

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01190 vom 12. Januar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01190](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01190)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01190 du 12 janvier 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01190 del 12 gennaio 2017

## **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). 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).

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

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

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 Recht sprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis). Nach der bundesgerichtlichen Rechtspre chung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durch geführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde ( Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversiche rung, IVV ) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt ( Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechts kräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.2 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hin weisen).

### **E. 1.3**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen die anspruchsbeein flussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berück sichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedau ert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E.

3c/aa mit Hin weisen).

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls 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 arbeits unfähig 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 no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## **E. 2**

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG ).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Portier weiterhin nicht zumutbar sei. Allerdings habe sich insbesondere der psychische Gesundheitszustand erheblich verbessert. Dies gelte auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung bezüglich der Standardindikatoren. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm nun zu 75 % zumutbar. Dabei sei von einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit mit einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % resultiere ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von 7 % (S. 2 ff.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes könne gestützt auf den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ nicht ausgegangen werden. Vielmehr habe sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache sogar verschlechtert. Das Gutachten des A.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Zudem berücksichtige es die neue Schmerzrechtsprechung nicht. Es stehe ihm daher weiterhin eine ganze Invalidenrente zu. Eventuell seien ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen (S. 4 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit den rentenzusprechenden Verfügungen vom 21. Mai 2003 (Urk. 7/22- 23) verbessert hat, und gestützt darauf die Frage, ob die verfügte Aufhebung der Rente rechtmässig ist.

Als Vergleichszeitpunkt nicht massgebend sind die mit Mitteilungen vom 10. Februar 2004 (Urk. 7/39) sowie 5. Mai 2008 (Urk. 7/49) abgeschlossenen Revisionsverfahren, da in deren Rahmen keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung vorgenommen wurde (vorstehend E. 1.2).

### **E. 3.1**

Den rentenzusprechenden Verfügungen vom 21. Mai 2003 (Urk. 7/22-23) lagen die nachfolgenden Arztberichte zugrunde.

### **E. 3.2**

Die Ärzte des C.\_\_\_\_ führten mit Bericht vom 4. November 2002 (Urk. 7/9) eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine chronische gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten sie eine Hypertonie sowie polyzystische Nieren (S. 1 Ziff. 1 lit. A). Der Beschwerdeführer sei während der Hospitalisation vom 22. August bis 8. Oktober 2002 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht sei schwierig und ihnen nicht möglich (S. 1 f. Ziff. 1 lit. C).

### **E. 3.3**

PD Dr. med. D.\_\_\_\_, praktischer Arzt, gab mit Bericht vom 10. November 2002 (Urk. 7/10) an, dass er den Beschwerdeführer seit dem 7. September 2001 behandle (S. 2 lit. D Ziff. 1), und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 lit. A):

- Diskushernie L5/S1 operiert, postoperative epidurale Narbenbildung - Hypertonie bei Zystennieren - Depression

Demgegenüber erachtete er die funktionellen Sehstörungen als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 7. September 2001 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 lit. B). Eine geeignete behinderungsangepasste Tätigkeit sei langfristig ganztags zumutbar (S. 4).

#### **E. 4.1**

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 19. Oktober 2015 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdeführerin auf die nachfolgenden Berichte.

#### **E. 4.2**

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ führten mit Bericht vom 27. Juni 2013 (Urk. 7/55) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), auf. Die Konsultationen würden alle vier Wochen stattfinden. Der Beschwerdeführer habe keinen Zugang zu einem psychosomatischen Krankheitsmodell, sondern gehe weiterhin von einer somatischen Ursache für seine Symptome aus. Die Prognose sei bei bereits langjährigem und chronifiziertem Krankheitsverlauf als ungünstig zu betrachten (S. 1 f.).

#### **E. 4.3**

Mit Bericht vom 26. März 2014 (Urk. 7/62/5-10) führte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie, G.\_\_\_\_, chronische Rückenbeschwerden mit einem sensiblen Ausfallsyndrom S1 links bei Status nach intralaminärer Fenestration L5/S1 links im Dezember 2001 sowie eine Depression mit Somatisierungsstörung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Folgendes (S. 1 Ziff. 1.1): - autosomal dominante polyzystische Nierenkrankheit wahrscheinlich Typ 2, Erstdiagnose (ED) 2002 mit/bei: - positiver Familienanamnese - arterieller Hypertonie - chronischer Niereninsuffizienz - asymptomatischer Nephrolithiasis links - keinem Nachweis von zerebralen Aneurysmata

Die chronische Niereninsuffizienz sei langsam progredient. Die arterielle Hypertonie sei gut eingestellt. Eine terminale Niereninsuffizienz mit der Notwendigkeit einer Dialyse sei bei einem Typ 2 nur bei einer Minderheit der Patienten zu erwarten (S. 3 Ziff. 1.4). Aus nephrologischer Sicht lägen keine Einschränkungen vor und es sei keine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (S. 3 Ziff. 1.6-1.7).

#### **E. 4.4**

Die Ärzte der E.\_\_\_\_ bestätigten mit Bericht vom 8. April 2014 (Urk. 7/63) die bereits von ihnen gestellten Diagnosen, wobei sich sowohl bezüglich der Depression als auch der Somatisierungsstörung in den letzten Jahren ein unveränderter chronischer Verlauf zeige (S. 2 Ziff. 1.1, Ziff. 1.4; S. 5 Ziff. 1.11). Eine Konsultation finde alle vier Wochen statt (S. 3 Ziff. 1.5). Der Beschwerdeführer sei reduziert belastbar und misstrauisch im Umgang mit anderen Menschen. Zudem habe er Konzentrations- und Auffassungsstörungen. In seinem aktuellen Zustandsbild sei er nicht in der Lage, die für eine Erwerbstätigkeit notwendigen Basisvariablen zu erbringen. Er sei bis auf weiteres in jeglicher Tätigkeit sowohl auf dem freien Arbeitsmarkt als auch im geschützten Rahmen zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.6-1.7, S. 7).

#### **E. 4.5**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 10. April 2014 (Urk. 7/64) an, dass er den Beschwerdeführer seit April 2003 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches Schmerzsyndrom nach Diskushernienoperation im Dezember 2001 mit postoperativer Narbenbildung - polyzystische Nierenkrankheit mit arterieller Hypertonie - somatoforme Störung - Depression

Hinsichtlich der Nierenfunktion bestehe eine langsame progrediente Verschlechterung. Die Prognose bezüglich der Depression und der Schmerzsymptomatik sei stationär (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 7. September 2001 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6).

#### **E. 4.6**

Dem Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 7. Juli 2014 (Urk. 7/66/1-4) lässt sich entnehmen, dass dieser den Beschwerdeführer seit dem 28. Juni 2010 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und eine chronische Migräne sowie einen chronischen Schwindel als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren könne (S. 1 Ziff. 1.1). In prognostischer Hinsicht sei mit einer bleibenden Chronifizierung der Migräne und des Schwindels zu rechnen (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei seit Juni 2010 in der bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm zu vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar. Dabei liege jeweils eine verminderte Leistungsfähigkeit von 10-20 % vor (S. 2 f. Ziff. 1.6-1.7).

#### **E. 4.7**

Am 27. Januar 2015 erstatteten die Ärzte des A.\_\_\_\_ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Nephrologie, Oto-Rhino-Laryngologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/77). Dabei konnten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 29 f. Ziff. 5.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und residuelles radikuläres Syndrom S1 links mit/bei: - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links im Dezember 2001 bei therapieresistentem radikulärem Reiz- und Ausfallssyndrom L5/S1 links bei mediolateraler Diskushernie L5/S1 links - zerviko- und thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung sowie radiologisch Status nach thorakalem Morbus Scheuermann - intermittierende Schwankschwindelsymptomatik, am ehesten zervikogen-propriozeptiv bedingt - Tinnitus rechts, mittelgradig kompensiert - Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits

Sodann nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 5.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F32.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei: - Schwindel, Sehstörungen, Gefühlsstörungen am Kopf - chronischer Spannungstypkopfschmerz - autosomal dominante polyzystische Nierenkrankheit, ED 2002 mit/bei: - positiver Familienanamnese - arterieller Hypertonie - chronischer Niereninsuffizienz Stadium 2 - asymptomatischer Nephrolithiasis - keinem Nachweis von zerebralen Aneurysmata

Aus internistischer Sicht stehe eine leichte Niereninsuffizienz Stadium 2 bei bekannter autosomal dominanter polyzystischer Nierenkrankheit im Vordergrund. Ferner bestünden in anamnestischer Hinsicht Sehstörungen, wobei eine vor einem Jahr erfolgte

ophthalmologische Abklärung kein objektivierbares Korrelat gezeigt habe. Aus internistischer Sicht bestehe demnach keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 3.4).

In der psychiatrischen Untersuchung sei der affektive Kontakt gut herstellbar, jedoch die Stimmung leicht depressiv gewesen. Der Beschwerdeführer habe eine erhöhte Ermüdbarkeit und einen vermehrten Schlaf angegeben. Er habe ferner ein gewisses Kontrollbedürfnis, so beim Verlassen der Wohnung, beklagt. Es bestünden keine Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen. Die Vigilanz sei nicht gestört. Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Aufmerksamkeit sowie die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt. Das Denken sei formal geordnet und inhaltlich bestünden keine Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Der Selbstwert sei vermindert, wobei Insuffizienzgedanken vorlägen. Die Zirkadianität sei nicht ausgeprägt. Hinweise auf selbst- und fremdgefährliches Verhalten bestünden nicht. Der Beschwerdeführer habe ausserhalb der Familie sehr wenig Kontakt. Der Antrieb sei eher herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität (S. 12 Ziff. 4.1.2). Beim Beschwerdeführer könne daher eine leichte depressive Episode diagnostiziert werden. Insbesondere bestünden allerding ausgeweitete Beschwerden bezüglich des Bewegungsapparats. Das Ausmass dieser Schmerzen und die Überzeugung, überhaupt nicht mehr arbeiten zu können, würden sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren lassen. Es liege daher eine psychische Überlagerung vor, welche nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden könne. Ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht erwiesen. Der Beschwerdeführer habe sich sozial deutlich zurückgezogen, wobei er innerhalb der Familie durchaus Kontakte pflege. Ein schwerer sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens liege nicht vor. Es bestünden zudem zwanghafte Persönlichkeitszüge. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (S. 13 Ziff. 4.1.4). Dem Beschwerdeführer könne eine ganztägige Arbeitstätigkeit ohne Leistungseinschränkung trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden. Die wiederholt beschriebene mittelgradige depressive Störung sei remittiert und es liege lediglich noch eine leichtgradige Episode vor, sodass keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründbar sei (S. 14 Ziff. 4.1.5-4.1.6). Es bestehe eine Selbstlimitierung, wobei auch eine Dekonditionierung anzunehmen sei. Die psychosozialen Faktoren stünden allerdings deutlich im Vordergrund. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation werde wahrgenommen. Der Medikamentenspiegel sei allerdings kaum beziehungsweise nicht nachweisbar, was als Hinweis für eine schlechte Medikamentencompliance zu deuten sei (S. 14 Ziff. 4.1.7). Die früher diagnostizierte volle Arbeitsunfähigkeit könne aufgrund der damals gestellten Diagnosen nicht nachvollzogen werden. Es handle sich somit bei der heutigen Beurteilung ebenfalls um eine andere Beurteilung eines möglicherweise ähnlichen Gesundheitszustandes. Es sei aber auch davon auszugehen, dass es zu Adaptionsvorgängen gekommen sei (S. 14 Ziff. 4.1.8).

Bei der klinischen rheumatologischen Untersuchung fänden sich noch gewisse Zeichen eines gesteigerten Schmerzverhaltens mit positiven Scheinmanövern und mit Schmerzprovokationen. An den Beinen seien keine Paresen nachweisbar. Es liege eine Fehlhaltung und Fehlform der Wirbelsäule mit aufgehobener Lordose der Lendenwirbelsäule (LWS) vor. Zusätzlich finde sich eine leichte Inklinationshaltung des Oberkörpers. Die Beweglichkeit der LWS sei aufgrund sehr rascher Gegeninnervation nicht

adäquat überprüfbar. Formal lägen allseitig deutliche Einschränkungen vor. An der Halswirbelsäule (HWS) sei die Beweglichkeit allseitig nicht relevant eingeschränkt. Die Untersuchung der Gelenke zeige keine relevante Pathologie. Die Symptomatik entspreche aus rheumatologischer Sicht einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit zusätzlich residueller radikulärer Komponente S1 links. Die Beschwerden im Bereich der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS) seien ohne Nachweis einer höhergradigen Pathologie unspezifisch. Funktionell liege aufgrund der lumbalen Pathologie an der unteren LWS eine deutlich eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule vor (S. 18 Ziff. 4.2.4). Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung seien dem Beschwerdeführer dauerhaft nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten Tätigkeit mit leichter Rückenbelastung und mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen, ohne gehäufte Überkopf arbeiten, ohne Benützen von Leitern oder Gerüsten und ohne repetitives Bücken sei die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht aufgrund der mindestens partiell nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik um 25 % vermindert. Diese Einschätzung gelte ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung (S. 18 Ziff. 4.2.5-4.2.6).

In der neurologischen Untersuchung habe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom verbunden mit einer wahrscheinlich residuellen radikulären sensiblen Ausfallsymptomatik der Wurzel S1 links diagnostiziert werden können. Eine zusätzliche radikuläre Reizsymptomatik dieser Wurzel sei möglich. Die diesbezügliche Beurteilung sei aufgrund der fehlenden bildgebenden Untersuchungen der LWS sowie der deutlichen Somatisierungstendenz erschwert. Hinsichtlich des beklagten Schwindels sei auffallend, dass dieser völlig lageunabhängig – auch im Liegen - seit Jahren konstant vorhanden sei. Die klinische neurologische Untersuchung ergebe diesbezüglich keine Auffälligkeit. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Funktionsstörung. Der Befund der Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels vom Juli 2013 sei normal. Der Schwindel sei daher als psychosomatisches Symptom zu interpretieren. Dasselbe gelte aus neurologischer Sicht auch für die beklagten Sehstörungen und die Sensibilitätsverminderung im gesamten Kopfbereich. Es liege daher eine Somatisierungsproblematik mit multiplen psychosomatischen Symptomen vor. Aus neurologischer Sicht sei ein chronischer Spannungstyp kopfschmerz abgrenzbar, wobei dieser ermessensweise als eigenständige Diagnose aufgeführt oder unter die Somatisierungsproblematik subsumiert werden könne. Zum aktuellen Zeitpunkt sei keine Migräne abgrenzbar (S. 23 Ziff. 4.3.4). Aus neurologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für eine leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als 10 kg, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit für Positionswechsel bestehe demgegenüber keine Einschränkung (S. 23 Ziff. 4.3.5).

Aus nephrologischer Sicht könne eine leichte Niereninsuffizienz Stadium 2 bei bekannter autosomal dominanter polyzystischer Nierenkrankheit bestätigt werden. Als Folge davon liege eine medikamentös derzeit knapp genügend eingestellte arterielle Hypertonie vor. Weitere renale Folgeschäden hätten nicht objektiviert werden können (S. 25 Ziff. 4.4.4). Aufgrund der lediglich leichten Niereninsuffizienz bestehe derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 4.4.5). Mittel- bis längerfristig sei mit einer sich verschlechternden Nierenfunktion und somit möglicherweise auch mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 25 Ziff. 4.4.8).

Im Rahmen der otoneurologischen Untersuchung könne aktuell eine rechts akzentuierte Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits objektiviert werden. Daher bestünden auditive Einschränkungen bei Gesprächen mit mehreren Personen sowie unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel. Der konstante Tinnitus könne noch als mittelgradig kompensiert bezeichnet werden. Hinsichtlich der peripheren vestibulären Funktion seien aktuell unauffällige Befunde bei fehlenden pathologischen Nystagmen sowie symmetrischer kalorischer Erregbarkeit festzuhalten. Eine zervikogen-propriozeptiv bedingte Ursache sei differentialdiagnostisch denkbar, auch wenn im Rahmen der aktuellen Untersuchung keine diesbezüglichen Befunde hätten provoziert werden können. Eine retrocochleäre und zentrale Pathologie habe mittels MRI des Neurocraniums ausgeschlossen werden können (S. 28 Ziff. 4.5.4). Tätigkeiten, welche hohe Anforderungen an das Gehör stellen würden, seien ebenso nicht geeignet wie Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel. Ausserdem sollten sturzgefährdende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit häufigen Kopffrotationsbewegungen gemieden werden. In einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (S. 28 f. Ziff. 4.5.5).

Zusammenfassend seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten und demzufolge auch die angestammte Tätigkeit als Portier nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten körperlich leichten Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an das Gehör, ohne Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel und ohne sturzgefährdende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten mit häufigen Kopffrotationsbewegungen bestehe dagegen spätestens seit der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 75 %. Das Pensum könne dabei vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von bis zu 15 Minuten pro Stunde (S. 31 f. Ziff. 6.2-6.3). Der psychiatrische Zustand habe sich seit dem Jahr 2002 gebessert. Die früher höhergradige depressive Störung sei weitgehend remittiert und nun ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem sei es auch zu Adaptionsvorgängen gekommen (S. 33 Ziff. 7.1).

#### **E. 4.8**

Mit Stellungnahme vom 9. Februar 2015 empfahl PD Dr. med. univ. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das umfassende Gutachten des A.\_\_\_\_ abzustellen. Die bisherige Tätigkeit als Portier sei dem Beschwerdeführer weiterhin nicht zumutbar. In einer körperlich leichten Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an das Gehör, ohne erhöhten Umgebungsgeräuschpegel, ohne Sturzgefährdung und ohne häufige Kopffrotationen sei er hingegen spätestens seit der aktuellen Begutachtung (Dezember 2014) zu 75 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 7/82 S. 4 f.).

#### **E. 4.9**

Dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht vom 10. November 2015 (Urk. 3) von Dr. med. B.\_\_\_\_, praktische Ärztin, E.\_\_\_\_, lässt sich entnehmen, dass aufgrund der Grunddiagnose und der bereits seit Jahren bestehenden Symptomatik von einer längerdauernden, womöglich chronischen Störung auszugehen sei. Die Prognose sei ungünstig. Eine Optimierung der Medikation sei nur schwer möglich, da der Beschwerdeführer auf jegliche Medikamente mit Nebenwirkungen reagiere. Die aktuelle Medikation mit Cymbalta und Seroquel verträge er besser. Es bestehe weiterhin eine reduzierte Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit, so dass ihm allenfalls eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zugemutet werden könne. Für den Einsatz auf dem ersten

Arbeitsmarkt fehle ihm die nötige Stabilität. Es sei aktuell und höchst wahr scheinlich auch längerfristig von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus zu gehen (S. 1).

### **E. 5.1**

Zur Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert hat und somit ein Revisionsgrund vorliegt, findet sich in den Akten insbesondere das polydisziplinäre Gutachten des A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.7), welches die praxismässigen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt. So berücksichtigte das Gutachten die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers, wurde in Kenntnis sowie in differenzierter Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter des A.\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Dem Gutachten lässt sich sodann entnehmen, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insoweit verbessert habe, als die affektive Störung gegenwärtig soweit remittiert sei, dass nur noch eine leichtgradige depressive Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung vorliege und sich dadurch keine relevante Arbeitsunfähigkeit mehr begründen lasse (vgl. Urk. 7/77 S. 14 Ziff. 4.1.6, S. 32 oben). Es wurde zwar ebenfalls darauf hingewiesen, dass die früher attestierte volle Arbeitsunfähigkeit aufgrund der damals gestellten Diagnosen nicht nachvollzogen werden könne, weshalb es sich bei der heutigen Beurteilung gegenüber den früheren fachärztlichen Einschätzungen auch um eine andere Beurteilung eines möglicherweise ähnlichen Gesundheitszustandes handle (vgl. Urk. 7/77 S. 14 Ziff. 4.1.8). Eine Verbesserung des psychiatrischen Zustandes wird indessen ausdrücklich festgehalten (vgl. Urk. 7/77 S. 33 Ziff. 7.1). Im Übrigen erkannten die Gutachter des A.\_\_\_\_ auch Adaptionsvorgänge (vgl. Urk. 7/77 S. 14 Ziff. 4.1.8, S. 33 Ziff. 7.1), wobei ein Revisionsgrund bei einem an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustand auch dann vorliegt, wenn die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung begründet wird (Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2014, Rz 22 zu Art. 30-31; Urteile des Bundesgerichts 8C\_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 und 8C\_237/2014 vom 21. Januar 2015 E. 2.3). Damit besteht vorliegend in jedem Fall Anlass zur Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG.

### **E. 5.2**

Aus somatischer Sicht leidet der Beschwerdeführer demnach - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und einem residuellen radikulären Syndrom S1, an einem zervikalen- und thorakolumbospondylogenen Schmerzsyndrom, an einer intermittierenden Schwankschwindelsymptomatik sowie an einem mittelgradig kompensierten Tinnitus rechts und einer beidseitigen Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit (vgl. Urk. 7/77 S. 29 f. Ziff. 5.1). Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter die chronischen Spannungstypkopfschmerzen sowie die autosomal dominante polyzystische Nierenkrankheit (Urk. 7/77 S. 30 Ziff. 5.2).

Die rheumatologischen Befunde waren weitestgehend unauffällig, wobei sich noch gewisse Zeichen eines gesteigerten Schmerzverhaltens mit positiven Schein manövern und mit Schmerzprovokationen gezeigt hätten. An den Beinen waren insbesondere keine Paresen nachweisbar. Hinsichtlich der Beschwerden an der HWS und BWS war sodann keine Pathologie ersichtlich. Funktionell wurde aufgrund der lumbalen Pathologie an der unteren LWS eine deutlich ein geschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule festgehalten (vgl. Urk. 7/77 S. 18 Ziff. 4.2.4). In der neurologischen Untersuchung ergab sich hinsichtlich des Schwindels, der beklagten Sehstörungen und der Sensibilitätsverminderung im gesamten Kopfbereich keine Auffälligkeit, weshalb diese als psychosomatische Symptome interpretiert wurden. Für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Funktionsstörung ergaben sich keine Anhaltspunkte. Der chronische Spannungskopfschmerz wurde ermessensweise als eigenständige Diagnose aufge führt, wobei er ebenfalls unter die Somatisierungsproblematik subsumiert werden könne. Eine Migräne war jedenfalls nicht abgrenzbar (vgl. Urk. 7/77 S. 23 Ziff. 4.3.4). Hinsichtlich der aus nephrologischer Sicht diagnostizierten autosomal dominanten polyzystischen Nierenkrankheit konnten nebst der leichten Niereninsuffizienz und der knapp genügend eingestellten arteriellen Hypertonie keine weiteren renalen Folgeschäden objektiviert werden (vgl. Urk. 7/77 S. 25 Ziff. 4.4.4). In der otoneurologischen Untersuchung wurde schliesslich eine rechtsakzentuierte Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits sowie ein konstanter mittelgradig kompensierter Tinnitus rechts objektiviert, wogegen insbesondere hinsichtlich der peripheren vestibulären Funktion bei fehlenden pathologischen Nystagmen und symmetrischer kalorischer Erregbarkeit keine auffälligen Befunde festgehalten werden konnten. Eine retrocochleäre und zentrale Pathologie wurde mittels MRI ausgeschlossen (vgl. Urk. 7/77 S. 28 Ziff. 4.5.4).

Die Gutachter des A.\_\_\_\_ erachteten den Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden in einer körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeit, wozu auch die bisherige Tätigkeit gehöre, als dauerhaft vollständig arbeitsunfähig. In einer behinderungsangepassten körperlich leichten Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an das Gehör, ohne erhöhten Umgebungsgeräuschpegel, ohne Sturz gefährdung und ohne häufige Kopftrotationsbewegungen sei der Beschwerdeführer hingegen spätestens seit der aktuellen Untersuchung zu 75 % arbeits fähig. Das Pensum könne dabei vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausen bedarf von bis zu 15 Minuten pro Stunde (vgl. Urk. 7/77 S. 31 f. Ziff. 6.2-6.3).

### **E. 5.3**

In psychischer Hinsicht konnte dagegen keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter des A.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F32.0), sowie eine chronische Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; vgl. Urk. 7/77 S. 30 Ziff. 5.2).

Der psychiatrische Gutachter des A.\_\_\_\_ hat nach ausführlicher psychopathologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 7/77 S. 12 Ziff. 4.1.2) festgestellt, dass die affektive Störung insoweit remittierte, dass derzeit lediglich noch eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden könne; dies aufgrund der verminderten Freude empfindungsfähigkeit, der erhöhten Ermüdbarkeit, des verminderten Selbstwerts und des vermehrten Schlafbedürfnisses (vgl. Urk. 7/77 S. 13 Ziff. 4.1.4). Sodann wurde aufgrund der beklagten Schmerzen und Beschwerden, für

welche sich kein objektivierbares Korrelat habe finden lassen, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert, welcher nach der Prüfung der bis anhin geltenden Foerster-Kriterien (vgl. BGE 130 V 352) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde. Der psychiatrische Gutachter des A. \_\_\_ kam zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Beschwerden eine ganztägige Arbeitstätigkeit ohne Leistungs einschränkung zugemutet werden könne (vgl. Urk. 7/77 S. 13 f. Ziff. 4.1.4-4.1.5).

#### **E. 5.4**

Die Tatsache, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen neu gefasst hat, ändert an der vorliegenden Beurteilung nichts. Insbesondere verlieren die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten ihren Beweiswert nicht per se. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Dies trifft entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 5) - auf das vorliegende Gutachten des A. \_\_\_ zu. Die Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Dabei gilt es insbesondere darauf hinzuweisen, dass rechtsprechungsgemäss einer - wie vorliegend diagnostiziert - chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) im Gegensatz zu einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, ein Bezug zum Schweregrad fehlt (vgl. BGE 142 V 106 E. 4.2). Sodann hielten die Gutachter des A. \_\_\_ hinsichtlich der Beeinträchtigungen im Alltag fest, dass sich der Beschwerdeführer selbst limitiere und auch eine gewisse Dekonditionierung anzunehmen sei. Er könne selber mit dem Auto fahren, wenn auch selten und nur kurze Strecken. Ausserdem seien ihm Reisen in die Heimat trotz subjektiv starker Beschwerden möglich, dies auch mit dem Bus. Der Beschwerdeführer mache fast den ganzen Tag nichts, ausser kleine Spaziergänge und manchmal kleine Einkäufe. Er habe keine seinem Leben einen Sinn gebende Arbeit, weshalb er sich nicht gut fühle. Deshalb komme es auch zu Spannungen in der Beziehung zur Ehefrau. Die psychosozialen Faktoren stünden deutlich im Vordergrund, wobei auch eine Selbstlimitierung mit Inkonsistenzen vorliege (vgl. Urk. 7/77 S. 14 Ziff. 4.1.7).

Die aufgrund der somatischen Komorbiditäten um 25 % verminderte Arbeitsfähigkeit erscheint nachvollziehbar, wogegen es an einer psychiatrischen Komorbidität fehlt, mangelt es der derzeit lediglich leichten depressiven Episode im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung an einer invalidisierenden Wirkung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1).

Hinsichtlich des Behandlungserfolgs und der Behandlungsresistenz gilt es zu erwähnen, dass zwar ein chronischer Verlauf und eine ungünstige Prognose fest gehalten werden, wobei diese ebenfalls durch die deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung beeinflusst werde (vgl. Urk. 7/77 S. 13 unten). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie erfolgt lediglich einmal pro Monat (vgl. Urk. 7/77 S. 8 Ziff. 3.1.3). Zudem konnte der Medika menten spiegel hinsichtlich der Antidepressiva nicht oder nur ungenügend nachgewiesen werden, was nach Ansicht der Gutachter des A.\_\_\_\_ auf eine Malcompliance hinweisen könne (vgl. Urk. 7/77 S. 14 Ziff. 4.1.7). Soweit die behandelnde Ärztin, Dr. B.\_\_\_\_, angab, dass der Beschwerdeführer auf jegliche Medikation mit diversen Nebenwirkungen reagiere, nun allerdings Cymbalta und Seroquel besser vertrage (vgl. Urk. 3 S. 1), ändert dies an der im Raum stehenden Malcompliance nichts. Zumal der Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch das A.\_\_\_\_ die besser verträglichen Medikamente Cymbalta und Seroquel zu sich nahm und die darin enthaltenden Wirkstoffe Quetiapin und Duloxetin allerdings gerade nicht im Blut nachweisbar waren respektive deutlich unterhalb des Referenzbereichs lagen (vgl. Urk. 7/77 S. 8 f. Ziff. 3.1.3, Ziff. 3.2.2.1). Entsprechend ist von einem eher geringen Leidensdruck des Beschwerdeführers auszugehen.

Zwar wurden etwas zwanghafte Persönlichkeitszüge erkannt, indem der Beschwerdeführer Angst habe, die Wohnung zu verlassen und jeweils zurück komme, um zu kontrollieren, ob alles in Ordnung sei. Eine Persönlichkeitsstörung liege allerdings nicht vor (vgl. Urk. 7/77 S. 11 unten, S. 13). Aus dem geschilderten Tagesablauf ergibt sich sodann, dass sich der Beschwerdeführer zwar sozial zurückgezogen hat, indem die Besuche abgenommen hätten und er nur noch zu ein paar Leuten telefonische Kontakte pflege. Ein schwerer sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens konnte allerdings nicht erkannt werden, pflegt der Beschwerdeführer doch vor allem innerhalb der Familie durchaus Kontakte. Ebenfalls ist es ihm möglich, in die Ferien zu reisen, wobei er die lange Strecke bis ins ehemalige Jugoslawien auch mit dem Bus zurücklegen kann. Sodann gehe er täglich zu Fuss Brot einkaufen und erledige teilweise samstags zusammen mit der Ehefrau die Einkäufe. Abends gehe er jeweils spa zieren. Die Haushaltsarbeiten erledige die Ehefrau, wobei er kaum mithelfen könne (vgl. Urk. 7/77 S. 11 f., S. 13 unten). Er verfügt demnach durchaus über Ressourcen. Soweit er geltend macht, er könne sich aufgrund der körperlichen Beschwerden keine berufliche Erwerbstätigkeit mehr vorstellen (vgl. Urk. 7/77 S. 8 Ziff. 3.1.4), ist eine ähnlich hohe Einschränkung in den sonstigen Lebensbereichen anhand der doch zahlreichen Aktivitäten nicht ersichtlich. Im Hinblick auf den beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz lässt sich keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Gesamthaft betrachtet ist aufgrund dieser Feststellungen nicht von einem hohen Schweregrad der funktionellen Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung auszugehen und der Leidensdruck ist als eher gering zu beurteilen. Daneben liegt keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Damit ist auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die chronische Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt.

## **E. 5.5**

An der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung des A.\_\_\_\_ ändern die entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte (vorstehend E. 4.4-4.6, E. 4.9) im Hinblick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag und die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 und I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2), nichts. Ergänzend gilt es anzumerken, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1).

### **E. 5.6**

Zusammenfassend ist somit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert und ferner auch eine Adaption an die Beschwerden stattgefunden hat, weshalb ein Revisionsgrund vorliegt. Aus medizinischer Sicht ist dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Portier weiterhin nicht zumutbar. In einer behinderungsangepassten körperlich leichten Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an das Gehör, ohne erhöhten Umgebungsgeräuschpegel, ohne Sturzgefährdung und ohne häufige Kopffrotationsbewegungen ist er hingegen seit der aktuellen Untersuchung zu 75 % arbeitsfähig. Das Pensum kann dabei vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von bis zu 15 Minuten pro Stunde. Dem psychischen Leiden kommt sodann keine versicherungsrelevante Bedeutung mehr zu.

### **E. 6**

Im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. Oktober 2015 (Urk. 2) war der am 16. Juni 1968 geborene Beschwerdeführer 47-jährig (vgl. Urk. 7/4 S. 1 Ziff. 1.3). Die Rente bezog er seit dem 1. September 2002, mithin seit etwas mehr als 13 Jahren (vgl. Urk. 7/22-23). Damit fällt er nicht unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis, weshalb vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen ist (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

### **E. 7.1**

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der Erwerbsbiographie unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätiger zu qualifizieren ist.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 7.2**

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. Urk. 2 S. 2; Urk. 7/81 S. 1) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) und dabei auf den Zentralwert für im Gastgewerbe/Beherbergung und in der Gastronomie im privaten Sektor tätige Männer in der Höhe von monatlich Fr. 3'730.-- im Jahr 2012 (LSE 2012, TA1, Ziff. 55-56, Kompetenzniveau 1). Da die letzte Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers bereits sehr weit zurück liegt, erscheint das Abstellen auf die Tabellenlöhne und dabei auf die konkrete Branche ausnahmsweise gerechtfertigt, umso mehr als dieses Vorgehen auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2013 von 0.8 % sowie im Jahr 2014 von 0.7 % und im Jahr 2015 von 0.3 % angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 47'507.-- für das Jahr 2015 in einer 100%igen Arbeitstätigkeit (Fr. 3'730.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.008 x 1.007 x 1.003).

### **E. 7.3**

Das Invalideneinkommen ermittelte die Beschwerdegegnerin – in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) – gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE, geht der Beschwerdeführer doch derzeit keiner Erwerbstätigkeit nach (vgl. Urk. 7/77 S. 7 Ziff. 3.1.2). Dabei stellte sie auf den Zentralwert für mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art beschäftigte Männer in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors in der Höhe von monatlich Fr. 5'210.-- im Jahr 2012 ab (LSE 2012, S. 35, TA1, Total, Kompetenzniveau 1). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden sowie der allgemeinen Lohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2013 von 0.8 % sowie im Jahr 2014 von 0.7 % und im Jahr 2015 von 0.3 % angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 49'768.-- für das Jahr 2015 bei der verbliebenen 75%igen Arbeitsfähigkeit (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.008 x 1.007 x 1.003 x 0.75).

Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte sodann den Umstand, dass der Beschwerdeführer lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben könne, als lohnmindernden Faktor (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) und gewährte einen leidensbedingten Abzug von 10 % (vgl. Urk. 2 S. 2; Urk. 7/81 S. 2). Dies erscheint unter Berücksichtigung des gesamten Belastungsprofils als angemessen. Gründe, welche einen höheren Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht geltend gemacht. So ist insbesondere darauf hinzuweisen, dass die 75%ige Arbeitsfähigkeit gemäss der Beurteilung des A.\_\_\_\_ vollschichtig mit vermehrtem Pausenbedarf umsetzbar ist, weshalb wegen Teilzeitarbeit kein Abzug vorzunehmen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_740/2014 vom 11. Februar 2015 E. 4.5 und 8C\_7/2015 vom 27. April 2015 E. 5.2.3). Damit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 44'791.-- (49'768.-- x 0.90).

#### **E. 7.4**

Wird das Valideneinkommen von Fr. 47'507.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 44'791.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'716.-- und somit ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 6 % (5.7 %, vgl. hierzu BGE 130 V 121). Die Beschwerdegegnerin hob den Rentenanspruch des Beschwerdeführers daher – in Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vorstehend E. 1.3) - zu Recht auf.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 8**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 Meierhans

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