

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00688 vom 8. November 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00688](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00688)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00688 du 8 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00688 del 8 novembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, dissozialen und impulsiven Anteilen (ICD-10 F61) - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide , schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) Beim Beschwerdeführer bestehe eine schwerwiegende chronifizierte Persönlich keitsstörung. Aufgrund der fehlenden Introspektionsfähigkeit werde von keiner relevanten Besserung der Symptomatik ausgegangen ( Ziff.

### **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 , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig 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.

### **E. 1.3**

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

#### **E. 1.4**

). Weder die bisherige noch eine den Leiden angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer möglich (Ziff. 1.7).

#### **E. 1.5**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.6**

Gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes

oder Hilfebedarfs zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat. Art. 29 bis IVV ist sinngemäss anwendbar.

#### **1.7**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.8**

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).

## **E. 2**

IVG).

### **E. 2.1**

Die B eschwerdegegnerin begründete die abweisende Leistungsverfügung damit ( Urk. 2), dass gestützt auf die polydisziplinäre Begutachtung eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt worden sei. Bei der Zusprache der Dreiviertelsrente

habe das psychische Leiden im Vordergrund gestanden. Die damals ausgewiesene schwere depressive Störung könne nicht mehr bestätigt werden, sondern lediglich noch eine mittelschwere depressive Störung. Dem Beschwerdeführer sei nun eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 75 % zumutbar (S. 2 oben). Somatisch sei dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit in einem 100%-Pensum zumutbar. Die gesundheitsbedingten Beeinträchtigungen seien mit der Auswahl des niedrigsten Anforderungsprofils berücksichtigt worden. Mit der Einschränkung von 25 % sei das verlangsamte Arbeitstempo aufgrund des psychischen Leidens berücksichtigt worden. Ein leidensbedingter Abzug sei daher nicht angezeigt (S. 2 Mitte). Bei den zusätzlich eingereichten medizinischen Stellungnahmen vom September 2017 und April 2018 handle es sich versicherungsmedizinisch um andere Beurteilungen desselben Sachverhalts. Die vom Beschwerdeführer erwähnte posttraumatische Belastungsstörung könne medizinisch nicht diagnostiziert werden, weshalb am Entscheid festgehalten werde (S. 3 Mitte). In ihrer Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2018 führte die Beschwerdegegnerin aus ( Urk. 8), vorliegend stelle nicht das Jahr 2015 den relevanten Vergleichszeitpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung dar .

Zeitliche Referenzpunkt bilde vielmehr die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhe. Dies sei die rentenzusprechende Verfügung vom 7. April 2014. Im Vergleich zu diesem Zeitpunkt sei eine Verbesserung des Gesundheitszustands ausgewiesen, was auf entsprechende Rückfrage in der gutachterlichen Stellungnahme vom Juli 2017 ausführlich und überzeugend dargelegt worden sei (S. 1 f.)

### **E. 2.2**

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein ( Urk. 1), seine berufliche Karriere sei im Z.\_\_\_\_-Gutachten falsch interpretiert worden (S. 5 oben ). In der Folge sei die von der A.\_\_\_\_ gestellte Diagnose der Persönlichkeitsstörung fälschlicherweise verneint worden. Gestützt auf die Einschätzung der A.\_\_\_\_ müsste er eine ganze Invalidenrente verlangen (S. 5 unten). Die Rentenaufhebung sei jedoch in keiner Art und Weise gerechtfertigt (S. 8). Er habe zudem die Eingliederungsversuche nicht erfolgreich absolvieren können. Somit könne auch keine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt funktionieren (S. 6 f.). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin im Gegensatz zur bisherigen Rentenbemessung nun fälschlicherweise auf die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn verzichtet (S. 7). Es sei ihm die bisherige oder sogar eine ganze Invalidenrente, allenfalls eine Viertelsrente weiter auszurichten (S. 8).

### **E. 2.3**

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bisher ausgerichteten Dreiviertelsrente , weshalb zu prüfen ist, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde

und ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Verfügungszeitpunkt am 7. April 2014 wesentlich verbessert hat beziehungsweise sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat.

### **E. 3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 8. Februar 2012 ( Urk. 9/65/ 15-16 ) die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - Verdacht auf Restless - Legs -Syndrom - mögliches ganz leichtes Karpaltunnelsymptom

( CTS ) links - Depression

### **E. 3.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, A.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 24. Mai 2012 ( Urk. 9/65/14) die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung Cluster B nach DSM V mit dis sozialen und narzisstischen Zügen (ICD-10 F60.8) - Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1)

### **E. 3.3**

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) nannte in seinem Bericht vom 24. September 2012 ( Urk. 9/82) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( S. 3 oben): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Verdacht auf narzisstische/ dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung/Störung (ICD- 10 F60.8) Der Patient sei bis zu seinem sozialen Abstieg nach den verschiedenen angeblich stattgefundenen Arbeitsunfällen psychiatrisch unauffällig gewesen. Der soziale und finanzielle Abstieg und das damit bedingte Kränkungsereben bei vorbekannt en disponierenden Persönlichkeitszügen habe sicherlich massgeblich zu der aktuellen psychiatrischen Behandlungsbedürftigkeit beigetragen. Die depressive Episode mit mittelgradigem Ausmass in Verbindung mit der vermuteten Persönlichkeitsstörung bedinge aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 5 Mitte).

### **E. 3.4**

.4

Die Gesamtbeurteilung ergebe, dass seit ca. Herbst 2011 (Beginn der ambulanten Behandlung) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung des näher auf geführten Belastungsprofils bestehe. Die orthopädisch somatische Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % sei in der Restarbeitsfähigkeit von 50 % integrativ berücksichtigt worden. Aus orthopädischer Sicht habe sich die linksseitige Knie gelenkpathologie nach der zuletzt im Februar 2013 durchgeführten arthroskopischen Revision deutlich gebessert (S. 3

### **E. 4**

ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 24 ff.) und ihre am 19. März, 4. und 16. April 2013 erhobenen orthopädischen/traumatologischen (S. 24 ff.), neurologischen (S. 30 und S. 41-47), internistischen (S. 30 und S. 48-53) und psychiatrischen (S. 30 ff. und S. 54-70) Befunde. Sie nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33): - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidge danken mit Status nach angeblichem Suizidversuch mit Schusswaffe im August 2011 (ICD-10 F32.3) - lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, praesacrale

Osteoarthrose sowie am 15. November 2012 MRI-gesicherte Diskushernie Th12/L1 und L5/S1 ohne korrelierende Nervenwurzelreizsymptomatik - chronische Gonalgie links mit/bei Status nach Kontusionen und Distorsionen 2008, 2009 und 2010 und nach Arthroskopie im Mai 2010 mit Innenmeniskusnaht und Aussenmeniskusteilentfernung sowie nach weiteren Arthroskopien im Februar 2012 und Februar 2013. Unbehandelt gebliebene sowie aktuell klinisch asymptomatische im MRI dokumentierte Ruptur des vorderen Kreuzbandes, bilaterale retropatellare Chondropathie I/II

#### **E. 4.1**

Im Auftrag der Unfallversicherung des Beschwerdeführers erstattete die MEDAS D.\_\_\_\_, Interdisziplinäre medizinische Gutachterstelle, am 2. September 2015 (Urk. 9/182/5-138) ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie (S. 55 und Urk. 9/182/130-138), Rheumatologie (S. 53 f. und Urk. 9/182/97-114), Neurologie (S. 54 und Urk. 9/182/120-127) und Psychiatrie (S. 51 ff. und Urk. 9/182/74-94). Sie nannten die folgenden, hier gekürzt aufgeführten, Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 58 f.): - residuelle

Gonalgie links medial und femoropatellär betont vom mechanischen Typ mit diskreter Funktionseinschränkung - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0) - Insomnie, multifaktoriell bedingt Für die bisher ausgeübte Tätigkeit als Teamleiter Logistik bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei vorwiegend die rheumatologischen und orthopädischen Befunde limitierend wirkten (S. 60 oben). In angepasster Tätigkeit unter Berücksichtigung eines näher umschriebenen Belastungsprofils bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne dem Versicherten in einer Verweistätigkeit, die keine besonderen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit stelle oder besondere Fähigkeiten verlange und keine Führungsfunktion umfasse, eine Arbeitsfähigkeit von 75 % zugemutet werden. Die Einschränkung von 25 % ergebe sich vor allem durch die Konzentrations- und Antriebsstörung, die Verlangsamung und die erhöhte Müdigkeit. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von etwa 10-20 % (S. 60 Mitte).

#### **E. 4.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, A.\_\_\_\_, nannte in ihrem Bericht vom 25. November 2016 (Urk. 9/227) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

##### **E. 4.3.1**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ erstatteten im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 6. Juni 2017 ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 9/241). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S.

##### **E. 4.3.2**

Aus internistischer Sicht wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, dementsprechend wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 16 ff.).

##### **E. 4.3.3**

Aus rheumatologischer Sicht bestehe für die bisherige Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, dies gemäss Akten seit 9. Februar 2010. In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne spezifische Belastungen bezüglich der Lendenwirbelsäule oder der Kniegelenke, das heisst ohne Zwangshaltungen vornüber geneigt oder rekliniert sowie auf den Knien oder mit gebeugten Knien und ohne repetitive Bück- oder Torsionsbewegungen, bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 28 f.) . Bezüglich des Verlaufs des Gesundheitszustands seit 24. Mai 2013 könne festgehalten werden, dass aus rein rheumatologischer Sicht keine relevante Veränderung begründet werden könne. Anamnetisch hätten die Beschwerden zugenommen. Im Vergleich zu den klinischen Befunden im rheumatologischen Vorgutachten vom September 2015 (vgl. vorstehend E. 4.1 ) bestehe ein stabiler klinischer Befund (S. 29).

#### **E. 4.3.4**

Aus psychiatrischer Sicht zeige sich ein etwa ähnlicher Explorand wie er bereits anlässlich der Begutachtung durch die MEDAS D.\_\_\_\_ im September 2015 (vorstehend E. 4.1 ) beschrieben worden sei. Von den behandelnden Ärzten werde von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ausgegangen. Bezüglich einer Persönlichkeitsstörung bedürfe es jedoch einer sehr auffälligen Persönlichkeitsstruktur, die mindestens seit dem frühen Erwachsenenalter vorliege, was sich anhand der vorhandenen Angaben nicht nachvollziehen lasse (S. 38 und S. 46 unten ). Bezüglich der Affektivität lasse sich eine deutliche Beeinträchtigung der Stimmung mit Interessenverlust und teilweiser Freudlosigkeit und Beeinträchtigung des Antriebs, Einschränkung des Selbstwertgefühls mit negativistischer Haltung, Appetitstörungen und Suizidgedanken feststellen. Allenfalls könne differential diagnostisch eine Persönlichkeitsänderung diskutiert werden, wobei die auffällige Persönlichkeitsstruktur jedoch eher im Rahmen der (atypischen) Depression interpretiert werden müsse. Denn das Verhalten des Beschwerdeführers

wirke sehr wechselhaft und je nach Zustand wirke er dann affektiv weniger beeinträchtigt, weshalb von einer atypischen depressiven Störung ausgegangen werden könne, die sich stark auf die Persönlichkeit auswirke und das Ausmass der von den behandelnden Ärzten angenommenen Persönlichkeitsstörung aufzeige (S. 38 f. und S. 46 unten ). Hinweise auf eine Angststörung, Schmerzstörung oder andere weitige psychiatrische Störungen lägen nicht vor (S. 39). Es könne wie bereits im September 2015 (vgl. vorstehend E. 4.1 ) weiterhin von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit ohne Verantwortung, die klar strukturiert und ohne Zeitdruck sei, bestehe einer 25%ige Einschränkung aufgrund einer Verlangsamung (S. 46).

#### **E. 4.3.5**

Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund des therapieresistenten Restless - Legs -Syndroms sowie des

Lumbovertebralsyndroms mit Lumboischialgie beidseits eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Schwere körperliche Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit dauerndem Stehen oder Gehen sollten vermieden werden, rücken adaptierte Tätigkeiten seien jedoch möglich, wobei auf das rheumatologische Teilgutachten verwiesen wurde (S. 60). Bezüglich des Restless - Legs -Syndroms wurde festgehalten, dass die Polysomnographie keine erhöhten Beinbewegungen ergeben habe, was zu der klinisch anamnestischen Angabe ( schwergradige Beinbewegungen mit Auftreten auch in der Nacht, mit Erwachen) eher

diskrepanz sei, deshalb sei eine zusätzliche psychogene Komponente in der geschilderten Symptomatik denkbar (S. 59 oben). Aufgrund der angegebenen Tagesmüdigkeit sei von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen, was zu einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit führe (S. 60).

#### **E. 4.3.6**

Gesamtmedizinisch betrachtet sei in Übereinstimmung mit der Aktenlage von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit auszugehen.

Unter Berücksichtigung eines näher umschriebenen Belastungsprofils liege in einer angepassten Tätigkeit ohne Verantwortung, welche klar strukturiert und ohne Zeitdruck sei, noch eine 25%ige Einschränkung aufgrund der Verlangsamung vor (S. 65 unten).

#### **E. 4.4**

Am 5. Juli 2017 nahmen die Ärzte des Z.\_\_\_\_ Stellung zu der von der Beschwerdeführerin ergänzend gestellten Frage, inwieweit sich die objektiven klinischen und/oder psychopathologischen Befunde respektive die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur massgeblichen Erstbegutachtung vom Mai 2013 verändert hätten (Urk. 9/245). Es sei im Juni 2017 insbesondere eine deutliche Verbesserung der affektiven Modulation eingetreten, 2013 sei die Schwingungsfähigkeit deutlich reduziert und eingengt gewesen. Auch sei bei der aktuellen Begutachtung psychomotorisch keine Beeinträchtigung festgestellt worden, des Weiteren sei eine gewisse Dramatisierungstendenz aufgefallen, die 2013 nicht beschrieben worden sei. Auch bezüglich der damals festgestellten paranoiden Problematik sei eine Besserung festgestellt worden (S. 2).

Das Gutachten von 2013 weise des Weiteren auch gewisse Widersprüchlichkeiten auf (S. 3). Insgesamt sei aufgrund der objektivierbaren Befunde davon auszugehen, dass eine gewisse Besserung der affektiven Symptomatik eingetreten sei und daher nicht mehr eine schwere depressive Störung vorliege, sondern nur noch eine mittelschwere depressive Störung, weshalb der Explorand in der Lage sein sollte, zumindest teilweise eine Tätigkeit durchzuführen. Der 2017 beobachtete Zustand würde demjenigen, der bereits 2015 durch die MEDAS D.\_\_\_\_ beschrieben worden sei, ähneln, weswegen angenommen werden sei, dass seither ein gleichbleibender Zustand persistiere (S. 3).

#### **E. 4.5**

Dr. med.

F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, A.\_\_\_\_, führte in ihrem Bericht vom 14. September 2017 (Urk. 9/253/6-7) aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit November 2011 aufgrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, narzisstischen und dissozialen Anteilen (ICD-10 F61) und einer komorbiden depressiven Erkrankung (ICD-10 F32) in Behandlung (S. 1). Die depressive Symptomatik zeige sich jeweils nur vorübergehend gebessert, eine komplette Remission der Symptomatik könne nicht erreicht werden. Ursächlich hierfür werde die Persönlichkeitsstörung angesehen (S. 1). Die Erkrankung zeige sich durch tiefgreifende Einschränkungen in den unterschiedlichen Bereichen (Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und in Bezug auf zwischenmenschliche Interaktionen). Auch bei deutlichem Rückgang der depressiven Symptomatik würden sich die beschriebenen Einschränkungen in der Alltagsfunktion zeigen (S. 2).

#### **E. 4.6**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_ äusserten sich am 27. November 2017 ( Urk. 9/258) im Auftrag der Beschwerdegegnerin zu den Einwänden des Beschwerdeführers vom 28. September 2017 ( Urk. 9/254) und der ärztlichen Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom September 2017 (vorstehend E. 4.5 ). Aus ihrer Sicht könne nicht von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung aus gegangen werden, da die Kriterien nicht klar erfüllt seien. Es zeigten sich auffällige Persönlichkeitszüge, die aber eher im Rahmen der atypischen Depression zu interpretieren seien. In den Alltagsfunktionen sei eine gewisse Beeinträchtigung durchaus berücksichtigt worden, wobei nicht von einer massiven Beeinträchtigung ausgegangen werden könne. Dr. F.\_\_\_\_ habe pauschal eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen, zu allfällig adaptierten Tätigkeiten habe sie nicht Stellung genommen (S. 2). 4.7

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2 ) führte in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2018 ( Urk. 9/261) aus, es sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer kaum eine Stelle länger als ein Jahr innegehabt habe und überwiegend im Milieu tätig gewesen sei, wo gewisse Verhaltensweisen eher toleriert würden (S. 1). In ihrer Stellungnahme vom 22. August 2018 ( Urk. 3/1 = Urk. 9/271/23-25) führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, es sei in Zusammenschau der Anamnese, sowie des im ambulanten Settings beobachteten Verhaltens klar die Diagnose einer schweren dissozialen Persönlichkeitsstörung zu stellen, welche zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter, als auch in angepasster Tätigkeit führe (S. 2 f.). 5.

#### **E. 5**

unten f.). 4.

##### **E. 5.1**

Die Zusprache einer Dreiviertelsrente mit Verfügung vom April 2014 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die von den Ärzten des Y.\_\_\_\_ im Mai 2013 (vorstehend E. 3.4 ) beurteilte Arbeitsfähigkeit. Aus somatischer Sicht wurden ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, eine

praesacrale

Osteochondrose, eine MRI-gesicherte Diskushernie ohne korrelierende Nervenwurzelreizsymptomatik sowie eine chronische Gonalgie links diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidgedanken mit Status nach angeblichem Suizidversuch (ICD-10 F32.3) genannt. In der Gesamtbeurteilung wurde von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung eines näher aufgeführten Belastungsprofils ausgegangen, wobei die somatisch bedingte Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % bereits in der Restarbeitsfähigkeit von 50 % integrativ berücksichtigt wurde. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % resultierte aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 64 % und somit der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

##### **E. 5.2**

Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands stellt die Beschwerdegegnerin - der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Diensts ( Urk. 9/249

S. 6-8) folgend - auf das polydisziplinäre Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom Juni 2017 (vorstehend E. 4.3 ) ab. Vorab ist festzustellen, dass dieses auf den notwendigen, ernsthaften,

rheumatologischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruht und in Kenntnis der Vorakten erging. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet, dass sie prüfend nachvollzogen werden können. Das Z.\_\_\_\_-Gutachten erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts (vorstehend E. 1.8) vollumfänglich.

### **E. 5.3**

Im Z.\_\_\_\_-Gutachten wurden aus somatischer Sicht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei Status nach Spondylodese

lumbo-sacral

bei symptomatischer Segmentdegeneration mit Diskopathie und Spondylarthrosen mit sekundären Rezessusstenosen und Osteochondrose mit Diskushernie, persistierende Knieschmerzen links mit der Diagnose einer Meniskushinterhornläsion medial und einer Partiaalläsion des vorderen Kreuzbandes sowie ein therapieresistentes Restless-Legs-Syndrom und eine wahrscheinlich dadurch mitbedingte Insomnie.

Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des linken Knies konnten durchwegs

klinisch und radiologisch objektiviert werden und wurden umfassend in dem von den Gutachtern genannten

zumutbaren

Belastungsprofil berücksichtigt. Aus rheumatologischer Sicht wurde im Z.\_\_\_\_-Gutachten für die bisherige Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für adaptierte Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert, wobei im orthopädischen Teilgutachten des Y.\_\_\_\_

vom Mai 2013 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in adaptierten Tätigkeiten festgehalten wurde. Aus rheumatologischer Sicht wurde bei stabilem klinischen Befund im Vergleich zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom April 2014 explizit

keine Veränderung festgestellt, daher handelt es sich bei der aus rheumatologischer Sicht aktuell attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten um eine andere Beurteilung des selben Sachverhalts, welche kein Revisionsgrund darstellt. Im neurologischen Teilgutachten wurde neu das therapieresistente Restless-Legs-Syndrom sowie eine wahrscheinlich damit einhergehende Insomnie als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. In der medizinischen Gesamtbeurteilung wurden jedoch keine relevanten Wechselwirkungen der Diagnosen aufgeführt, weshalb sich die somatische Einschränkung gesamtmedizinisch nicht erhöhend auf die Arbeitsunfähigkeit auswirkt, welche im Ergebnis die im psychiatrischen Teilgutachten festgestellte Einschränkung von 25% aufweist.

### **E. 5.4**

In psychiatrischer Hinsicht wurde im Z.\_\_\_\_-Gutachten eine rezidivierende und chronifizierte depressive Störung mittelgradigen Ausmasses (ICD-10 F33.1) mit der Differentialdiagnose einer atypischen Depression (ICD-10 F34.8) diagnostiziert (vgl.

vorstehend E. 4.3.1). Auf diese Diagnose ist , wie nachfolgend zu zeigen sein wird, abzustellen und dementsprechend ist im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2014 bei damals noch bestehender schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen (vgl. vorstehend E. 3.4 und 5.1) von einer revisionsrelevanten wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes auszu gehen , zumal die Z.\_\_\_\_ -Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 5. Juli 2017 objektivierbare Befunde nannten ( Urk. 9/245), welche eine wesentliche Verbesserung auszuweisen vermögen. So habe unter anderem eine deutliche Besserung der gestischen und mimischen Mitbeteiligung festgestellt werden können, respektive eine Verbesserung der affektiven Modulation. Auch habe der Beschwerdeführer im Unterschied zur Begutachtung im Jahr 2013 verschiedene Gefühlszustände gezeigt und sei im Denken und in der Sprache nicht mehr deutlich verlangsamt und eingeengt gewesen. Vielmehr habe er rasch und ohne lange Überlegen zu müssen geantwortet. Auch könne eine Besserung bezüglich der damals festgestellten paranoiden Problematik angenommen werden, da sie nicht mehr vorhanden sei ( Urk. 9/245 S. 2 f.).

Dabei vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte die im

Z.\_\_\_\_ -Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen nicht in Zweifel zu ziehen, zumal im psychiatrischen Teilgutachten ausführlich und schlüssig begründet wurde, weshalb die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werde. Zwar führte Dr. E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht von August 2018 unter Bezugnahme auf die Internationale Klassifikation psychischer Störungen aus, dass und weshalb eine Persönlichkeitsstörung vorliege (vgl. Urk. 3/1) Dies bezüglich ist jedoch zu beachten, dass nicht nur die BE - GAZ-Gutachter eine Persönlichkeitsstörung verneinten, sondern bereits im Gutachten des Y.\_\_\_\_ im Jahr 2013 (vorstehend E. 3.4) und im MEDAS-Gutachten im Jahr 2015 (vorstehend E. 4.1) keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde trotz entsprechender Diagnose durch die behandelnden Ärzte . So wurden im Jahr 2013 zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge und die Differenzial - diagnosen einer Persönlichkeitsstörung oder Persönlichkeitsänderung genannt, diese Diagnosen jedoch zu denjenigen gezählt, die ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien ( Urk. 9/68/64).

Ausserdem stellte der Gutachter unter Berücksichtigung von Therapie eine gute Prognose mit Annahme der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit in relativ kurzer Zeit ( Urk. 9/98/67 unten), was eine schwere Persönlichkeitsstörung als nicht wahrscheinlich erscheinen lässt. Ausführlich nahm sodann der psychiatrische Gutachter im Jahr 2015 im Rahmen der MEDAS -Begutachtung in seinem psychiatrischen Teilgutachten zu den Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung und einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung Stellung ( Urk. 9/182/86-88). Er hielt fest, dass für das Gutachten umfangreiche Daten über eine längere Beobachtungszeit vorhanden seien, so dass zumindest eine Verdachtsdiagnose gestellt werden könnte. Jedoch seien die ICD-Kriterien nicht erfüllt, obwohl es einige Hinweise in diese Richtung gebe . Diese Hinweise seien indes zu wenig ausgeprägt für eine solche Diagnose ( Urk. 9/182/87). Unter detaillierter Bezugnahme auf die Schilderungen des Beschwerdeführers hinsichtlich seines Werdeganges kam der Gutachter zum Schluss, dass die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien ( Urk. 9/182/87-88). Zu dieser Schlussfolgerung kam auch der zuständige Z.\_\_\_\_ -Gutachter ( Urk. 9/241/38 , Urk. 9/258 ). Insgesamt kamen somit drei Gutachtensstellen im Verlauf zur Schlussfolgerung, dass keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren ist, worauf abzustellen ist.

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens nicht entscheidend ist, sondern rechtsprechungsgemäss vielmehr zu prüfen ist, ob auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen konkreten Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4, BGE 143 V 418 E. 5.2.2 f.). Im Z.\_\_\_\_-Gutachten wird eine atypische depressive Störung angenommen, die sich stark auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers auswirke und das Ausmass der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten Persönlichkeitsstörung annehme (Urk. 9/241 S. 39). Insofern wurden die Beeinträchtigungen, welche die Persönlichkeit betreffen, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich berücksichtigt, was sich auch in der Prüfung der einschlägigen Indikatoren niederschlägt.

Schliesslich ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung 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 andererseits (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 bzw. 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]).

Insgesamt ist somit – gestützt auf die Angaben im Z.\_\_\_\_-Gutachten – von einer rezidivierenden und chronifizierten depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses mit der Differentialdiagnose einer atypischen Depression mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit um 25 % auszugehen, hinsichtlich welcher die Indikatorenprüfung vorzunehmen ist.

An dieser Schlussfolgerung vermögen auch die gescheiterten Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 3) nichts zu ändern. So erfolgte – nach entsprechender Kostengutsprache (Urk. 9/205) – im Sommer 2016 eine berufliche Grundabklärung, welche aufgrund einer als nötig erachteten schrittweisen Steigerung der Arbeitszeit und benötigten Erlernens von erforderlichen Fähigkeiten (vgl. Urk. 9/212) zu einer Berufsvorbereitung mit Arbeitstraining führte (vgl. Kostengutsprache vom 28. Juli 2016, Urk. 9/213). Die Berufsvorbereitung (Arbeitstraining) wurde jedoch in der Folge vorzeitig abgebrochen, da es sich gezeigt habe, dass der Beschwerdeführer zurzeit die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes nicht erfüllt; der Beschwerdeführer habe sich nicht als arbeitsfähig erachtet (vgl. Urk. 9/222 S. 1 unten). Dabei lässt sich den «Ergebnissen der

Berufsvorbereitung» nicht entnehmen, dass sich manifestierende, relevante medizinische (psychiatrische) Gründe die erfolgreiche Berufsvorbereitung verhin dert hätten. Vielmehr entsteht der Eindruck, dass die Eingliederungsmassnahmen aufgrund der subjektiven Arbeitsunfähigkeits einschätzung des Beschwerdefüh rers gescheitert sind ( Urk. 9/222 S. 3 f.). Dies vermag die oben genannte medizi nisch-theoretische Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. 5. 5

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisände - rung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Ge - sundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 1 4. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlau ben, das tatsächlich erreichbare Leistungsve r mögen einzuschätzen (BGE 141

V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüs sig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5. 6

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 Res sourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck (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 1 5. März 2018 E. 7.4).

Aus dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten ergeben sich die notwendigen Hinweise, welche eine sinngemässe Prüfung anhand der einschlägigen Indikatoren ermöglichen. 5.

### **E. 5.8**

Nach dem Gesagten kann festgehalten werden, dass die aus somatischer und psychiatrischer Sicht festgestellten Einschränkungen im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter des Z.\_\_\_\_ vollumfänglich berücksichtigt wurden. Weitere Abklärungen sind nicht zu tätigen. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass für die bisherige Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für eine näher umschriebene adaptierte Tätigkeit eine 75%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Im Vergleich zum Verfügungszeitpunkt am 7. April 2014 ist eine anspruchrelevante Verbesserung der Arbeitsfähigkeit eingetreten, weshalb ein Revisionsgrund vorliegt. 6. 6.1

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; 135 V 58 E. 3.1; 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; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2). 6. 2

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 Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund 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 ,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6. 3

Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin als Teamleiter in der Logistik/Produktion erwerbstätig wäre. Die Beschwerdegegnerin stütze sich deshalb für die Berechnung des Valideneinkommens auf das vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen als Teamleiter in der Logistik/Produktion.

Hochgerechnet auf das Jahr 2017 resultiert daraus ein Validen einkommen von Fr. 79'287. — ( Urk. 2 S. 2 ) , was vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde. 6.4

Da es dem Beschwerdeführer möglich ist, einer angepassten Tätigkeit in einem 75%-Pensum nachzugehen (vorstehend E. 5.8), wird für die Ermittlung des Invalideneinkommens die Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016, Tabelle TA1, Kompe tenzniveau 1 herangezogen, was einem von Männern im Jahr 2016 für Hilfsarbeiten durchschnittlich erzielten Lohn von Fr. 5'340.-- entspricht. Daraus resultiert unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden ( www.bfs.admin.ch , dort: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschafts abteilungen, T 03.02), der Nominallohnentwicklung vom Indexstand (Männer) 2'239 im Jahr 2016 auf 2'249 im Jahr 2017 ( www.bfs.admin.ch , dort: Entwicklung der Nominallöhne, T 39), aufgerechnet auf ein Jahr und bei der attestierten Arbeitsfähigkeit von 75 % ein Invalideneinkommen von Fr. 50'326.-- ( Fr. 5'340.-- x 12 : 40.0 x 41.7 : 2'239 x 2'249 : 100 x 75). 6. 5

Der Beschwerdeführer machte geltend, es sei ihm weiterhin ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 10 % zu gewähren ( Urk. 1 S. 7 f.).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6).

6. 6

Bei der Zusprache der Dreiviertelsrente im April 2014 wurde ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 % mit der Begründung gewährt, der Beschwerdeführer könne nur noch in einem Teilzeitpensum tätig sein ( Urk. 9/159 S. 2).

Bei Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbs tätig sein können, ist unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn Teilzeitarbeit nach der im konkreten Fall anwendbaren Tabelle vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (Urteil 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dagegen rechtfertigt der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig ist, grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C\_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1). Gemäss der Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen für das Jahr 2016 besteht zwischen dem von Männern erzielten Durchschnittslohn ohne Kaderfunktion in einem Vollzeitpensum ( Fr. 6'130.-- ) und dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 75-89 % proportional bezogen auf ein 100 % Pensum ( Fr. 6'499.--) keine negative Differenz, weshalb sich aufgrund der Teilzeittätigkeit keine Lohneinbusse ergibt, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würde. Das im Z.\_\_\_\_-Gutachten aufgeführte Belastungsprofil schränkt den Beschwerdeführer nicht zusätzlich derart ein, dass das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten im Bereich der Hilfsarbeitertätigkeit weiter eingegrenzt wird. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben sich demnach sowohl im eingeschränkten Tätigkeitsprofil als auch in der sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich niedergeschlagen, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug mehr gewährte. 6.7

Die Einkommenseinbusse bei einem Valideneinkommen von Fr. 79'287. --

und einem Invalideneinkommen von

Fr. 50'326.-- beträgt Fr. 28'962.-- , woraus aufgerundet ein Invaliditätsgrad von 37 % resultiert. Der Invaliditätsgrad erreicht damit nicht die Erheblichkeitsgrenze von 40 % (vgl. vorstehend E. 1.2 ), weshalb der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist.

## **E. 7**

.

Zusammenfassend ist ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 37 % zu verneinen. Damit erweist sich angefochtene Verfügung als rechtens, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

## **E. 8**

.5

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVG hin zuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 28. August 2018 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Jürg Maron, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt : 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jürg Maron, Zürich, wird mit Fr. 3'972.85 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

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