktionsbefunde (Urk. 10/176 S. 25

Ziff. 11.2). Da die COPD zudem oftmals von Herzkrankungen begleitet werde, sei auch eine kardiologische Abklärung vorzunehmen. Im Hinblick auf den von Dr. A. ___ im Gutachten vom 2. April 2013 diagnostizierten schädlichen Alkoholkonsum sei namentlich abzuklären, ob dieser zu dauerhaften somatischen Organschäden geführt habe

(Urk. 10/176 S. 25 Ziff.

E. 5

) ab. Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 10/196/3-6) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 30. Mai 2016 gut (Urk. 10/203; Verfahren Nr. IV.2016.00438).

1. 3

Die IV-Stelle hatte in der Zwischenzeit beim

Y. ___ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben, das am 24. August 2016 erstattet wurde (Urk. 10/215). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 10/218,

Urk. 10/228) verneinte die IV-Stelle

mit Verfügung vom 8. Juni 2017 (Urk. 10/241) einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde (Urk. 10/247/3-13). Mit Verfügung vom 23. Juni 2017 (Urk. 10/246) hob die IV-Stelle

die Verfügung vom 8. Juni 2017 wiedererwägungsweise auf. Mit Verfügung des hiesigen Gerichts vom 5. September 2017 wurde der Prozess als gegenstandslos geworden beschrieben (Urk. 10/257; Verfahren Nr. IV. 201

E. 5.1

Die nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 17. September 2015 eingegangenen Berichte geben über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendes Bild: 5. 2

Vom 14. Juli bis 3. August 2015 befand sich der Beschwerdeführer in der C. ___. Im Austrittsbericht der Ärzte der C. ___ vom 21. September 2015 (Urk. 10/254/5-8) wurden

folgende psychiatrischen Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Die Ärzte der C.____ führten aus, der Beschwerdeführer gehe kaum noch aus dem Haus, verbringe den ganzen Tag im Bett oder vor dem Fernseher (S. 1 unten). Im Vordergrund stünden eine starke Anspannung und innere Unruhe, Hoffnungslosigkeit mit Gedankenkreisen und starken Ein- und Durchschlafstörungen (S. 3 oben). Sie empfahlen die ambulante Weiterbehandlung und eine Optimierung der antidepressiven Therapie. Eine erneute stationäre Therapie der depressiven Störung erscheine indiziert (S. 4 Mitte). 5. 3

Vom 5. August bis zum 30. Oktober 2015 war der Beschwerdeführer wiederum in der C.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht der Ärzte der C.____ vom 2. Dezember 2015 (Urk. 10/184/5-8) wurde ausgeführt, hinsichtlich der Symptomatik habe in den Bereichen Schlaf, Antrieb, Nervosität, Anspannung und Lebensmüdigkeit eine stückweise Verbesserung, jedoch keine Remission erreicht werden können (S.

3 Mitte).

E. 5.2

und 126 V 7 5 E.

6). Vorliegend wurde die reduzierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % aus pneumologischer Sicht attestiert und mit einem erhöhten Pausenbedarf (10-15 Minuten pro Stunde) sowie einem leicht reduzierten Rendement begründet (vgl. Urk. 10/215 S. 31 f.). Der Beschwerdeführer verfügt nicht über eine abgeschlossene Berufsausbildung (Urk. 10/215 S. 30 unten) und übte vor Eintritt des Gesundheitsschadens vorwiegend körperlich schwerere Tätigkeiten aus. So war er in einer Textilfabrik, einer Spinnerei und einer Garage tätig und betrieb schliesslich einen Kebab-Stand (vgl. Urk. 10/215 S. 31 oben). Aktuell ist dem Beschwerdeführer – der auch im Sitzen eine schwere Atmung und ein Giemen zeigt (vgl. Urk. 10/215 S. 16 unten) - nur noch eine körperlich leichte Tätigkeit mit auch nur leichter Rückenbelastung, vorwiegend in sitzender Position, zumutbar. Ausgeschlossen sind Tätigkeiten in der Kälte oder in staubiger oder feuchter Umgebung, an gefährlichen Maschinen, in sturzgefährdender Höhe oder mit der Notwendigkeit des berufsmässigen Führens eines Fahrzeuges (vgl. Urk. 10/215 S. 14 oben und S. 24 unten). Vorliegend rechtfertigt es sich, den gesundheitsbedingten körperlichen Limitierungen der Leistungsfähigkeit Rechnung zu tragen. Diese sind zusätzlich zu der infolge des erhöhten Pausenbedarfs um 30 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_480/2017 vom 1. Februar 2018 E. 3, 8C_319/2017 vom 6. September 2017 E.

3.3.2.1 sowie 9C_302/2017 vom 6. Juli 2017 E. 3.5). So wird sich der Beschwerdeführer angesichts seiner gesundheitlichen Verfassung mit den genannten körperlichen Einschränkungen – insbesondere angesichts der schweren Atmung und des Giemens, welche in der Bewerbungssituation offensichtlich zutage treten - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einem geringeren Lohn zu begnügen haben als voll leistungsfähige und entsprechend einsetzbare Arbeitnehmer (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_830/2017 vom 16. März 2018 E. 5). Angesichts der vorliegenden Umstände erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 % als angemessen. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von rund Fr. 39'539.60 (Fr. 46'517).

E. 5.4

Dem Bericht der Ärzte des D.____, Pneumologie, vom 1. März 2016 (Urk. 10/192/ 1-3) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - chronisch obstruktive Pneumopathie GOLD Stadium II, Risikogruppe B - gehäufte Infektexazerbationen - aktuell signifikant reversible obstruktive Ventilationsstörung, normale CO-Diffusion - Risikofaktor: persistierender Nikotinkonsum - lokalisierte

Bronchiectasen im rechten Unterlappen mit Sekretansammlung - koronare Herzkrankheit - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus, wahrscheinlich Typ 2 - schwere depressive Episoden

Die behandelnden Ärzte führten aus, dass neben der ausgebauten inhalativen Therapie ein Rauchstopp sowie eine regelmässige körperliche Aktivität essentiell sei. Beides könne sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Verfassung derzeit nicht vorstellen (S. 3 oben). 5. 5

Das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des Y.____ vom 24. August 2016 (Urk. 10/215) basiert auf einer allgemein internistischen,

einer psychiatrischen, einer rheumatologischen, einer kardiologischen und einer pneumologischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1 unten). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 30

Ziff. 5.1): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - zervikospodylogenes Syndrom bei leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen und bei anamnestisch Status nach HWS-Distorsion anlässlich Autounfall 2004 - thorakospodylogenes Syndrom bei leichter Wirbelsäulenfehlform und - fehlhaltung - lumbospodylogenes Syndrom bei leichten degenerativen LWS-Veränderungen - Impingement -Syndrom linke Schulter - Verdacht auf

ulnaris Syndrom beidseits - koronare Herzkrankheit/Koronarsklerose - Asthma bronchiale - sacculäre

Bronchiectasen und Verdichtung im rechten posterobasalen Lungenunterlappen - Immunglobulin-Subklasse 4-Mangel

Zudem wurden unter anderem folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 30 Ziff. 5.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch - Verdacht auf Hepatopathie (Differentialdiagnose: medikamentös-toxisch)

Anlässlich der Exploration habe der Beschwerdeführer weitgehend therapieresistente konstante generalisierte Rückenschmerzen mit Ausstrahlung gegen beide Schultern, gegen die Flanken und gegen das Becken, zudem intermittierend auf tretende Handgelenkschmerzen, eine allgemeine Angespanntheit, Unruhe, Ängste, einen Reizhusten mit Atemnot bereits beim Gehen in der Ebene und eine konstant vorhandene Müdigkeit geklagt (S. 31 oben).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass der Beschwerdeführer freundlich und angepasst gewesen sei und die gestellten Fragen ausführlich beantwortet habe. Er habe durchwegs schwer geatmet und ein Giemen gezeigt. Er habe vor allem somatische Beschwerden mit diffusen, ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat und Atembeschwerden angegeben (S. 16 unten).

Bei dem Beschwerdeführer bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Appetit und negative Zukunftsperspektiven. Es sei im Verlauf auch zur Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Klinikbehandlung und teilstationärer Behandlung gekommen. Die somatischen Beschwerden liessen sich mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Es bestünden deutliche psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, auch mit lebensgeschichtlichen Belastungen. Der Beschwerdeführer betreibe einen regelmässigen Alkoholkonsum, rauche Zigaretten und es bestehe eine Analgetika-, aber auch Benzodiazepin- und Hypnotikamedikation, wodurch die Symptomatik verschlechtert werden könne. Diagnostisch handle es sich um einen schädlichen Substanzgebrauch (S. 19 unten). Das alkoholspezifische CDT sei nicht pathologisch erhöht gewesen, was gegen einen chronischen Äthylismus spreche (S. 17 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in allen Tätigkeiten, die auch somatisch angepasst seien, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 20 unten).

Aus Sicht des Bewegungsapparates sei dem Beschwerdeführer eine leicht bis mässiggradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, insbesondere des Achsenskeletts, zu attestieren, so dass körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr, körperlich mittelschwere Tätigkeiten nur mit einer Einschränkung von 50 % zumutbar seien, wogegen in einer körperlich leichten Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparates habe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden imponiert (S. 31 Mitte).

Aus kardiologischer Sicht weise der Beschwerdeführer eine koronare Herzkrankheit bei normaler Pumpfunktion auf. In der Fahrradergometrie sei der Beschwerdeführer mit Erreichen von 33 % der Soll-Leistung schlecht leistungsfähig gewesen. Aus kardiologischer Sicht seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten momentan nicht zumutbar. Hingegen bestehe in einer körperlich nicht oder leicht belastenden Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 31 unten).

Aus pneumologischer Sicht wurde ausgeführt, dass anamnestisch seit dem 30. Lebensjahr ein Asthma bronchiale bestehe. Computertomografisch hätten sich im Februar 2016 erstmals sacculäre

Bronchiektasen im rechten posterobasalen Unterlappen mit Verdacht auf konsolidierende Pneumonie gefunden. Laborchemisch zeige sich zudem ein Immunglobulin-Subklasse 4-Mangel als möglicher Co-Faktor für gehäufte Infektexazerbationen (S. 29 Mitte). Aus rein pneumologischer Sicht bestehe für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 31 unten)

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verantwortlich. Zudem könnten aktuell eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung und eine Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, gestellt werden, welche sich jedoch nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (S. 31 f.).

Dem Beschwerdeführer könne für sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (S. 33 Mitte). Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (S. 32 oben). Schon im Jahr 2002 sei die MEDAS nach Abheilung der Epicondylitis von einer baldigen Arbeitsfähigkeit von 75-100 % ausgegangen (S. 33 unten). Die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit seien mindestens seit der Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 14. Februar 2014 anzunehmen (S. 32 oben).

Es handle sich um eine Besserung des Zustandes, die eigentlich schon lange zu erwarten gewesen, jedoch erst im Jahr 2013 überprüft worden sei (S. 34 oben).

E. 5.6

Im Bericht der Ärzte der E.____, Orthopädie, vom 20. Januar 2017 (Urk. 10/233/1-2) wurde erwähnt, dass der Beschwerdeführer bereits im Sitzen kurzatmig sei.

E. 5.7

Die Ärzte des D.____, Pneumologie, führten im Bericht vom 15. Februar 2017 (Urk. 10/233/6-8) aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der aktuellen Verlaufskontrolle zunehmende Belastungsdyspnoe beklagt, so dass er auch Alltagsaktivitäten praktisch nicht mehr bewältigen könne. In einer Fahrradergometrie mit Pulsoxymetriemessung habe der Beschwerdeführer nur gerade 23 % der Soll-Leistung erreicht; ihm müsse eine sehr schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert werden. Die Inhalationstherapie sei weiterzuführen, vordringlich sei die Teilnahme an einer pulmonalen Rehabilitation (S. 2 f.). 5. 8

Die Ärzte der E.____, Orthopädie, nannten im Bericht vom 9. Juni 2017 (Urk. 10/254/1-2) unter anderem folgende Diagnosen (S. 1 Mitte) : - AC- Gelenksarthropathie sowie subacromiales

Impingement Schulter rechts - articulareseitige Partialruptur der Supraspinatussehne , AC-Arthropathie , subacromiales

Impingement Schulter links - Epicondylitis

humeri

radialis links

Der Beschwerdeführer habe bezüglich der linken Schulter von den Infiltrationen soweit gut profitiert, auch wenn er nicht komplett beschwerdefrei sei. Seit Anfang Mai habe er nun aber auch Beschwerden in der rechten Schulter (S. 1 unten). 5. 9

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 21. Juni 2017 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 10/254/3-4) aus, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2014 alle zwei bis drei Wochen zu ihm in die Praxis komme. Seit Beginn der Therapie habe sich sein Gesundheitszustand betreffend Depressionen und auch Lungenfunktion schrittweise und deutlich verschlechtert (S. 1). An eine Arbeitstätigkeit sei weiterhin nicht zu denken (S. 2). 6. 6.1

Die ausführliche Expertise der Ärzte des Y.____ vom August 2016 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. E.

1. 4). Sie setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte.

Des Weiteren konnten im Y.____ -Gutachten die gemäss Urteil des Bundesverwaltungsgerichts noch offenen Fragen beantwortet werden. Das Y.____ -Gutachten hat nun gezeigt, dass eine Lungenerkrankung vorliegt, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Aus kardiologischer Sicht wurde eine koronare Herzkrankheit festgestellt, welche sich indessen in einer körperlich nicht oder leicht belastenden Tätigkeit nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. In psychiatrischer Hinsicht wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert, und es wurden psychosoziale Belastungsfaktoren festgestellt. Zudem konnte trotz regelmässigem Alkoholkonsum keine Alkoholabhängigkeit oder dadurch bedingte Organschädigungen festgestellt werden.

Insgesamt ist das Y.____ - Gutachten umfassend und vermag zu überzeugen. 6.2

Soweit in den Berichten der Ärzte der C.____ eine gegenwärtig schwere depressive Episode genannt wurde, wurde im Y.____ -Gutachten festgehalten, dies könne

während der Zeit der Klinikbehandlung nachvollzogen werden (nicht aber im ambulanten Rahmen; Urk. 10/215 S. 20 Mitte/unten). Der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. B.____ vom Juni 2017 vermag das Y.____ -Gutachten ebenfalls nicht in Zweifel zu ziehen.

So nannte Dr. B.____ keine psychischen Befunde, stützte seine Einschätzung sowohl auf somatische als auch auf psychiatrische Diagnosen und begründete die volle Arbeitsunfähigkeit nicht näher. 6.3

Nach dem Gesagten kann auf das Gutachten der Ärzte des Y.____ vom 24. August 2016 abgestellt werden, wonach beim Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit seit Februar 2014 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

7.

E. 7

.00 714).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 10/248 ; Urk. 10/249)

hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Januar 2018 die bisher ausgerichtete Rente per Ende Mai 2014 auf (Urk. 10/ 266 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 16. Februar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. Januar 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache sei

zur weiteren Abklärung des Gesundheitszustandes und Prüfung einer Rentenerhöhung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. April 2018 (Urk.

E. 7.1

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

E. 7.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad »

- Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex « Sozialer Kontext »

- Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch

ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4): Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). 7. 3

Nach dem Gesagten ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen.

Die Y.____-Gutachter diagnostizierten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, wobei diesen Diagnosen ausdrücklich keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Wirkung beigemessen wurde (Urk. 10/215 S. 31 f.).

Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Gutachten der Ärzte des Y.____ sowie die übrigen medizinischen Akten möglich. Weitere medizinische Abklärungen sind dementsprechend nicht angezeigt. 7. 4

Hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wurde im Y.____-Gutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführer unter konstanten Rücken schmerzen leide, deren Intensität auf einer zehnstufigen visuellen Analogskala (VAS) im Untersuchungszeitpunkt 5 betrage n habe (Urk. 10/215 S. 10 f.).

Des Weiteren bestünden eine verminderte Freudeempfindungsfähigkeit und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation .

Auch beklage der Beschwerdeführer eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, anfallsartige Ängste und einen verminderten Appetit (S. 17 oben). Zum Tagesablauf gab der Beschwerdeführer an, er stehe zwischen 10 Uhr und 14 Uhr auf und mache sich Kaffee. Meistens bleibe er zuhause und liege auf dem Sofa, sehe manchmal fern, höre Musik und unternehme zwischendurch kurze Spaziergänge. Die Haushaltsarbeiten erledige er selber, Einkaufen gehe er auch selber. Er koche nur wenig. Er habe fast keine Kollegen mehr. Ab und zu erhalte er Besuch von seinem Sohn, der in Chur wohne. Seine Mutter in der Türkei habe er letztmals vor vier Jahren besucht. Im Januar 2016 habe er seine Kinder in der Südtürkei besucht (Urk. 10/215 S. 11 unten und S. 16 oben).

Daraus kann indessen nicht ohne weiteres auf eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung beziehungsweise auf einen (bestimmten) funktionellen Schweregrad der Störung geschlossen werden. Vielmehr sind das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298). Diesbezüglich wurde im Y.____-Gutachten festgehalten, es

bestünden deutliche psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, auch mit lebensgeschichtlichen Belastungen (zwei gescheiterte Ehen, Scheitern in der selbständigen Tätigkeit, Abhängigkeit vom Sozialamt). Auch die Ärzte der C.____ nannten im September 2015 verschiedene Belastungsfaktoren. So die damals in Auflösung begriffene Wohnsituation, die anstehende Scheidung, die abgelehnte Invalidenrente und die fehlenden Sozialkontakte (Urk. 10/254/5-8 S. 3 Mitte).

Die vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren sprechen gegen das Vorliegen eines Krankheitsgeschehens, das im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne als schwer zu bezeichnen ist.

Zum zweiten Indikator („Behandlungserfolg oder -resistenz“) wurde im Y.____ - Gutachten ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer in einer ambulanten psychiatrisch-therapeutischen Behandlung befinde, die fortgesetzt werden sollte (Urk. 10/2

E. 7.5

Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz.

Zu den Einschränkungen des Aktivitätsniveaus ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und gemäss seinen Angaben kaum mehr Kollegen habe. Aus der Schilderung der Tages- und Freizeitgestaltung geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer selbst um den Haushalt kümmert, die Einkäufe tätigt und gelegentlich kocht. Zudem ist es ihm möglich, trotz subjektiv starker Beschwerden mit dem Flugzeug in die Türkei zu reisen.

Im Gutachten wurde eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung erwähnt (Urk. 10/215 S. 18 unten). Die Gutachter hielten fest, die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, könne mit objektiv erheblichen psychiatrischen Befunden nicht begründet werden (Urk. 10/215 S. 20 Mitte). Medizinisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und – limitierungen können indessen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anerkannt werden (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

7. 6

Vor diesem Hintergrund ist eine aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie der rezidivierenden depressiven Störung resultierende invalidenversicherungsrechtlich massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich. Damit bleibt es bei der 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht. Gestützt auf das Y.____ -Gutachten ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit auszugehen. Insgesamt ist im Vergleich zur Rentenzusprache per Februar 2001 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Somit liegt ein Revisionsgrund vor. Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen. 8. 8.1

Vorliegend ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer - sowohl aus kardiologischer Sicht als auch aus pneumologischer Sicht - nur noch körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar sind. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die bisherige Tätigkeit als Kebab-Stand-Betreiber als körperlich leichte Tätigkeit qualifiziert werden kann. Dies vermag jedoch nicht zu überzeugen, zumal für den Betrieb eines Kebab-Standes unter anderem Getränke, schwere Fleisch-Spiesse und

weitere Zutaten herbeigeschafft und Putzarbeiten ausgeführt

werden müssen. So mit rechtfertigt es sich vorliegend nicht, den Invaliditätsgrad mittels Prozentvergleich zu ermitteln und es ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222). Vorliegend ist der Rentenanspruch ab Juni 2014 zu prüfen (rentenaufhebende Verfügung vom 14. April 2014, vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV). 8.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2). 8.3

Der Beschwerdeführer betrieb von 1992 bis 1995 einen Kebab-Stand in Uster, war im Jahr 1996 in einer Verpackungsfirma tätig und eröffnete anschliessend einen Kebab-Stand in Chur (vgl. Urk. 10/13 S. 5 oben/Mitte), welchen er im Jahr 2002 aufgeben musste (vgl. Urk. 10/99 S. 4 oben). Schliesslich war er ab Dezember 2002

als Pizzakurier tätig (vgl. Urk. 10/5).

Vor diesem Hintergrund erscheint es gerechtfertigt, das

Valideneinkommen gestützt auf die Lohnstrukturerhebung 2014 zu berechnen. Demnach betrug der im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Männern im Kompetenzniveau 1 erzielte Lohn im Jahr 2014 Fr. 5'312.-- pro Monat (LSE 2014, Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenzniveau 1), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb, Gesundheits- und Sozialwesen) ein Einkommen von

Fr. 66'453.12 im Jahr ergibt (Fr. 5'312.-- : 40 x 41.7 x 12). 8.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE

143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl. 2014, N

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 8.5

Vorliegend ist zur Berechnung des Invalideneinkommens ebenfalls auf die Lohnstrukturerhebung 2014 abzustellen. Ausgehend von einem Einkommen von Fr. 66'453.12 (vgl. vorstehende E. 8.3) und

angepasst an das zumutbare Pensum von 70 % resultiert somit ein Einkommen von Fr. 46'517.

E. 9

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 16. April 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 9.1

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 9.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses wird diese beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgelegt. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 24. Januar 2018 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 11

).

Mit Gerichtsverfügung vom 6. August 2018 wurde n antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 oben) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 11.3

). Ferner lasse sich auch der psychische Gesundheitszustand nicht schlüssig beurteilen . So könne nicht beurteilt werden, ob es sich bei den Beschwerden um blosser Reaktionen auf schwierige Lebensverhältnisse handle, welche für sich allein keine invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen bilden, oder ob eine eigenständige psychiatrische Erkrankung vorliege. Das Gutachten von Dr. B.____ erfülle nicht die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage. Auch der Beweiswert des Gutachtens von Dr. A.____ erscheine fraglich (Urk. 10 /176 S. 26

Ziff. 11.4).

Das Bundesverwaltungsgericht kam zum Schluss, dass es im Ergebnis unklar sei , welche psychischen, pulmonalen und kardiologischen Beeinträchtigungen vorlägen und wie sich diese in Wechselwirkung mit der somatoformen Schmerzstörung auf die Leistungsfähigkeit auswirken würden. Da es sich vorliegend um einen komplexen Fall mit multiplen psychischen und physischen Beeinträchtigungen handle, sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine interdisziplinäre Abklärung und Beurteilung durch entsprechende Fachärzte unabdingbar. Eine isolierte Betrachtung von somatischen und psychischen Befunden und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei aus beweisrechtlicher Sicht ungenügend (Urk. 8/176 S. 27 Ziff.

E. 11.5

).

Die Vorinstanz habe unter Berücksichtigung der vom Bundesgericht eingeleiteten Praxisänderung zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei somatoformen Schmerzstörungen ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Pneumologie, Kardiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie einzuholen und hernach über den Rentenanspruch neu zu verfügen (Urk. 10 /176 S. 27 f. Ziff. 11.5 und

Ziff. 13). 5.

E. 15

S. 18 und S. 33). Der Alkoholkonsum sollte kontrolliert und eine Abstinenz von abhängigkeits erzeugenden Substanzen erreicht werden (Urk. 10/215 S. 18 unten).

Das chronische panvertebrale Schmerzsyndrom, die Schulterbeschwerden und die koronare Herzkrankheit können wohl nicht als massgebliche somatische Komorbiditäten gelten, zumal sich diese nur insofern auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, als sie der Ausübung körperlich schwerer und teilweise mittelschwerer Tätigkeiten entgegenstehen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung können nur Beschwerden als Begleiterkrankungen rechtlich relevant sein, wenn ihnen eine eigenständige, invalidisierende Bedeutung zukommt. Ist dies nicht der Fall, werden sie allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik berücksichtigt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Als massgebliche Komorbidität wirken sich indessen die pneumologischen Diagnosen (Asthma bronchiale, sacculäre

Bronchiektasen und Verdichtung im rechten posterobasalen Lungenunterlappen, Immunglobulin-Subklasse 4-Mangel) aus.

Betreffend die Kategorien Persönlichkeit und sozialer Kontext ergibt sich aus dem Gutachten, dass keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge bestünden (Urk.

10/215 S. 14 unten).

Der Beschwerdeführer habe wenige Kontakte und lebe nicht völlig sozial isoliert. Er besuche seine Kinder in der Türkei und habe Kontakte zu seinem in Chur wohnenden erwachsenen Sohn. Auch nehme er eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahr (Urk. 10/215 S. 18 Mitte).

E. 18

x 0.85). 8.6

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 66'453.12 und einem Invalideneinkommen von Fr. 39'539.60 beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 26'913.52, was einem Invaliditätsgrad von 40.50 % entspricht. Entsprechend hat der Beschwerdeführer ab dem 1. Juni 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 9.

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