

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00680 vom 7. Juli 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00680](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00680)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00680 du 7 juillet 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00680 del 7 luglio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Dezember 2004 sprach sie dem Versicherten ab 1. Dezember 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 100 %

eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu ( Urk. 7/19).

Ab dem 7. Juli 2005 war der Beschwerdeführer 15 Stunden pro Woche bei der Stiftung Z.\_\_\_\_ an einem geschützten Arbeitsplatz tätig ( Urk. 7/21). Im Rahmen von in den Jahren 2005 ( Urk. 7/ 20 ff.), 2008 ( Urk. 7/33 ff. ) und 2012 ( Urk. 7/47 ff. ) von Amtes wegen durchgeführten Revisionsverfahren tätigte die IV-Stelle jeweils erwerbliche und medizinische Abklärungen und teilte dem Versicherten in der Folge mit, er habe unverändert Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ( Urk. 7/25, Urk. 7/38, Urk. 7/50).

Am 23. Januar 2016 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein ( Urk. 7/52) und holte neben einem Arbeitgeberbericht ( Urk. 7/53), einem IK-Auszug ( Urk. 7/57) und Berichten der behandelnden Ärzte ( Urk. 7/56 , Urk. 7/58 ff.) ein polydisziplinäres Gutachten des

Zentrums A.\_\_\_\_ , in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates ein ( Urk. 7/164), welches am 17. November 2016 erstattet wurde ( Urk. 7/176). In der Folge stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 4. April 2018 die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 17. Dezember 2004 und die Einstellung der ganzen Invalidenrente ab Ende des auf die Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht ( Urk. 7/187), wogegen der Versicherte Einwand erhob ( Urk. 7/188, Urk. 7/198) . Mit Verfügung vom 24. Juli 2018 entschied die IV-Stelle im ange kündigten Sinne ( Urk. 7/201 = Urk.

### **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 ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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 gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich 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 hin sichtlich 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**

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 145 V 215 E. 5.1, 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 zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V

215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E.

4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Ljubica Jovovic, am 23. August 2018 Beschwerde mit den Rechtsbegehren, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Juli 2018 aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und es sei ihm mindestens eine Invalidenrente von 50 % auszurichten. Ferner beantragte er in formeller Hinsicht, es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren sowie Rechtsanwältin Ljubica Jovovic als unentgeltliche Rechtsbeiständin zu bestellen (Urk. 1).

Der Beschwerde legte er verschiedene ärztliche Berichte bei (Urk. 3/

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung dahingehend, dass einerseits ein Revisionsgrund vorliege, da sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenzusprechenden Verfügung vom 17. Dezember 2004 verbessert habe. Andererseits sei auch ein Wiedererwägungsgrund gegeben, da der Sachverhalt im Jahr 2004 nicht vollständig abgeklärt worden und damit der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden sei. Aufgrund dieser Rückkommenstitel sei der Rentenanspruch ohne Bindung an frühere Beurteilungen umfassend zu prüfen (Urk. 2 S. 2 f.).

Das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2016 habe ergeben, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädisch-traumatologischer Sicht die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich, eine angepasste Tätigkeit jedoch zu 100 % zumutbar sei. Aus

psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit gemäss der Expertise gestützt auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem all gemeinen Arbeitsmarkt zu 50 % eingeschränkt ( Urk. 2 S. 3) . Aufgrund der fehlenden Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten und de r vorhandenen Res sour cen könne auf die durch den psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeits unfä higkeit jedoch nicht abgestellt werden, der Beschwerdeführer sei in einer ange passten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Der Einkommensvergleich ergebe keine Erwerbseinbusse, weshalb kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente bestehe ( Urk. 2 S. 2 f.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, ein Wiedererwägungsgrund sei nicht gegeben, da der Sachverhalt zum Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung mittels diverser Berichte der behandelnden Ärzte ausreichend abgeklärt und korrekt gewürdigt worden sei ( Urk. 1 S. 4 ff.) .

Ferner sei auch kein Revisionsgrund gegeben, da gemäss Stellungnahme des behandelnden Psychiaters weiterhin das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliege und nicht nachvollziehbar sei, dass er ausserhalb eines geschützten Rahmens überhaupt arbeitsfähig sein sollte. Die Therapiefrequenz und die Dosierung des Antidepressivums seien aufgrund von Erfolglosigkeit reduziert worden, Leidensdruck sei auch gemäss Gutachten vorhanden und aus der Bedeutung der Familie als Ressource könne nicht auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen werden ( Urk. 1 S. 9 ff.).

Sollte wider Erwarten die volle Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden, sei auf grund des Gutachtens und in Übereinstimmung mit der Einschätzung des Regional ärztlichen Dienstes (RAD) von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen. Die Beschwerdegegnerin setze sich mit der Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 100 % zu Unrecht und in einer nicht nach vollziehbaren Art und Weise über diese Beurteilungen hinweg ( Urk. 1 S. 12 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Einstellung der Rente des Beschwerdeführers und im Besonderen , ob sich sein Gesundheitszustand in invalidenversicherungsr echt lich massgeblicher Weise verbessert hat, so dass die Beschwerdegegnerin seinen Rentenanspruch ohne Bindung an frühere Beurteilungen umfassend neu prüfen konnte.

Massgeblicher Vergleichszeitpunkt ist unbestrittenermassen die renten zusprechende Verfügung vom 17. Dezember 2004, da in den darauffolgenden Revisionsverfahren, die jeweils mit informellen Mitteilungen abgeschlossen wurden, nur einzelne Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt wurden, wobei es sich nicht um eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung handelt (BGE 133 V 108 E. 5.4 ).

Rechtsprechungsgemäss bildet die hier angefochtene Verfügung vom 24. Juli 2018 die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen), so dass die im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Berichte, soweit sie sich lediglich zur Entwicklung des Gesundheitszustandes nach diesem Zeitpunkt äussern ( Urk. 16, Urk. 22) , vorliegend nicht zu berücksichtigen sind. 3. 3.1 3.1 .1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 17. Dezember 2004 beruhte im Wesentlichen auf der folgenden medizinischen Aktenlage: 3 .1 .2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Assistenzärztin, beide von der psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_, stellten im Bericht vom 15. April 2004 die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und einer mediolateralen Diskushernie HWK 6/7 mit Wurzelkompressionssyndrom C7 rechts und berichteten, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 16. Dezember 2003 in stationärer Behandlung, aus psychiatrischer Sicht sei er seit diesem Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig. Unter konsequenter Therapie könne eine Besserung der Arbeitsfähigkeit eintreten, prognostisch sei derzeit noch nicht abzuschätzen, wann dies der Fall sein werde (Urk. 7/7/1).

Der Beschwerdeführer sei derzeit im Rahmen der feststehenden posttraumatischen Belastungsstörung mit begleitender depressiver Komponente in seinem Konzentrations- und Auffassungsvermögen sowie der Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit eingeschränkt im Sinne einer Verlangsamung und erhöhten Ablenkbarkeit. Die Belastbarkeit sei zusätzlich durch die bestehende Affektlabilität eingeschränkt (Urk. 7/7/5). 3.1.3

Im Bericht vom 28. Juni 2004 stellte Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, die Diagnosen chronischer Schmerzen im Bereich der rechten Schulter/Hand bei Radikulopathie C7 bei Diskushernie C6/7 rechts, einer depressiven Anpassungsstörung mit ausgeprägter depressiver Symptomatik, Angstanfällen und latenter Suizidalität sowie einem Status nach gastrointestinaler Blutung auf NSA. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit progredient verschlechtert, dies trotz diverser diagnostischer und therapeutischer Massnahmen (Urk. 7/12/5). Er sei im Augenblick sicher nicht arbeitsfähig und werde dies vermutlich angesichts des chronischen Verlaufs auch auf längere Sicht bleiben (Urk. 7/12/6). 3.1.4

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 3. September 2004 im Wesentlichen die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Differenzialdiagnose depressive Anpassungsstörung mit Angstanfällen und zeitweise latenter Suizidalität (ICD-10 F43.22) bei bis vor kurzem (7/2004) drohender Ausweisung nach Kosovo. Der Beschwerdeführer sei seit mindestens September 2003 bis zum Berichtszeitpunkt zu 80-100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/13/5). Die Entstehung der psychiatrischen Störung sei unter anderem durch die drohende Ausweisung mitausgelöst worden, wohl im Sinne einer Retraumatisierung oder Anpassungsstörung. Da diese Bedrohung auf absehbare Zeit nicht mehr vorhanden sei, bestehe die Hoffnung, dass die psychische Störung noch nicht chronifiziert und im Verlauf der nächsten sechs bis zwölf Monate zumindest wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erreichbar sei. Obwohl der Beschwerdeführer seit längerer Zeit zu 80-100 % arbeitsunfähig sei, bestehe aus psychiatrischer Sicht die Gefahr, dass eine volle Berentung die Störung eher aufrechterhalte (Urk. 7/13/7). 3.1.5

In somatischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, im Bericht vom 16. September 2004 eine chronische Schmerzstörung im Bereich des rechten Arms. Der Beschwerdeführer verspüre Schmerzen im rechten Arm im Bereich des Coracoids und des Handgelenkes. Gelegentlich schlafe die rechte Hand ein. Intermittierend trete ein starkes Zittern im rechten Arm und neu auch im rechten Bein auf. Gelegentlich habe er krampfartige Schmerzen im Bereich des rechten Unterarms (Urk. 7/14/2). Der Neurostatus sei praktisch unauffällig, sie könne keine radikulären Ausfälle C7 mehr finden. Aus ihrer Sicht seien die motorischen Beschwerden funktionell. Somit bestehe aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit, eine solche müsste allenfalls psychiatrisch begründet werden (Urk. 7/14/3). 3.1.6

Die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ führten im Verlaufsbericht vom 13. Oktober 2004 aus, der Beschwerdeführer habe sich bis zum 23. April 2004 in stationärer Behandlung befunden. Im Verlauf der Behandlung sei eine Stimmungsstabilisierung, eine bessere Belastbarkeit und eine Abnahme der impulsiven Durchbrüche eingetreten. In den letzten drei Wochen des Aufenthaltes sei im Rahmen der Arbeitstherapie ein Belastungsversuch mit täglich drei- bis vierstündiger Arbeit in der Klinikküche durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe sich sehr motiviert gezeigt, habe zwar zeitweise über verstärkte Schmerzen im rechten Arm geklagt,

aber drei Stunden täglich leichte körperliche Arbeit in der Küche verrichten können und dadurch an Selbstvertrauen gewonnen. Er sei am 23. April 2004 in gebessertem Zustand nach Hause entlassen worden. Bis zu diesem Zeitpunkt sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, bezüglich des weiteren Verlaufs des Zustandsbildes sei der behandelnde Psychiater zu konsultieren (Urk. 7/15/3, vgl. auch Austrittsbericht vom 23. April 2004, Urk. 3/4). 3.1.7

RAD-Arzt Dr. med.

H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 29. Oktober 2004 aus, im Arzzeugnis der Klinik B.\_\_\_\_ werde keine posttraumatische Belastungsstörung ausgewiesen, da nach ICD-10 viele weitere Kriterien erfüllt sein müssten. Die traumatischen Kriegserlebnisse hätten bereits bei der Einreise bestanden und seien in den Jahren 1999 bis 2000 behandelt worden. Im Arzzeugnis des behandelnden Psychiaters würden viele soziokulturelle und psychosoziale Umstände aufgelistet, die entsprechend dem Finalitätsprinzip einen Gesundheitsschaden zur Folge haben könnten, aber nicht zwangsläufig einen kausalen Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit begründeten. Der Beschwerdeführer werde als im geschützten Rahmen arbeitsfähig erachtet. Trotz einiger Vorbehalte sei jedoch aufgrund der Zusammenhänge die depressive Entwicklung als Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 IVG mit 100% iger Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2003 und seither anhaltender Invalidität anzuerkennen. Weitere Abklärungen würden den Erkenntnisgewinn betreffend den medizinischen Sachverhalt nicht erhöhen (Urk. 7/16/3). 3.2. 3.2.1

Im Rahmen des aktuellen Revisionsverfahrens wurden im Wesentlichen folgende ärztliche Stellungnahmen zu den Akten genommen: 3.2.2

Dr. F.\_\_\_\_ berichtete am 15. März 2016, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär, und er stellte folgende psychiatrischen Diagnosen (Urk. 7/56/3): - chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und langandauernder psychischer und körperlicher Erkrankung (ICD-10 F62.0/1)

Der psychopathologische Befund sei weitgehend unverändert. Der Beschwerdeführer sei weiterhin nur im geschützten Rahmen arbeitsfähig, täglich drei Stunden, im Wechsel eine halbe Stunde stehend und eine halbe Stunde sitzend (Urk.7/56/3). 3.2. 3

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erhob im Verlaufsbericht vom 9. April 2016 ebenfalls einen stationären Gesundheitszustand und stellte folgende Diagnosen (Urk. 7/58/5): - Iarvierte Depression mittelgradig - degeneratives Wirbelsäulensyndrom und Spinalkanalstenose - Zustand nach Umstellungsosteotomie Knie links und

sekundärem Weichteilinfekt - Hypertonie und Adipositas, BPH - Gonarthrose beidseits

Er führte aus, das Ressourcenprofil könne nicht beurteilt werden, er bitte um die Durchführung eines Gutachtens ( Urk. 7/58/5). 3.2. 4

Im am 17. November 2016 erstatteten polydisziplinären Gutachten der A.\_\_\_\_ stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/176/20): - degenerative Veränderungen der HWS mit Diskusprotrusionen und mittelschwerer Spinalkanalstenose des unteren HWS-Abschnittes - Arthrose des linken Kniegelenkes mit Status nach Umstellungsosteotomie - Arthrose des rechten Kniegelenkes - rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte Episode (ICD-10 F33.0)

Ferner diagnostizierten die Gutachter folgende gesundheitlichen Störungen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 7/176/20): - geringgradiges Impingementsyndrom des rechten Schultergelenkes mit nur endgradiger Bewegungseinschränkung - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Kombinationskopfschmerz (Spannungskopfschmerzen, Analgetika-induzierter Kopfschmerz, Migränekopfschmerz) - Hypertonie, medikamentös gut eingestellt - Adipositas (BMI 33 kg/m<sup>2</sup>) - Status nach Leistenhernien- und Hodenoperation links - benigne Prostatahyperplasie wahrscheinlich, behandelt - Urtikaria, wahrscheinlich allergischer Ursache

Gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, gab der Beschwerdeführer im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung Schmerzen der Hals- und der Lendenwirbelsäule, des rechten Schultergelenkes, beider Kniegelenke sowie der linken Leiste an, die im Wesentlichen seit einem Unfall im Jahr 2002 bestünden ( Urk. 7/176/39 f.). Bei der klinischen Untersuchung hätten die vom Beschwerdeführer vorgetragene, als erheblich und invalidisierend beschriebene Beschwerden nicht in Gänze objektiviert werden können ( Urk. 7/176/40).

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Onkologie, konnte anlässlich der internistischen Begutachtung keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen ( Urk. 7/176/52). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei aus internistischer Sicht uneingeschränkt ( Urk. 7/176/53).

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, legte dar, der Beschwerdeführer leide seit den Kriegserlebnissen im Kosovo unter vermehrter Ängstlichkeit und Reizbarkeit, was immer wieder zu Problemen im Zusammenleben der Familie führe. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien derzeit nicht vollständig erfüllt. Es würden weder Dissoziationen noch manifeste Nachhallereinerungen angegeben, auch die belastenden Ereignisse aus den Kriegstagen könnten vom Beschwerdeführer ohne wesentliche affektive und psychomotorische Anspannung geschildert werden. Die Alpträume seien offenbar im Verlauf rückläufig, traumatische Erlebnisse würden nur sporadisch wahrgenommen, eindeutige Depersonalisationen oder Interessenlosigkeit lägen nicht vor. Im Vordergrund stünden übermässige Besorgnis, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit sowie immer wiederkehrende traurige Verstimmungen, die 2003 zu einem Suizidversuch geführt hätten, damals sei eine stationäre Behandlung notwendig gewesen. Nach Angaben der Klinik B.\_\_\_\_ hätten damals deutliche Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden. Aktuell ergebe sich das Bild einer leichtgradigen Depression mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und mangelndem Vertrauen in die Selbstwirksamkeit. Daneben bestünden viele körperliche Beschwerden im Sinne eines

chronischen Schmerzsyndroms, die im Rahmen der depressiven Störung zu sehen seien ( Urk. 7/176/62).

Dr. L.\_\_\_\_, der als Facharzt für Neurologie auch die neurologische Begutachtung durchführte, hielt im entsprechenden Teilgutachten fest, der Beschwerdeführer leide seit einem Sturz mit Kollaps im Jahr 2002 unter anhaltenden Schmerzen im Nacken und entlang der übrigen Wirbelsäule mit Druckschmerz im Bereich der zervikalen paravertebralen Muskulatur sowie Bewegungseinschränkungen, ferner habe er chronische Kopfschmerzen, die an mehr als 10 bis 15 Tagen im Monat zu Kopfschmerzattacken mit Schwindel und Übelkeit führten, im Sinne einer chronischen Migräne, daneben bestehe eine Analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente bei täglichem Gebrauch von Ibuprofen und Novalgin. Der neurologische Untersuchungsbefund deute in Übereinstimmung mit den Vorbefunden auf eine chronische Irritation der Radix C7 rechts hin, wobei eine eindeutige Radikulopathie oder zervikale Myelopathie nicht vorliege und die Veränderungen im MRI der Halswirbelsäule offenbar seit Jahren unverändert vorhanden seien. Die Beschwerden würden zu keiner qualitativen Beschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Ansonsten ergäben sich keine Hinweise für weitergehende neurologisch begründbare Minderungen der Arbeitsfähigkeit. Diese betrage aus neurologischer Sicht 100 % (Urk. 7/176/71 f.).

Im polydisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dem Beschwerdeführer könne die bisherige Tätigkeit als Bäcker/Konditor aufgrund der auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Erkrankungen nicht abverlangt werden. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht quantitativ nicht eingeschränkt, aus psychiatrischer Sicht sei sie aufgrund der affektiven Störung auf 50 % limitiert (Urk. 7/176/21). Der Beschwerdeführer sei nur noch in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten auszuführen. Dies bedeute, dass er Gewichte von bis zu 10 kg heben und tragen könne. Es müsse sich um eine überwiegend sitzende Tätigkeit handeln mit der Möglichkeit von selbst gewählten Positionswechseln. Es sollten keine Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck wie zum Beispiel Akkord- oder Fließbandarbeiten durchgeführt werden, keine Tätigkeiten, die mit häufigem Bücken oder Knien oder Zwangshaltungen verbunden seien. Tätigkeiten auf Gerüsten oder Leitern oder unter Witterungs- sowie Kälte- oder Hitzeeinwirkung seien ebenfalls nicht möglich. Aus strikt psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, unter Zeitdruck zu arbeiten sowie Schichtdienst oder Arbeiten mit Publikumsverkehr zu leisten (Urk. 7/176/21). 3.2. 5

RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, schloss am 7. Dezember 2016, das Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 17. November 2016 sei ausführlich, die vorliegenden Akten würden diskutiert und die klinischen Untersuchungen lägen vor. Die Diagnosen und Befunde seien plausibel und nachvollziehbar, es könne auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 7/185/4). 3.2. 6

In seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2018 zum Vorbescheid der Beschwerdegegnerin hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass der begutachtende Dr. L.\_\_\_\_ seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht begründe und insbesondere versäumt habe, bei ihm oder beim jetzigen Arbeitgeber eine Fremdanamnese einzuholen. Der Gutachter beschreibe sodann ein typisches Vermeidungsverhalten und flashbackartige Gefühlszustände des Beschwerdeführers, stelle jedoch im Widerspruch dazu fest, es bestünde kein wesentliches Vermeidungsverhalten (Urk. 3/5/2). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass trotz

phasenweise weniger Alpträume diese, wie auch das Vermeidungsverhalten fortbeständen, also weiterhin das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliege. Der Beschwerdeführer sei entsprechenden Kriegstraumata ausgesetzt gewesen, es bestünden heute noch anhaltende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis in Form von Nachhallerinnerungen, Flashbacks und Alpträumen. Ferner liege eindeutig das Vermeidungsverhalten,

(richtig: keine) Nachrichtensendungen zu schauen, um nicht an Traumaerlebnisse erinnert zu werden, vor. Des Weiteren leide er unter anhaltenden Symptomen einer psychischen Sensitivität (Übererregbarkeit), nämlich zeitweisen Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhter Schreckhaftigkeit, Hypervigilanz sowie Reizbarkeit und Wutausbrüchen, die auch vom Gutachter beschrieben würden (Urk. 3/5/3). 3.2. 7

In seiner Stellungnahme vom 14. August 2018 zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 24. Juli 2018 führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, dass es sich bei der Feststellung des Gutachters, die Therapiebemühungen seien ungenügend, um eine Fehleinschätzung handle, da zunächst eine intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit entsprechender Medikation durchgeführt worden sei, die depressive Störung dann jedoch aufgrund der weitgehend erfolglosen therapeutischen Bemühungen als therapieresistent eingestuft werden müsse, weshalb die Therapiefrequenz allmählich auf monatliche Sitzungen reduziert und das Antidepressivum lediglich noch zur Behandlung der Schlafstörungen eingesetzt worden sei. Des Weiteren werde auf invaliditätsfremde Faktoren hingewiesen, aufgrund des langjährigen negativen Verlaufs sei jedoch davon auszugehen, dass diese über mehrere Jahre wirksamen Faktoren erheblich zur Chronifizierung der psychischen Störung beigetragen hätten, das heißt einen invalidisierenden Gesundheitsschaden mitverursacht hätten. Die Behauptung des fehlenden Leidensdrucks wider spreche sodann sowohl seinen eigenen Feststellungen als auch denjenigen des Gutachters (Urk. 3/6/2). 3.2.

#### **E. 2.4**

) wird nachvollziehbar und schlüssig mit den festgestellten gesundheitlichen Beschwerden begründet. Der Beschwerdeführer bestreitet es lediglich mit dem Hinweis auf den Bericht von Dr. N.\_\_\_\_ (Urk. 1 S.

#### **E. 5**

7). Mit Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. Oktober 2018 in Kenntnis gesetzt wurde. Gleichzeitig wurde ihm - nachdem ergänzende Unterlagen zu seinen finanziellen Verhältnissen eingeholt worden waren (Urk.

#### **E. 5.1**

Nach dem Gesagten hat sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Rentenzusprechung wesentlich gebessert, weshalb ein Revisionsgrund vorliegt.

Ob darüber hinaus - wie die Beschwerdegegnerin geltend macht - auch ein Wiedererwägungsgrund gegeben ist, kann bei dieser Ausgangslage offen bleiben, da der Rentenanspruch ohnehin ohne Bindung an frühere Beurteilungen in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen ist

(vgl. E. 1. 3).

## E. 5.2

In somatischer Hinsicht stellten die Gutachter fest, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Bäcker/Konditor nicht mehr zumutbar sei. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei jedoch zu 100 % erhalten. Das von den Gutachtern formulierte Belastungsprofil ( Urk. 7/176/21, vgl. vorstehende E. 3.

## E. 5.3

Uneinigkeit besteht hingegen bezüglich der Frage, ob auf die von Dr. L.\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht festgelegte Arbeitsfähigkeit von 50 % abgestellt werden kann. Dies ist anhand des vom Bundesgericht prinzipiell für sämtliche psychischen Leiden für anwendbar erklärten strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen (vgl. E. 1.4), nachdem sich aufgrund der Anamnese und des psychopathologischen Befunds keine Hinweise für Aggravation oder Simulation ergaben (Urk. 7/176/62). Dr. L.\_\_\_\_ berücksichtigte bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die massgeblichen Indikatoren. Hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde kam er gestützt auf die im Vordergrund stehenden Symptome von Traurigkeit, Impulsivität sowie übermässiger Besorgnis und Rückzugstendenz, die immer wieder exazerbierten, zum Schluss, es liege eine leichtgradige bis mittelgradige depressive Symptomatik vor (Urk. 7/176/63). Dieser Diagnose ist ein leichter bis mittlerer Schweregrad inhärent.

In Bezug auf den Indikator des Behandlungserfolgs beziehungsweise

der Behandlungsresistenz ging Dr. L.\_\_\_\_ aufgrund der nur monatlich stattfindenden psychotherapeutischen Interventionen und der bisherigen antidepressiven Behandlung davon aus, dass für eine mittelschwere Depression keine ausreichende Behandlung durchgeführt worden sei und insofern nicht von einer Therapieresistenz gesprochen werden könne (Urk. 7/176/63). Der behandelnde Dr. F.\_\_\_\_ brachte dagegen vor, dass die Therapiefrequenz und die Dosis des Antidepressivums gerade wegen des fehlenden Erfolgs dieser Bemühungen reduziert worden seien (Urk. 3/6 S. 2).

Dies erscheint einerseits einleuchtend, andererseits führte Dr. F.\_\_\_\_ jedoch auch mehrfach aus, dass aufgrund der erheblichen Sprachbarriere eine differenzierte psychotherapeutische Behandlung kaum möglich sei (Urk. 7/22/6, Urk. 7/35/3), womit an seiner Beurteilung der Therapieresistenz gewisse Zweifel entstehen. Eine vollumfängliche Therapieresistenz ist daher nicht ausgewiesen.

Hinsichtlich des Indikators des Eingliederungserfolgs ist zwar positiv zu werten, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2005 in geschütztem Rahmen teilzeitig arbeitet, wie Dr. L.\_\_\_\_ ausführte, hat der Beschwerdeführer jedoch aus Angst vor der Angst zu versagen keinerlei Anstrengungen unternommen, das bisherige Arbeitspensum zu erhöhen, woraus sich keine Hinweise für eine manifeste Eingliederungsresistenz ergeben (Urk. 7/176/63).

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1).

Dr. L.\_\_\_\_

sah Hinweise für körperliche Komorbiditäten, die im Sinne eines Circulus Vitiosus die psychischen Beschwerden mit negativen Kognitionen verstärken würden (Urk. 7/176/63).

Es liegen somit massgebliche Komorbiditäten vor.

Bezüglich des Indikators der Persönlichkeit ist vorab festzuhalten, dass Dr. L.\_\_\_\_ keine Persönlichkeitsstörung diagnostizierte. Er hielt jedoch fest, dass der Beschwerdeführer den Eindruck mache, aufgrund seiner emotionalen Instabilität mit Reizbarkeit und Impulsivität einerseits und Ängstlichkeit andererseits in einer schwierigen Situation zu sein

( Urk. 7/176/63). Insgesamt ist

davon auszugehen, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers den Umgang mit seinen gesundheitlichen Beschwerden und die berufliche Eingliederung eher erschwert als begünstigt.

In Bezug auf den Indikator « sozialer Kontext » hielt Dr. L.\_\_\_\_ einerseits einen Rückzug in den familiären Kreis fest, obwohl der Beschwerdeführer den Kontakt zu Arbeitskollegen und zur Einrichtung der Werkstatt gut aufrechterhalten könne. Andererseits seien die Kontakte zur Mutter in der Heimat und zu den Bekannten dort offenbar möglich, so dass die geschilderte soziale Isolation bei entsprechender Motivation überwunden werden könne ( Urk. 7/176/63).

Mit Blick auf den sozialen Kontext verfügt der

Beschwerdeführer somit über gewisse Ressourcen, insbesondere die Unterstützung durch seine Familie, die es sogar möglich machte, dass der Beschwerdeführer zweiwöchige Ferien in der alten Heimat verbringen konnte.

Im Hinblick auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie der Konsistenz stellte Dr. L.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer zeige sowohl im häuslichen Milieu als auch in der Werkstatt ein maladaptives, auf Schonung ausgerichtetes Verhalten aus Angst, seinen Gesundheitszustand zu verschlechtern ( Urk. 7/176/64). Der vom Beschwerdeführer geschilderte eingeschränkte Tagesablauf mit Arbeiten in der Werkstatt, Spaziergängen und Fernsehen, ohne andere Freizeitbeschäftigungen ( Urk. 7/176/56) stimmt damit überein.

Aus der stationären Behandlung von 2003 bis 2004 sowie der regelmässigen ambulanten Behandlung durch den Psychiater und Psychotherapeuten schloss Dr. L.\_\_\_\_ auf einen anhaltenden Leidensdruck mit dem Wunsch, die Situation zu verbessern, wobei die Anstrengungen aber noch ausbau fähig erscheinen würden ( Urk. 7 /176/64). Es ist somit zumindest ein gewisser Leidensdruck auszuweisen.

In Anbetracht der leicht- bis mittelgradig ausgeprägten Befunde, der bereits seit langer Zeit bestehenden Störung mit gewissen Hinweisen auf Therapieresistenz und

des wesentlich reduzierten Aktivitätsniveaus im privaten Lebensbereich bei somatischen Komorbiditäten lässt sich die gutachterlich angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % auch mit Blick auf die Standardindikatoren nachvollziehen. Dies ist

auch im Lichte der teilweise vorhandenen Ressourcen und der fehlenden Integrationsbemühungen nicht zu beanstanden. Weder der Umstand, dass der Beschwerdeführer in der Lage war, zweiwöchige Ferien mit seiner Familie zu verbringen, noch

dass er

Kontakte zur Arbeitskollegen in der geschützten Werkstatt pflegt und selbständig mit dem Bus dorthin fährt, spazieren geht, Fernsehen schaut und kleine Einkäufe selber erledigt (Urk. 2 S. 4), steht der gutachterlichen Einschätzung entgegen, zumal die fachärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % ein gewisses Mass an (Freizeit-) Aktivitäten zulässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.4.1 in fine mit Hinweis). Schliesslich ist in Erinnerung zu rufen, dass die ärztliche Beurteilung - von der Natur der Sache her unausweichlich - Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen (BGE 145 V 361 E. 4.3, mit Hinweisen).

Insgesamt resultiert anhand des psychiatrischen Teilgutachtens das für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse erforderliche stimmige Gesamtbild (vgl. BGE 143 V 418 E. 6). An einem triftigen Grund für ein Abweichen fehlt es. Daher kann auf die im angefochtenen Entscheid festgestellte, aus psychischer Sicht uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden. Es ist stattdessen, der gutachterlichen Einschätzung folgend, von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % für angepasste Tätigkeiten ab Gutachtensdatum (Urk. 7/176/23) auszugehen. 6. 6.1

Es bleibt, die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu prüfen.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 6.2

Die Beschwerdegegnerin berechnete gestützt auf die statistischen Durchschnittswerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Ziffer 10-11, Kompetenzniveau 2) ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 66'883.25 (Urk. 7/186/4). Dies ist angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine Ausbildung als Bäcker/Konditor absolviert hat und bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens in diesem Bereich tätig war, wobei seine letzte Anstellung aus invaliditätsfremden Gründen beendet worden war (vgl. Urk. 7/5/1), nicht zu beanstanden. Ebenso hat die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung des Invalideneinkommens korrekt auf den statistischen Durchschnittslohn für Hilfstätigkeiten (Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1) abgestellt und gestützt darauf ein Invalideneinkommen von Fr. 67'454.70 berechnet (Urk. 7/186/4). Dieses ist jedoch noch an die zumutbare Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers von 50 % anzupassen und entsprechend auf Fr. 33'727.35 (Fr. 67'454.70 / 2) festzulegen.

Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug wurde von der Beschwerdegegnerin nicht vorgenommen und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Da keine persönlichen oder beruflichen Merkmale ersichtlich sind, aufgrund derer der Beschwerdeführer negative Auswirkungen auf die Lohnhöhe zu gewärtigen hätte (vgl. BGE 124 V 321 E. 3b/ aa), ist dies nicht zu beanstanden.

Es resultiert somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 50 % ( $100 - [100 / \text{Fr. } 66'883.25 \times \text{Fr. } 33'727.35] = 49.57\%$ ); zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121). 6.3

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab

1. September 2018 – dem ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung vom 24. Juli 2018 folgenden Monats (vgl. Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) - Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 7. 7.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ljubica Jovic, steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen ist.

In der Honorarnote vom 23. Dezember 2019 (Urk.

## **E. 8**

Dr. med.

N.\_\_\_\_, Oberarzt am Muskulo-Skelettal Zentrum der Klinik O.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. August 2018 medialbetonte Gonarthrose n beidseits, Coxarthrose beidseits auf Grundlage eines gemischten Impingements beidseits sowie ein grosses Os acetabuli rechts (Urk. 3/7/1). Er sei der Ansicht, der Beschwerdeführer sei für eine laufende, stehende oder belastende respektive kniende, kauende oder kriechende Tätigkeit nicht geeignet (Urk. 73/7/2). 4. 4.1

### **4.1.1**

Die Beschwerdegegnerin stütze sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2018 im Wesentlichen auf das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2016 (Urk. 7/176; vgl. Urk. 2). Es ist daher vorab auf dessen

Beweiswert einzugehen. 4.1.2

Die Expertise beruht auf umfassenden orthopädischen, internistischen, psychiatrischen sowie neurologischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/176/3 ff.). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit

fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt. Er konnte sich insbesondere auch zu verschiedenen Themenbereichen wie dem beruflichen Werdegang und dem gewöhnlichen Tagesablauf äussern ( Urk. 7/176/34 ff., 7/176/49 ff., 7/176/56 ff. und 7/176/67 ff.). Die geklagten Leiden fanden darüber hinaus im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden ( Urk. 7/176/39 f. , 7/176/62 ff. und 7/176/71 f. ). Soweit notwendig erfolgte ausserdem eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen ( Urk. 7/176/41 f., 7/176/64 und 7/176/72 ). Gesamthaft erfüllt das polydisziplinäre A.\_\_\_\_ -Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E . 1.5). 4.1.3

Der Beschwerdeführer berief sich hingegen auf die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2018 ( Urk. 1 S. 10 ), in der dieser ausführte, dass auf das psychiatrische A.\_\_\_\_ -Teilgutachten nicht abgestellt werden könne, da Dr. L.\_\_\_\_ einerseits keine Fremdanamnese eingeholt habe und andererseits vom Beschwerdeführer geschilderte Symptome - insbesondere sein Vermeidungsverhalten - in widersprüchlicher Weise nicht in seine Beurteilung einbezogen habe und dadurch fälschlicherweise auf ein nicht vorliegendes Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung schliesse ( Urk. 3/5 S. 2 ).

Dazu ist auszuführen, dass Dr. L.\_\_\_\_

anlässlich der Anamneseaufnahme, dass der Beschwerdeführer im Fernsehen keine Berichte über den Syrienkrieg ansehen könne und dass Sirenenlärm von der Strasse ihn erschüttere und Stressgefühle und Erinnerungen auslöse, das selbe gelte für Rettungsfahrzeuge in Filmen ( Urk. 7/176/59). Entgegen der Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ liess er diese Angaben für seine Beurteilung nicht ausser Acht, sondern verneinte lediglich ein wesentliches Vermeidungsverhalten, was angesichts des

Umstands, dass der Beschwerdeführer angab, ohnehin am liebsten Sportsendungen zu sehen und als beispielhafte durch Sirenenlärm ausgelöste Erinnerung seinen Sturz in der Badewanne und nicht etwa die Kriegsereignisse erwähnte ( Urk. 7/176/59), als nachvollziehbar erscheint. Ferner befragte Dr. L.\_\_\_\_

den Beschwerdeführer auch zu seinen lebhaften Träumen und schloss gestützt auf dessen Angabe, er könne sich an den Inhalt seiner Träume jeweils nicht erinnern und angesichts der Verneinung von eigentlich en Nachhall erinnerungen an die Kriegsereignisse oder an belastende Ereignisse ( Urk. 7/176/56)

schlüssig auf rückläufige Alpträume mit nur sporadischer Wahrnehmung traumatischer Ereignisse ( Urk. 7/176/62). Der Vorwurf, dass Dr. L.\_\_\_\_ vom Beschwerdeführer geschilderte Symptome ausser Acht gelassen habe, ist demnach unbegründet. Dass er keine fremdanamnestischen Auskünfte eingeholt hat, steht der Beweiskraft seiner Beurteilung ebenfalls nicht entgegen, denn eine Fremdanamnese ist keineswegs zwingend, sondern liegt im Ermessen der Experten. Die versicherte Person hat darauf keinen Rechtsanspruch (Urteil des Bundesgerichts 9C\_263/2013 vom 28. November 2013 E. 5.3 mit Hinweis). Die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vermag somit den Beweiswert des psychiatrischen Teils des A.\_\_\_\_ -Gutachtens nicht zu erschüttern. 4.2

Zu klären bleibt, ob gestützt auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten auf eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers

im relevanten Zeitraum und somit auf einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG geschlossen werden kann (vgl. E. 1.3).

Dr. L.\_\_\_\_

stellte im psychiatrischen Teilgutachten fest ,

die behandelnden Ärzte der Klinik B.\_\_\_\_ , wo sich der Beschwerdeführer im Jahr 2003/2004 in stationärer Behandlung befunden hatte , hätten damals deutliche Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt . Derzeit seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung hingegen nicht vollständig erfüllt. In der Folge setzte Dr. L.\_\_\_\_

sich mit diesen Kriterien auseinander und legte schlüssig dar, welche davon nicht und insbesondere auch welche nicht mehr oder lediglich in geringerem Masse erfüllt seien ( Urk. 7/176/62 , vgl. vorstehende E. 3.2. 4 ). Darauf abgestützt kam er zu dem Schluss, aktuell ergebe sich das Bild einer leicht gradigen Depression mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und mangelndem Vertrauen in die Selbstwirksamkeit ( Urk. 7/176/62). Ferner führte Dr. L.\_\_\_\_ aus , dass die in den letzten Jahren eingetretene Stabilisierung des psychischen Zustandes , ohne die Notwendigkeit einer erneuten stationären Krisenintervention und bei niedriger ambulanter psychiatrischer Behandlung ab dem Gutachtenszeitpunkt zu einer Belastbarkeit des Beschwerdeführers von 50 %

auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geführt habe ( Urk. 7/176/65).

Es kann mithin von einer massgeblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes im beurteilungsrelevanten Zeitraum ausgegangen werden.

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, dass gemäss dem behandelnden Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ weiterhin das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung vorliege und nicht nachvollziehbar sei, wie er ausserhalb eines geschützten Arbeitsplatzes arbeitsfähig sein solle ( Urk. 1 S. 10). Wie die Beschwerdegegnerin richtig anmerkte , ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen 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). Dies bedeutet jedoch nicht, dass diesen Berichten keinerlei Beweiswert zuzumessen ist -

die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung kann oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen - doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]) . Solche Gesichtspunkte sind der Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen. Die gemäss seinen Ausführungen zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung führenden

Symptome wurden von Dr. L.\_\_\_\_

- wie bereits erwähnt - bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes berücksichtigt, Dr. F.\_\_\_\_ gewichtete sie lediglich anders. Gegen die vom Gutachter geschilderte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit brachte Dr. F.\_\_\_\_

sodann keine objektiv nachvollziehbaren Argumente vor, sondern führte lediglich aus, es sei nicht nachvollziehbar, wie der Beschwerdeführer mit den auch vom Gutachter beschriebenen massiven psychischen Beeinträchtigungen ausserhalb des geschützten Arbeitsrahmens arbeitsfähig sein solle ( Urk. 3/5 S. 3). 5.

#### **E. 11**

). Zwar wurde die dort - offenbar gestützt auf eine Röntgenuntersuchung vom 25. Juni 2018 - diagnostizierte beginnende Hüftarthrose ( Urk. 3/7 ) im

A.\_\_\_\_ - Gutachten tatsächlich nicht erwähnt (vgl. Urk. 7/176/20 ), das von Dr. N.\_\_\_\_

unter Einschluss der Hüftarthrose festgelegte Belastungsprofil enthält jedoch keine von den Gutachtern nicht berücksichtigten Einschränkungen.

Es ist daher in somatischer Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im polydisziplinären Gutachten abzustellen.

#### **E. 13**

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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