

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00828 vom 10. August 1999

ZH Sozialversicherungsgericht, 1999-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00828

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00828 du 10 août 1999

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00828 del 10 agosto 1999

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung 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). 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). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht.

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zuspriechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV)

analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis ;

zum jeweils massgebenden Vergleichszeitpunkt bei mehreren Sachverhaltsänderungen vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_829/2017 vom 31. Januar 2018 E. 2.1 und 9C_226/2011 vom 15. Juli 2011 E. 4.3.1 [in BGE 137 V 369 nicht publiziert]).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen liess der Versicherte am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vorübergehend verschlechtert hatte. Zwischen Februar 2012 und März 2014 habe der Invaliditätsgrad 100 % betragen. Ab dem 1. Juni 2013 stehe ihm daher eine ganze Invalidenrente zu. Die weiteren medizinischen Abklärungen hätten zudem ergeben, dass dem Beschwerdeführer ab April 2014 seine bisherige Tätigkeit als selbständiger Wagenreiniger wieder zu 60 % zumutbar sei. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Hilfsarbeitstätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Arbeiten mit monotoner oder verdrehter Lage des Oberkörpers sei ihm zu 80 % zumutbar. Die Erwerbseinbuße von 20 % entspreche daher dem Invaliditätsgrad. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch mehr. Der Beschwerdeführer sei im Zeitpunkt der Verfügung 55 Jahre alt gewesen und beziehe eine Rente seit dem 1. April 2000, mithin seit mehr als 15 Jahren, weshalb die jüngste Rechtsprechung bezüglich der zumutbaren Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit heranzuziehen sei. Im Hinblick auf seine Rückenprobleme sei die selbständige Tätigkeit als Wagenreiniger nicht optimal, es sei ihm jedoch zumutbar, die selbständige Tätigkeit aufzugeben und eine adaptierte Hilfsarbeitstätigkeit zu suchen. Aufgrund der Verschlechterung mit vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit bestehe ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG, weshalb sie zu Recht den Rentenanspruch umfassend und ohne Bindung an frühere Beurteilungen geprüft habe (Urk. 2/1 S. 5-7).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, es sei nicht nachvollziehbar, dass er seit dem 1. Juli 2014 nach mehr als 14 Jahren Renten bezug plötzlich vollständig gesund sein sollte. Er sei daher nicht damit einverstanden, dass die Erhöhung auf eine ganze Invalidenrente lediglich bis zum 30. Juni 2014 befristet werde und ihm danach gar keine Rente mehr zustehe (Urk. 1 S. 3). Seine Beschwerden seien noch immer vorhanden, wenn auch nicht mehr ganz in gleich starker Intensität wie ab März 2012. Insbesondere die Lendenwirbelbeschwerden hätten sich verbessert, die Nackenbeschwerden würden hingegen weiterhin in derselben Intensität bestehen, es sei daher keine Verbesserung der Situation eingetreten (Urk. 1 S. 4). Hinzu komme, dass das MEDAS-Gutachten den aktuellen Vorgaben der Rechtsprechung nicht genüge. Das MEDAS-Gutachten beantworte die Fragen zu den Funktionseinschränkungen, den vorhandenen Ressourcen sowie der Konsistenz der geltend gemachten Beschwerden nicht, dies sei nicht zulässig (Urk. 1 S. 5). Beim psychiatrischen Gutachten handle es sich um eine unzulässige « second

opinion », da der Beschwerdeführer bereits anlässlich der erstmaligen Rentenzusprache medizinisch begutachtet worden sei. Zusammengefasst stelle sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass sowohl im MEDAS-Gutachten vom 15. Juli 2015 als auch in jenem vom 5. Februar 2018 sein Gesundheitszustand im Zeitpunkt der Begutachtung nicht mit jenem bei der Rentenzusprache im Jahr 2005 verglichen worden sei. Im Rahmen der Rentenrevision hätten sich die Gutachter zwingend mit dem medizinischen Verlauf seiner Krankheit auseinandersetzen müssen und zwar im Vergleich zum Gesundheitszustand bei der Rentenzusprache im Jahr 2005. Es müsse eine klare und objektivierbare Verbesserung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden, damit die ursprüngliche Rente aufgehoben werden könne, wovon vorliegend aber keine Rede sein könne (Urk. 1 S. 10-12).

E. 2.3

Zu prüfen ist vorab die formelle Rüge, wonach das rechtliche Gehör verletzt worden sei. Der Beschwerdeführer liess hierzu im Wesentlichen ausführen, in der angefochtenen Verfügung finde keinerlei Auseinandersetzung mit seinen bereits im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Argumenten statt. So sei von der Beschwerdegegnerin insbesondere weder die Kritik aufgenommen worden, wonach es sich bei den Gutachten nicht um Verlaufsgutachten handle, noch habe sie sich mit dem Vorwurf, es liege eine unzulässige

opinion vor, befasst. Mithin sei sein Anspruch auf rechtliches Gehör sowie der Anspruch auf Begründung der abweisenden Verfügung verletzt worden (Urk. 1 S. 17-18).

Der Anspruch auf rechtliches Gehör verlangt, dass Entscheide sachgerecht angefochten werden können. Hierfür muss dem Betroffenen bekannt sein, von welchen Überlegungen sich die Behörde hat leiten lassen und worauf sie ihren Entscheid stützt. Nicht erforderlich ist hingegen, dass sich die Verfügung mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Soweit eine Verfügung sachgerecht angefochten werden kann, liegt somit keine Verletzung der Begründungspflicht vor (BGE 134 I 83 E. 4.1 mit Hinweisen).

Mit Blick auf diese Grundsätze liegt keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Die Beschwerdegegnerin setzte sich in der angefochtenen Verfügung mit den Einwänden des Beschwerdeführers auseinander (vgl. Urk. 2/1 S. 5) und begründete im Einzelnen, weshalb vorliegend ein Revisionsgrund gegeben und daher der Rentenanspruch umfassend zu prüfen sei. Sie führte sodann aus, aus welchen Gründen die Gutachten beweiskräftig seien und darauf abzustellen sei. Ebenfalls fand der Einwand betreffend Beizug einer Fachperson Integration Eingang in die Verfügungsbegründung. Für den Beschwerdeführer war daher ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin die Gutachten als beweiskräftig erachtete und den Beizug einer Fachperson Integration nicht in Betracht zog, womit eine sachgerechte Anfechtung ohne weiteres möglich

war. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer seine Anliegen mit der Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. August 2018 vor einer Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen, vortragen konnte, womit eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt zu betrachten wäre (vgl. BGE 127 V 431 E. 3d/aa). 3. 3.1

Die mit Verfügung vom 4. April 2001 (Urk. 9/47) erfolgte Zusprache einer halben Invalidenrente erging im Wesentlichen gestützt auf das psychiatrische Gutachten vom 13. August 2000 sowie die nachfolgenden Berichte: 3.1.1

Im Bericht vom 3. Dezember 1999 (Urk. 9/14) führten die behandelnden Ärzte der Rehabilitationsklinik B. aus, der Beschwerdeführer sei zur intensiven stationären Physiotherapie zugewiesen worden. Als Diagnose wurde ein lumbospondylogenes Syndrom rechts aufgeführt. Bei der Eintrittsuntersuchung habe ein Hohlrundrücken imponiert, abgesehen von einer Hypaesthesia im Bereich des lateralen Fussrandes rechts habe keine radikuläre Symptomatik bestanden. Die Schmerzen seien subjektiv auch unter Therapie unverändert geblieben, objektiv habe eine vermehrte Stabilität im Bereich der Lendenwirbelsäule und eine verbesserte Brustwirbelsäulenhaltung

festgestellt werden können. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht eine nicht rücken belastende Tätigkeit mit Wechselbelastung möglich. Nach dem Austritt aus der Klinik habe bis am 13. Dezember 1999 eine 100%ige und bis am 1. Februar 2000 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 1. Februar 2000 sei der Beschwerdeführer hingegen wieder arbeitsfähig. Die behandelnden Ärzte ergänzten im Bericht vom 4. Januar 2000, die Arbeitsfähigkeit könne mit physiotherapeutischen Massnahmen verbessert werden. Der Beschwerdeführer sei eingeschränkt beim Heben von schweren Lasten und beim Verharren in Zwangshaltungen, davon abgesehen sei er physisch und psychisch 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/15). 3.1.2

In seinem Bericht vom 2. Juni 2000 (Urk. 9/23) führte Dr. C.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, aus, es bestünde eine degenerative Discopathie L4/5 und L5/S1 mit therapieresistiblem lumboschialgiformem Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle sowie ein erhöhter Alkoholkonsum. Es handle sich um ein reines Instabilitätsproblem des lumbosacralen Achsenskeletts mit entsprechender Einschränkung der Belastbarkeit. Eine operative Res tabilisation mit Dynesys -System L4/5/S1 sei besprochen worden, der Beschwerdeführer habe sich aber noch nicht entschieden. Eine Tätigkeit mit Wechselbelastung stehend, sitzend und gehend sowie einer Tragbelastung von maximal 5-10 kg mit sehr kurzen Belastungsphasen sei möglich. Ungünstig sei hingegen die Exposition bei Nässe oder Kälte (Urk. 9/23). 3.1.3

Im psychiatrischen Gutachten vom 13. August 2000 führte Dr. Y.____ die Diagnose eines Cannabis-Abhängigkeitssyndroms (ICD-10 : F12.25), einer Neigung zu passagerem erhöhtem Alkoholkonsum, jedoch keine Abhängigkeit, sowie einer Neurosthenie (ICD-10 : F48.0) auf. Sodann übernahm er die bereits genannten Diagnosen (vgl. E. 3.1.2) aus den Akten (Urk. 9/28/7).

Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung nur kurze Perioden ruhig sitzen können, er habe oft seine Stellung gewechselt und offensichtlich keine günstige Stellung gefunden, dennoch sei er im dauernden Stellungswechsel ganz ungeniert und natürlich gewesen. Mimisch und gestisch sei er von unauffälliger Lebhaftigkeit. Einen bewusst aggraviorischen Zug habe im Verhalten des Beschwerdeführers nicht festgestellt werden können. Örtlich, zeitlich und autopsychisch sei der Beschwerdeführer voll orientiert gewesen. Dr. Y.____ führte aus, er habe keine Anhaltspunkte für formale oder inhaltliche Denkstörungen finden können. Stimmungsmässig habe der Beschwerdeführer weder depressiv noch resigniert gewirkt, jedoch sorgenvoll mit existentiellen Ängsten (Urk. 9/28/6). Hinweise für eine spezifische Persönlichkeitsstörung hätten nicht festgestellt werden können. Dem Beschwerdeführer sei die Tendenz zu passagerem Alkoholabusus bewusst, er habe jedoch die Kontrolle, womit keine Abhängigkeit bestehe, ebenso wenig lasse sich eine Schädigung durch Alkohol finden. Aufgrund des degenerativen Rückenleidens des Beschwerdeführers und mangelhafter therapeutischer Compliance sei er als Hilfskoch seit dem 1. Februar 1998 100 % arbeitsunfähig, für eine andere Tätigkeit – für die der Beschwerdeführer aus rein rheumatologischer Sicht fähig sein sollte – betrachte er ihn aus psychiatrischer Sicht zu 60 % arbeitsfähig (Urk. 9/28/7). 3.2

Nach Erlass der Rentenverfügung wurde im Rahmen einer ersten Rentenrevision (Urk. 9/60) ein rheumatologisches Gutachten in Auftrag gegeben (Urk. 9/67). Dr. Z.____ hielt in seinem Gutachten vom 18. Mai 2004 fest, dass die Inklination und Seitneigung der Lendenwirbelsäule nach rechts hälftig eingeschränkt sei. Die Paravertebralmuskulatur lumbal rechts sei deutlich verspannt mit Trigger-Punkten. Bei Palpation komme es zu

Schmerzausstrahlung und Kribbelparästhesien im Bereich der rechten Hüfte und des Oberschenkels. Die unteren Lendenwirbelsäulesegmente seien kaum schmerzhaft, grössere irritative Phänomene finde man keine. Im Bereich der Halswirbelsäule bestehe eine minime Einschränkung nach rechts, im unteren Teil komme es zu ausstrahlendem Schmerz nach lumbal (Urk. 9/67/10). Als Diagnosen wurden ein chronisches lumbospondylogenes und myofaziales Schmerzbild, eine Neurasthenie, ein regelmässiger Cannabiskonsum sowie Nikotinabusus gestellt. Aufgrund des Wirbelsäulenleidens bestehe aus so matischer Sicht eine eingeschränkte Belastbarkeit für körperlich schwere und in ungünstigen Arbeitspositionen auszuführende Tätigkeiten. Dem Beschwerdeführer sei eine adaptierte, körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit noch zu 60 % zumutbar (Urk. 9/67/12). 3.3

Im vorliegenden Revisionsverfahren sind folgende relevante medizinische Unterlagen aktenkundig : 3.3.1

Die Gutachter

Dr. D.____, Facharzt Neurologie, Dr. E.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. F.____, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie Dr. G.____, Facharzt für Innere Medizin, nannten im interdisziplinären Gutachten vom 26. März 2015 als Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/153/24) : -

zervikospondylogenes und zervikodiskogenes Schmerzsyndrom C5/C6

und C6/C7 ohne relevante Wurzelreiz- oder Defizitsymptomatik - lumbospondylogenes Syndrom mit myofaszialer Beschwerdesymptomatik bei Spinalkanalstenose L4/5, Spindylarthrose und

Osteochondrose L4/5 und L5/S1 ohne klinische Claudicatio spinalis und ohne

radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik sowie ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - leichtgradige OSG Arthrose rechts - Hypertonie - Asthma bronchiale - Nikotinabusus - Cannabisabhängigkeit (ICD-10: F12.2) - Panikstörung (ICD-10: F41.0) - Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.1)

Die Gutachter hielten fest, dass der Beschwerdeführer unter einer Cannabisabhängigkeit leide, er jedoch in der Lage sei, den täglichen Konsum auf einen Joint zu reduzieren, weshalb der Cannabiskonsum keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitige. Eine cannabisbedingte Persönlichkeitsveränderung habe bisher nicht stattgefunden. Obschon der Verdacht auf Alkoholmissbrauch bestehe, da im Labor der CDT-Wert erhöht sei, beeinträchtigt dies die Arbeitsfähigkeit nicht (Urk. 9/153/21). Die Gutachter wiesen sodann darauf hin, dass zur angestammten Tätigkeit und auch zur zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Fahrzeugpfleger eine teilweise Inkongruenz in Bezug auf das Heben und Tragen von schweren Lasten aber auch zu Tätigkeiten in verdrehten Positionen des Rückens im Vergleich zum Zumutbarkeitsprofil bestehe ;

für administrative Arbeiten bestehe hingegen keine Inkongruenz. Die Gutachter gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer in der angestammten beziehungsweise zuletzt ausgeübten Tätigkeit, mit eingeschränkter Leistung und vermehrten Pausen, zu 60 % arbeitsfähig sei. In einer Verweistätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bestehe aus orthopädischer Sicht – ebenfalls mit vermehrten Pausen wegen den Schmerzen –

eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/153/25). Hinsichtlich Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich zwischen März 2012 und März 2014 verschlechtert, teilweise bis zu einer Arbeitsfähigkeit von 0 % (Urk. 9/153/26). 3.3.2

Im interdisziplinären Verlaufsgutachten von Dr. D.____, Facharzt Neurologie, Dr. H.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Dr. I.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie, sowie J.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Februar 2018 wurden folgende Diagnosen aufgeführt mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit als selbstständiger Autoreiniger (Urk. 9/194/41): - c chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen mit Foramenstenose ohne radikuläre Wurzelreiz- oder Defizitsymptomatik - c chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen mit Bandscheibenprotrusionen und leichter Spinalkanalstenose ohne radikuläre Wurzelreiz- oder Defizitsymptomatik - weitgehend kompensierbarer Restbefund einer Epicondylitis

humeri rechts

ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: - Asthma bronchiale, behandelt, klinisch nicht manifest - arterielle Hypertonie, gut eingestellt - THC-Abusus: anamnestisch bejaht, UP positiv - Alkoholgebrauch: CDT im Normalbereich - Fehlhaltung der Wirbelsäule bei einem Rundrücken mit muskulärer Dysbalance - verheilte operativ versorgte und gut knöchern konsolidierte Malleolarfraktur von 1980 rechts - leichter Knick-Spreizfuß mit Zehendeformitäten - Panikstörung ICD-10 : F41.0 - Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide-Abhängigkeitssyndrom ICD-10 : F12.19 - akzentuierte Persönlichkeit, narzisstisch dysthym ICD-10 : Z73

Die Gutachter hielten fest, der Versicherte sei in der Lage, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten sowie Heben und Tragen von Gegenständen bis zu 15 kg in rückenschulgerechter Haltung im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen in temperierten Räumen oder der Witterung gut angepasster Kleidung zu verrichten. Vermieden werden sollten hingegen teilweise mittelschwere bis schwere Tätigkeiten sowie das Heben und Tragen von Gegenständen über 15 kg ausserhalb des Körperlotes, ständige Zwangshaltungen, Vibrationen und ruckartige Bewegungen, ständige Überstreckung der Halswirbelsäule und Heben des rechten Armes über Kopfhöhe. Der Beschwerdeführer sollte dabei keiner Kälte- oder Nässeexposition ausgesetzt sein. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer rein medizin-theoretisch in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angegebenen Tätigkeiten integral zu 100 % vollschichtig zu verrichten. Der Beschwerdeführer sei daher in der Tätigkeit als Hilfskoch 80 % arbeitsfähig, wobei eine um 20 % geminderte Leistungsfähigkeit bei voller Arbeitspräsenz bestehe. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fahrzeugführer sowie in jeder anderen angepassten Verweistätigkeit attestierten ihm die Gutachter eine 90%ige Arbeitsfähigkeit mit einer 10%igen Minderung der Leistungsfähigkeit bei voller Arbeitspräsenz (Urk. 9/194/41). 4.

4.1

Das polydisziplinäre Gutachten vom 26. März 2015 (Urk. 9/153) wie auch das interdisziplinäre Verlaufsgutachten vom 5. Februar 2018 (Urk. 9/194) ergingen in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Urk. 9/153/3-9; Urk. 9/194/3-16), den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen durch die

begutachtenden Fachärzte. Die Gutachter haben ihre Diagnosen ausführlich und differenziert begründet (Urk. 9/153/16-24; Urk. 9/194/34-38), zu den Beurteilungen in den Vorakten einlässlich Stellung bezogen und – soweit Diskrepanzen bestanden – abweichende Einschätzungen plausibel begründet (vgl. Urk. 9/153/25-26; Urk. 9/194/24-29 und 9/194/36-38). 4.2

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, die Gutachter hätten sich nicht mit den ursprünglichen Gutachten von Dr. Y.____ (Urk. 1 S. 6) sowie den übrigen Vorakten auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 11), trifft dies offenkundig nicht zu. So hat er entgegen den beschwerdeführerischen Vorbringen

der psychiatrische Gutachter in Auseinandersetzung mit dem Gutachten von Dr. Y.____ einlässlich dargelegt, dass sich neurasthenische Beschwerden nicht (mehr) hätten erheben lassen und ein vermehrter Alkoholkonsum nicht mehr vorgelegen habe (Urk. 9/194/74; vgl. auch Urk. 9/153/25,43, wonach mangels Foerster-Kriterien die Diagnose einer Neurasthenie nicht zu erheben sei).

Sodann nahm der Gutachter zu den von K.____ genannten Diagnosen Stellung. Er hielt fest, eine Vermeidung, ein Hyperarousal, eine Amnesie oder Intrusionen hätten sich nicht erheben lassen. Ebenso wenig habe der Beschwerdeführer über traumatisierende Erlebnisse berichtet. Eine wie nach ICD geforderte Belastung im Sinne einer aussergewöhnlichen Bedrohung katastrophalen Ausmasses habe nicht exploriert werden können. Schliesslich habe eine ständige Beschäftigung mit einem quälenden dauernd vorhandenen Schmerz nicht erhoben werden können. Dass der Gutachter angesichts dieser Befunde das Vorliegen der notwendigen Diagnosekriterien für eine andauernde Persönlichkeitsveränderung, eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum für nicht gegeben erachtete (Urk. 9/194/75), ist plausibel und nachvollziehbar. Ferner wurde eingewendet, die Gutachter hätten aktenwidrig behauptet, der Beschwerdeführer habe nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung gestanden (Urk. 1 S. 14). Aus dem Gutachten vom 5. Februar 2018 ergibt sich ohne Weiteres, dass sich die vom Beschwerdeführer zitierte Aussage auf das erste polydisziplinäre Gutachten vom 26. März 2015 bezieht (Urk. 9/194/28). Nachdem der Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift ausführen liess, er habe sich erstmals im Februar 2016, mithin nach der ersten Begutachtung und nach Erlass des Vorbescheides vom 2. Dezember 2015, in psychiatrische Behandlung begeben, zieht auch dieser Einwand ins Leere. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich vorbringen lässt, der psychiatrische Gutachter habe bloss (negativ) beschrieben, was er nicht habe explorieren können (Urk. 1 S. 14-15), vermag er gleichermaßen nicht durchzudringen, handelt es sich dabei doch um den nach AMDP erhobenen psychiatrischen Befund (Urk. 9/194/72), welcher sich unverkennbar als leichtgradig präsentierte. 4.3

In Bezug auf die abweichende medizinische Beurteilung gemäss dem Bericht von Dr. L.____ ist sodann darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis).

Es ist Aufgabe des Gutachters, die bei der Bildgebung erhobenen Befunde anhand der Klinik zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_470/2017 vom 29. Juni 2018 E. 3.2 mit Hinweis). Trotz eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers liess sich klinisch

weder aus orthopädischer noch aus neurologischer Sicht eine relevante pathologische Symptomatik erheben. Infolgedessen hielten die Gutachter dafür, es bestünden - entgegen der Einschätzung des Dr. L.____ - keine signifikanten klinischen funktionalen Einschränkungen an der HWS und an der LWS (Urk. 9/194/23, 35), weshalb die Attestierung einer Arbeitsfähigkeit von 25 % in angestammter beziehungsweise einer solchen von 50 % in angepasster Tätigkeit sich (somatisch) nicht begründen lasse (Urk. 9/194/29).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwendungen des Beschwerdeführers nicht durchzudringen vermögen. Mithin sind die Gutachten der MEDAS A.____

vom 26. März 2015 und 5. Februar 2018 nicht zu beanstanden und genügen den gestellten Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (E. 1.5). 5.

5.1

Die erstmalige Rentenzusprache mit Verfügung vom 4. April 2001 (Urk. 9/47) stützte sich insbesondere auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ (vgl. E.

3.1), wonach der Beschwerdeführer aufgrund des degenerativen Rückenleidens als Hilfskoch seit dem 1. Februar 1998 100 % arbeitsunfähig, für eine an das Anforderungsprofil angepasste Tätigkeit hingegen zu 60 % arbeitsfähig sei.

Der rentenbestätigenden Verfügung vom 11. Juni 2004 (Urk. 9/70) lag das Gutachten von Dr. Z.____ zu Grunde. Er attestierte ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 60 % für eine adaptierte, körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit (vgl. E. 3.2). 5. 2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2/1) in medizinischer Hinsicht auf die Gutachten der MEDAS A.____ vom 26. März 2015 und 5. Februar 2018.

Im orthopädischen Teilgutachten vom 26. März 2015 wurde durch die Gutachterin bestätigt, dass eine Cervicalgie bei Diskushernie C5/6 und C6/7 links, ein lumbospondylogenes Syndrom bei Spinalkanalstenose L4/5, eine Epicondylitis

humeri

radialis und ulnaris rechts sowie eine leichtgradige OSG Arthrose rechts bei Status nach Malleolarfraktur

bestünden. Klinisch und radiologisch seien daher die Beschwerden des Versicherten objektivierbar und nachvollziehbar (Urk. 9/153/17). In der interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung führten die Gutachter aus, dass es sich um einen unveränderten Gesundheitszustand mit einer Verschlechterung zwischen März 2012 und März 2014 handle, weshalb den Angaben der behandelnden Ärzte gefolgt werden könne. Dementsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bis März 2012 mit 60 %, danach teilweise mit 0 % zwischen März 2012 und März 2014 und ab März 2014 wiederum mit 60 % zu beurteilen. Ab März 2014 bestehe in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (Urk. 9/153/24).

Davon, dass seit der Zusprache beziehungsweise Bestätigung des Anspruchs auf eine halbe Rente zwischenzeitlich eine relevante Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes eingetreten war, ging nicht nur die Beschwerdegegnerin (Urk. 9/202), sondern auch der Beschwerdeführer selber (Urk. 1 S. 4-5, Urk. 9/123/3, 9/132) aus,

was denn auch im Einklang mit der Aktenlage (vgl. etwa Urk. 9/123/4, 9/125/5-6, 9/129) steht. Zu Recht hat daher die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines Revisionsgrundes bejaht, weshalb der Rentenanspruch ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen ist (E. 1.2). Ausgehend vom beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 26. März 2015 lag mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit eine wesentliche Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zwischen März 2012 und März 2014 vor (E. 3.3.1). In diesem Zeitraum war der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. In Anwendung von Art. 88 bis Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) hat der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2013 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

E. 2.4

Soweit der Beschwerdeführer vorbringen liess, es handle sich beim polydisziplinären Gutachten vom 26. März 2015 um ein Gutachten «alter Schule», welches den Anforderungen der aktuellen Rechtsprechung nicht genüge (Urk. 1 S. 5), ist ihm entgegenzuhalten, dass ein polydisziplinäres

Verlaufsgutachten eingeholt und am 5. Februar 2018 erstattet wurde, welches Ausführungen zum Gesundheitsschaden, zum sozialen Kontext, zu Behandlung und Eingliederung sowie zur Konsistenz enthält (Urk. 9/194/42-47). Sodann sind die soziale Situation des Beschwerdeführers wie auch sein Tagesablauf ausführlich geschildert und es finden sich Hinweise auf die bisherigen Therapien (Urk. 9/194/66-71). Mithin erlaubt das Gutachten vom 5. Februar 2018 eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren. Die vom Bundesgericht formulierten Vorgaben wurden im Verlaufsgutachten vom 5. Februar 2018 eingehalten

(vgl. Urk. 9/194/42-47), weshalb darauf abzustellen ist. Sodann kann der Ansicht des Beschwerdeführers, wonach das zweite Gutachten vom 5. Februar 2018 den gesetzlichen Vorgaben nicht genüge, da es nicht den Verlauf der gesundheitlichen Entwicklung des Beschwerdeführers seit der ursprünglichen Rentenzusprache beleuchte (Urk. 1 S. 16), nicht gefolgt werden. Wie bereits dargelegt (vgl. E. 6.1), ist

mit Gutachten vom 26. März 2015 ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG ausgewiesen,

weshalb der Rentenanspruch umfassend zu prüfen ist (vgl. E. 1.2). Um den medizinischen Sachverhalt nach den

beschwerdeführerischen

Einwänden (vgl. Urk. 9/162, 9/173) rechtsgenügend abklären zu können, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht im Jahr 2017 (vgl. Urk. 9/182) – demnach rund zwei Jahre nach dem ersten Gutachten – eine Verlaufsuntersuchung als notwendig erachtet.

E. 6

Im März 2015 festgestellt. Nachdem sich mittels Verlaufsgutachten (E. 3.3.2) eine (neuerliche) Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht hatte nachweisen lassen und Aspekte, welche unbeachtet geblieben wären und das Gutachten zu erschüttern vermöchten, nicht aktenkundig sind (vgl. auch E. 4), ist auf das Gutachten vom 5. Februar 2018 abstellend davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer ideal angepassten Tätigkeit zu

E. 6.1

Aus somatischer Sicht wurde im Gutachten vom 2

E. 6.2.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und

E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen 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 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 6.2.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

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).

E. 6.2.3

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 Aktivitätenniveaus 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). 6.

E. 6.2.5

Der psychiatrische Gutachter führte aus, beim Beschwerdeführer hätten zwar Symptome einer Panikstörung exploriert werden können. Da solche Symptome jedoch nur begrenzt auf Autobahn- und Tunnelfahrten sowie gelegentlich in engen Räumen auftraten, zeitigte die Panikstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sodann konsumiert der Beschwerdeführer zwar regelmässig Canabiskonsumprodukte. Hingegen wurde bereits im Gutachten vom 26. März 2015 festgehalten, dass er in der Lage sei, den täglichen Konsum eigenständig auf einen Joint zu reduzieren (Urk. 9/153/42). Der Beschwerdeführer gab denn auch an, den Canabiskonsum zu «therapeutischen Zwecken» aufrecht zu erhalten (Urk. 9/194/70). Der im Gutachten vom 26. März 2015 noch beschriebene Alkoholmissbrauch (ICD-10 : F10.1) konnte anhand der Laboruntersuchung im Zusammenhang mit dem Gutachten vom 5. Februar 2018 nicht mehr festgestellt werden. Die Blutmesswerte zeigten einen Alkoholkonsum im Normalbereich, wobei diese Werte mit den Angaben des Beschwerdeführers, wonach er gelegentlich ein Bier trinke, übereinstimmen (Urk. 9/194/73, 9/194/70). Eine Persönlichkeitsstörung konnte schliesslich durch den fachärztlichen Gutachter nicht festgestellt werden, viel mehr handle es sich um eine narzisstische

dysthyme strukturierte Primärpersönlichkeit im Sinne einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 : Z73; Urk. 9/194/75) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/194/76). Dass der Gutachter aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit verneinte, ist auch unter Berücksichtigung des strukturierten Beweisverfahrens nicht zu beanstanden. So liess sich eine tiefgreifende psychische Erkrankung nicht erheben; weder war eine depressive Symptomatik zu explorieren, noch zeigte sich hierauf testpsychiatrisch ein Hinweis (Urk. 9/194/74). Ebenso wenig war eine Persönlichkeitsstörung oder eine posttraumatische Belastungsstörung festzustellen (Urk. 9/194/75). Der Gutachter notierte hinsichtlich funktionellem Schweregrad denn auch, die Ausprägung der gestellten psychiatrischen Diagnosen sei als leichtgradig einzustufen (Urk. 9/194/75-76). Im Weiteren fehlt es an einer versicherungpsychiatrisch relevanten Komorbidität (Urk. 9/194/45) und ist eine Behandlungsresistenz bei bestehenden Therapieoptionen zu verneinen (Urk. 9/194/45; vgl. auch Urk. 9/194/76, wonach der Gutachter die Behandlungsaktivität als niedrig bis nicht vorhanden bezeichnete). Schliesslich ist hinsichtlich des sozialen Kontexts zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2004 verheiratet

ist, mit seiner Ehefrau und seinem Stiefsohn in einer Drei einhalbzimmerwohnung lebt und regelmässige Waldspaziergänge zur «körperlichen Ertüchtigung» macht (Urk. 9/194/68-69). Sodann ist er in der Lage, seiner Ehefrau beim Haushalt zu helfen, Autos zu lenken (Urk. 9/194/49) und für Ferien zu verreisen (Urk. 9/194/51). Des Weiteren pflegt er auch ausserhalb der Familie soziale Kontakte (Urk. 9/194/51, wonach er um 17 Uhr ein Bier in der Dorfbeiz trinke). Insgesamt verfügt der Beschwerdeführer damit über ein intaktes soziales Umfeld mit mobilisierbaren Ressourcen. Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist darauf hinzuweisen, dass sich in der Untersuchung eine Überbetonung und beginnende Aggravation zeigte, die anhand der orthopädischen Befunde in keiner Weise nachvollzogen werden konnten (Urk. 9/194/46). Aus Sicht der Gutachter besteht daher eine gewisse Inkonsistenz, die sich bereits in der Vergangenheit gezeigt habe. Das Aktivitätsniveau ist im Alltag relativ gut, weshalb keine

gleichmässige Einschränkung in allen Lebensbereichen angenommen werden kann.

Was sodann den behandlungs- und eingliederungsantragsbereich ausgewiesenen Leidensdruck anbelangt, kann mit Blick auf die bloss monatlichen Konsultationen beim behandelnden Psychiater und die geringe Inanspruchnahme medizinischer Massnahmen (vgl. Urk. 9/194/45-46, wonach die Behandlungsaktivität als niedrig zu bezeichnen ist) nicht von einem erheblichen Leidensdruck ausgegangen werden.

Zusammenfassend ist angesichts des nicht erheblichen funktionellen Schweregrads der diagnostizierten Gesundheitsstörungen bei weitgehend erhaltenen Ressourcen sowie insbesondere mit Blick auf den nicht erheblichen Leidensdruck und die genannten Inkonsistenzen nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % schloss (Urk. 9/194/76).

E. 6.3

Ausgehend von den beweiskräftigen MEDAS-Gutachten vom 25. März 2015 und 5. Februar 2018 liegt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ab März 2014 vor, weshalb

ab diesem Zeitpunkt von einer Arbeitsfähigkeit aus somatischer und psychiatrischer Sicht von 90 % auszugehen ist (E. 3.3.2) . 7 .

Zu prüfen bleibt, wie sich die auf eine Arbeitsfähigkeit von

E. 9

.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die dem Beschwerdeführer ausgangsgemäss aufzuerlegenden Kosten sind infolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen .

E. 9.3

Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser machte mit Honorarnote vom 11. Juli 2019 (Urk. 11) einen Aufwand von insgesamt 8.66 Stunden à Fr. 220.-- sowie Barauslagen von Fr. 90.30 entsprechend einem Honorar von Fr. 2'151.-- inklusive Mehrwertsteuer geltend. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) erscheint eine Entschädigung in dieser Höhe

als angemessen , weshalb Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser mit Fr. 2'151.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

E. 9.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hin zuweisen , wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 26. September 2018 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser, Zürich, wird mit Fr. 2'151.-- (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 Dr. Pierre Heusser - 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 VogelSherif

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