

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00075 vom 19. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00075

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00075 du 19 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00075 del 19 giugno 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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz 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 aus geglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

E. 1.03

20

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in 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. 1.4

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 11. 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. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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

Gegen die Verfügung vom 3. Dezember 2015 (Urk. 2) liess X. ___ am 15. Januar 2016 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen (S. 2), es sei die Verfügung aufzuheben und ihm weiterhin die bisherige Rente auszurichten. Eventuell sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und eine neue polydisziplinäre Abklärung in Auftrag zu geben. Subeventuell sei die Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, das gesetzliche Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu initialisieren. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 16. Februar 2016 (Beschwerdeantwort Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde. Am 8. März 2016 nahm der Beschwerdeführer zur Beschwerdeantwort Stellung (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete in der Folge mit Eingabe vom 24. März 2016 auf das Einreichen einer weiteren Stellungnahme (Urk. 14), wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. März 2016 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle stützte sich bei der Einstellung der Invalidenrente mit Verfügung vom 3. Dezember 2015 (Urk. 2) auf die Angaben im Y. ___-Gutachten vom 6. Juli 2015 und

fürten hierzu aus, der Gesundheitszustand habe sich laut den Ausführungen der Gutachter deutlich verbessert. Die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht seit dem Jahr 2004 und auch weiterhin nicht mehr zumutbar. Für eine leichte angepasste Tätigkeit bestehe jedoch seit Mai 2015 eine volle Arbeitsfähigkeit. Es ergebe sich ein Invaliditätsgrad, der unter der rentenbegründenden Schwelle von 40 % liege. Zu dem äusserte sich die Beschwerdegegnerin zu den Einwendungen des behandelnden Rheumatologen zum Gutachten.

In der Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2016 (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, es werde im Y. ___-Gutachten vom 6. Juli 2015 explizit festgehalten, dass insgesamt von einer objektiven Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei. Im Gegensatz zur letzten Begutachtung im Jahr 2005 habe anlässlich der im Rahmen des Y. ___-Gutachtens erfolgten neurologischen Untersuchung kein lumboradikuläres Reizsyndrom mehr festgestellt werden können. Zudem habe auch ein Vergleich der objektivierbaren Befunde der muskuloskelettalen Strukturen gezeigt, dass sich in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung ergeben habe (Ziff. 2). Es sei weiter hervorzuheben, dass auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich revisionsrechtlich von Bedeutung sein könnten. Dazu gehöre die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Dies sei vorliegend ebenfalls der Fall. So zeige der verbesserte Finger-Boden-Abstand eine verbesserte Beweglichkeit. Zudem liessen auch die vom Beschwerdeführer geschilderten Freizeitaktivitäten mit täglichen Spaziergängen, Gartenarbeiten sowie dem Unterhalt eines kleinen Landwirtschaftsbetriebs klar auf eine im Vergleich zu früher verbesserte Arbeitsfähigkeit schliessen. Damit wäre auch bei einem an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustand ein Revisionsgrund gegeben (Ziff. 3). Schliesslich könne beim über 55-jährigen Beschwerdeführer ausnahmsweise von der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen abgesehen werden, da er fortwährend in einem 20%-Pensum gearbeitet habe, womit keine arbeitsmarktliche Desintegration bestehe. Es könne deshalb davon ausgegangen werden, dass die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit trotz des fortgeschrittenen Alters auf dem Weg der Selbsteingliederung erfolgen könne (Ziff. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt der Renteneinstellung in seiner Beschwerde vom 15. Januar 2016 (Urk. 1) im Wesentlichen entgegen, dass auf das Y. ___-Gutachten vom 6. Juli 2015 nicht abgestellt werden könne. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die Beanstandungen des behandelnden Rheumatologen. Zu dem stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass die Y. ___-Gutachter auch keine wesentliche Verbesserung hätten aufzeigen können (S. 4 ff.).

Im Weiteren bemängelt er eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, da er trotz laufender Rechtsmittelfrist keine Kopie des Antwortschreibens der RAD-Ärztin vom 28. Dezember 2015 an den behandelnden Rheumatologen erhalten habe (S. 3).

Schliesslich rügte der Beschwerdeführer, dass kein gesetzliches Mahn- und Belegverfahren durchgeführt worden sei (S. 6).

Mit Stellungnahme vom 8. März 2016 (Urk. 11) liess der Beschwerdeführer zu dem geltend machen, seine Schwiegermutter halte ein paar Hühner und Schafe. Selbstverständlich könne dabei noch nicht von einem Landwirtschaftsbetrieb gesprochen werden, zumal auch das

Futter bloss eingekauft werde. Es müsse zudem nochmals betont werden, dass er die Schwiegermutter bei der Fütterung unterstütze. Durch diese Hilfeleistungen wie auch seine 20%ige Hilfsarbeitertätigkeit habe er aber seine noch vorhandenen Ressourcen vollständig aufgebraucht. Es habe sich weder die medizinische noch die tatsächliche Situation verändert, weshalb er weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente habe. Die zusammen mit der Ehefrau ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsdienst hätte er alleine nicht erhalten. Er werde aufgrund seines fortgeschrittenen Alters und der somatischen Beschwerden sowie der langjährigen Abstinenz von einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht alleine eine Tätigkeit finden können und schon gar keine Stelle im Vollpensum erhalten. Es könne und dürfe deshalb nicht von einem Ausnahmefall gesprochen werden, weshalb die Beschwerde gegnerin immerhin anzuhalten sei, zuerst Eingliederungsmassnahmen zu initiieren.

E. 3.1

Der Zuspreehung einer Dreiviertelsrente mit Verfügung vom 4. November 2005 lag im Wesentlichen das Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädie FMH, vom 1. Mai 2005 (Urk. 8/22) zugrunde. Dr. Z.____ nannte damals die folgenden Diagnosen (S. 9): 1. Lumboradikuläres Reizsyndrom L5/S1 links bei: - Status nach Diskushernienentfernung, partieller Laminektomie und Fascetten - bereinigung L5/S1 links, KSW 0

E. 3.2

Der behandelnde Rheumatologe Dr. A.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle ein erstes Mal am 27. Februar 2006 im Rahmen des damaligen Rentenrevisionsverfahrens (Urk. 8/39/3-4). Er diagnostizierte ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei Diskushernienrezidiv auf Höhe L5/S1 links und einem Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links am 1. März 2004 mit deutlicher Fussenkenschwäche links sowie ein chronisches cervicospondylogenes Syndrom bei Fehlform/Fehlhaltung mit muskulärer Dysbalance. Dr. A.____ gab an, die Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit sei allseits um gut dreiviertel eingeschränkt; endphasig sei die Extension stark schmerzhaft. Der Finger-Boden-Abstand (FBA) betrage vorne 49 Zentimeter. Es bestehe zudem eine Dysfunktion im Bereich der oberen und unteren Halswirbelsäule mit ausgeprägter muskulärer Dysbalance. Aus neurologischer Sicht sei der ASR links abgeschwächt. Es bestehe links eine Fussenkenschwäche sowie eine Hypästhesie im Bereich des Dermatomes S1 links. Der BSR sei symmetrisch. Er gab zudem an, die Restarbeitsfähigkeit habe sich seit dem 1. Juni 2005 deutlich reduziert. Die radikuläre Komponente S1 links habe beim bekannten Diskushernienrezidiv zugenommen.

Nach Rückfrage der IV-Stelle betreffend die Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 8/42/4) gab Dr. A.____ im Bericht vom 10. April 2006 (Urk. 8/42/3) an, die radikuläre Komponente nach Diskushernienrezidiv im linken Bein habe sich leider verstärkt und auch die Dysfunktion im Bereich der mittleren/unteren Halswirbelsäule habe zugenommen. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne von einer Reduktion der Restarbeitsfähigkeit von 50 % auf maximal 25 % ausgegangen werden.

E. 3.3

Im Bericht vom 3. Mai 2010 (Urk. 8/55/5-6) nannte Dr. A.____ ein chronisches sensomotorisches lumboradikuläres Reizsyndrom der Wurzel S1 links bei Diskushernienrezidiv auf Höhe L5/S1 links und einem Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links am 1. März 2004 mit deutlicher Fussenkenschwäche links sowie ein

chronisches cervicospondylogenes Syndrom bei Fehlform/Fehlhaltung mit muskulärer Dysbalance. Dr. A. ___ gab an, die Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit sei allseits um gut dreiviertel vermindert; endphasig sei die Extension stark schmerzhaft. Der FBA betrage vorn 51 Zentimeter. Es bestehe zudem eine Dysfunktion im Bereich der oberen und unteren Halswirbelsäule mit deutlicher muskulärer Dysbalance beidseits. Aus neurologischer Sicht sei der ASR links abgeschwächt. Es bestehe eine Hypästhesie im Bereich des Dermatomes S1 links. Der PSR sei symmetrisch.

E. 3.4

Im Bericht vom 8. August 2014 (Urk. 8/66/1-2) nannte Dr. A. ___ im Wesentlichen dieselben Diagnosen und Befunde wie in den Vorberichten. Er gab an, aufgrund der nach wie vor bestehenden, in letzter Zeit eher zunehmenden Beschwerden sei eine Teilzeittätigkeit auch im Rahmen einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit aktuell nicht möglich.

E. 04

- keine para median links gelegener Rezidivhernie mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 links - hypertrophe Spondylarthroseveränderungen Segment L4/5 und L5/S1 - leichtgradige Osteochondrose mit Fibulovaskulärer Endplattenveränderung L5/S1 rechts ventral - residuelle laterale Fussrand- und Grosszehenheberschwäche links - residuelle Muskelatrophie Extensor digitorum brevis, Tibialis anterior, Peronealgruppe, Quadricepsmuskel Bein links 2. Cervikozephalisches Syndrom links mit: - funktionellen Überlastungszeichen an der linken und oberen Halswirbelsäule (HWS) sowie an der Suboccipitalmuskulatur linksbetont - altersentsprechender radiologischer Darstellung der HWS - fehlenden klinischen neurologischen Symptomen an der oberen Extremität

Dr. Z. ___ gab an, die subjektiven unteren Kreuzschmerzen mit Schmerzen aber auch dysästhetischen Empfindungen im linken Bein, vor allem am linken Fussrand aber auch am medialen Fussrand bis zur Grosszehe zeigten in der Klinik einen reproduzierbaren positiven Lasègue-Test mit typischer Schmerzausstrahlung in die Grosszehe aber auch den lateralen Fussrand. Als objektive klinische Befunde zeigten sich ein fehlender ASR-Reflex links und eine Kennmuskelatrophie für das Segment L5/S1 links im Bereich des Extensor digitorum brevis (L5) und der Peronealloge (S1). Betroffen seien auch der Tibialis anterior sowie der Quadricepsmuskel. Aus objektiver Sicht lasse sich im Segment L4/5 keine Kompression des Segmentnervs festhalten, so dass dieser Befund wohl eher sekundärer Natur sei. Im MRI zeige sich im Segment L4/5 aber auch L5/S1 eine hypertrophe Spondylarthrose als objektivierbare Schmerzursache, vor allem bei Reklinationsbewegungen, wie der Versicherte bei der klinischen Untersuchung auch angegeben habe (S. 9 f.). Die aktuell als Hauptbeschwerden angegebenen Kopfschmerzen aus dem Nacken heraus entsprächen typischen Spannungskopfschmerzen. Es fänden sich typische funktionelle Überlastungszeichen im Sinne der manuellen Medizin, in der mittleren / oberen Halswirbelsäule so wie an den kurzen Suboccipitalmuskeln, die verhärtet und druckempfindlich seien. Durch Provokation in diesem Bereich lasse sich der Spannungskopfschmerz in seiner typischen Ausprägung auslösen. Es fänden sich sonst klinisch an der Halswirbelsäule keine wesentlichen strukturellen Veränderungen oder Einschränkungen (S. 10).

Aufgrund der Befunde L4/5 aber vor allem auch L5/S1 in Klinik und MRI nach dem Wirbelsäuleneingriff vom 1. März 2004 sei die geschilderte 100%ige Leis

tungseinschränkung im Beruf als Bauarbeiter nachvollziehbar (S. 10). Tätigkeiten mit wechselnder Arbeitsposition und in weitgehend eigenbestimmtem Rhythmus ohne schweres Heben und Tragen in normaler sitzender oder stehender Körperposition, ohne Vorbeugehaltung, ohne Treppen- und Leiternsteigen und ohne grosse Anforderungen an Gehdistanzen sowie ohne hoch differenzierte Sprachanforderungen seien aktuell zu 50 %, halbtags möglich (S. 11 f.). Dies sei steigerbar, abhängig davon, ob eine gut angepasste Tätigkeit gefunden und ein Ausweichen sowie eine Beschwerdechronifizierung über den sekundären Krankheitsgewinn vermieden werden könne (S. 12).

E. 4

Anlass für die Rentenaufhebung war das Y.____-Gutachten vom 6. Juli 2015 (Urk. 8/80/2-28), für das Dr. med. B.____, Fallführung FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. E.____, FMH Neurologie, verantwortlich zeichneten. Sie nannten in ihrer Expertise die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23): 1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, aktuell ohne anamnestische Angaben einer ausstrahlenden Symptomatik - degenerative Veränderungen im Segment Lendenwirbelkörper (LWK) 5/ Sakralwirbelkörper (SWK) 1 mit Osteochondrose und Spondylarthrose - Status nach Diskushernien-Operation LWK5/SWK1 links am 01.03.2004 2.

Zervikovertebrales Schmerzsyndrom, anamnestisch mit Ausstrahlungen ins Okziput - moderate degenerative Veränderungen im Sinne von Unkarthrosen

Zudem gaben sie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an (S. 24): 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 2. Intermittierende Spannungskopfschmerzen

Die Gutachter gaben an, der Beschwerdeführer leide an chronischen Rückenschmerzen. Bezüglich anderer, insbesondere internistischer Leiden sei die Anamnese bland. Es seien zudem durchwegs unauffällige Befunde im allgemeinen internistischen Status gefunden worden. Alle Laborwerte hätten im Normbereich gelegen. Eine allgemeininternistische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei aus allgemeininternistischer Sicht nicht beeinträchtigt (S. 7 f.). Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es könne ausser der chronischen Schmerzstörung keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität oder schwere, chronische körperliche Begleiterkrankungen lägen nicht vor. Es lasse sich kein ausgeprägter sozialer Rückzug feststellen. Dass alle therapeutischen Bemühungen scheiterten, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen (S. 11 f.).

Der Beschwerdeführer berichtete den Gutachtern, dass er von Januar 2006 bis August 2009 in der Reinigung bei der F.____ gearbeitet habe. Seither sei er beim G.____ mit einem 20%-Pensum angestellt. Es handle sich dabei eigentlich um eine 50%-Stelle, die er mit seiner Frau zusammen habe. Er mache die leichteren Reinigungsarbeiten wie Küche aufräumen und Geschirr versorgen und seine Ehefrau helfe bei den schwereren Arbeiten (S. 6 und 24).

Bei der orthopädischen Untersuchung fokussierten sich die aktuellen Beschwerden auf den lumbosakralen Bereich. Diese seien nach Angabe des Beschwerdeführers belastungsabhängig. So führe auch die Teilzeittätigkeit im Reinigungsdienst jeweils zu verstärkten Schmerzen. Daneben habe der Beschwerdeführer über häufige Kopfschmerzen berichtet, die seines Erachtens vom Nacken ausgingen (S. 16). Neben seinen beruflichen Aktivitäten führe er gemäss eigenen Angaben hobbymässig einen kleinen Landwirtschaftsbetrieb und seine Schilдерungen über den Alltag liessen erahnen, dass er insgesamt regelmässig körperlich zumindest leichteren Aktivitäten nachgehe.

Spezifische Behandlungsmassnahmen würden seit längerem nicht mehr durchgeführt, nachdem frühere Serien mit Physiotherapie keine anhaltende Wirkung gebracht hätten. Der Beschwerdeführer habe über intermittierende Spritzen berichtet, die ihm vom behandelnden Rheumatologen appliziert würden. Daneben habe er mehrere Antirheumatika zur Verfügung, die er gemäss eigenen Aussagen intermittierend einsetze, im Zeitpunkt der Untersuchung zuletzt wahrscheinlich vor zwei Tagen.

Bei der orthopädischen Begutachtung ergaben sich unter anderem folgende Befunde: Das Gangbild auf Treppe und ebenem Terrain wirkt teilweise etwas steif, sei vom Ablauf her aber korrekt. Auch die extensiv-nahen Gangvarianten gelangen korrekt, wenngleich der Beschwerdeführer gewisse koordinative Schwierigkeiten bekundet. Er vermochte auch eine tiefe Hocke einzunehmen und macht mehrere Schritte im Kauergang, die zwar beschwerlich wirken. Dennoch erkannte der orthopädische Gutachter bereits zu Beginn der Untersuchung eine global noch gut erhaltene Belastungsfähigkeit der unteren Körperhälfte (S. 16).

Bei der Detailuntersuchung des Rumpfes habe sich eine deutliche Selbstlimitation gezeigt. So habe der Beschwerdeführer den Oberkörper beim Messen des FBA anfangs nur leicht nach vorne gebeugt, so dass sich ein Wert von mehr als 50 Zentimeter ergeben habe. Nach wiederholter Motivation habe er dann im Stehen wenigstens einen Wert von 42 Zentimeter erreichen können. Im Langsitz habe sich dies allerdings stark relativiert, indem es dem Beschwerdeführer möglich gewesen sei, bei gestreckten Beinen die Fingerspitzen bis auf Malleolenhöhe zu führen, was einem relativen FBA von weniger als 10 Zentimetern entspreche. Auch in den übrigen Ebenen habe der Beschwerdeführer die Bewegungen bei fokussierten Untersuchungen vorsichtig mit wiederholtem Verweis auf lumbale Rückenschmerzen durchgeführt. Die spontanen Bewegungsabläufe seien aber unauffällig gewesen, was sich wiederholt bei den Transfers auf dem Untersuchungstisch gezeigt habe. Auch die ausgiebige Palpation des Rückens habe unter gleichzeitiger Ablenkung nicht zu erkennbaren Schmerzäusserungen bei nach wie vor sehr schön konfigurierter Muskulatur geführt. Die Bewegungen des Kopfes gelängen bei gleichzeitiger Ablenkung in alle Richtungen frei und die gut entwickelte Nackenmuskulatur zeige keine Verhärtungen. Auffallend seien die deutlichen Gebrauchspuren beider Handflächen mit fokalen Schwielen und einer insgesamt derben Haut, was auf erhebliche manuelle Aktivitäten in jüngster Zeit hinweise (S. 16 f.).

Neu angefertigte Röntgenbilder der Hals- und Lendenwirbelsäule hätten über durchschnittliche degenerative Veränderungen lediglich im Segment LWK5/ SWK1 gezeigt, wo vor gut zehn Jahren aufgrund einer Diskushernie eine entsprechende Operation erfolgt sei. Die übrigen Alternationen seien moderaten Ausmasses und insgesamt als altersentsprechend anzusehen.

Zusammenfassend hätten sich bei der orthopädischen Untersuchung vor allem an der Lendenwirbelsäule und in geringem Ausmass auch an der Halswirbelsäule pathologische Befunde objektivieren lassen. Diese vermöchten eine etwas verminderte Belastbarkeit in diesem Bereich zu begründen, was sich aber nur bei körperlich belastenden Aktivitäten limitierend auswirke (S. 17).

Laut der neurologischen Beurteilung berichtete der Beschwerdeführer über einen lumbalen Schmerz beim Lasègue-Manöver bei zirka 45°. Der Langsitz sei jedoch gut durchführbar (S. 22). Es bestehe somit ein Pseudo-Lasègue im Sinne eines positiven Waddell-Zeichens (S. 23). Beim Aufrichten aus dem Liegen sei kein rüchenschonendes Verhalten erkennbar. Es finde sich eine Reflexasymmetrie zu Ungunsten von links, was auf eine S1-Symptomatik hinweisen könnte. Entsprechend mache der Beschwerdeführer auch Angaben über eine besonders stark ausgeprägte Sensibilitätsminderung im Dermatome S1 links. Es werde jedoch die Sensibilität am ganzen linken Bein als deutlich vermindert beschrieben, so dass die Befunde insgesamt schwierig einzuordnen seien. Neuromyographisch fänden sich Hinweise auf einen diskreten neurogenen Umbau im Myotom L5 im Sinne einer residuellen Schädigung. Frische Denervationszeichen liessen sich jedoch weder im Myotom L5 noch S1 nachweisen (S. 22).

Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht davon ausgegangen werden, dass ein leichtes subklinisches residuelles Ausfallsyndrom L5 links vorhanden sei. Eine relevante Fussheberparese sei allerdings im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr vorhanden. Die Befunde liessen darauf schliessen, dass sich der Beschwerdeführer körperlich deutlich stärker belaste als er zugebe (S. 23).

Die Gutachter führten weiter aus, Dr. Z.____ habe ein lumboradikuläres Reizsyndrom L5/S1 angegeben, das bei der heutigen neurologischen Untersuchung nicht mehr vorhanden gewesen sei. Der damalige Befund sei bei der aktuellen Untersuchung nicht reproduzierbar. Es bestehe im Gegenteil ein Pseudo-Lasègue im Sinne eines positiven Waddell-Zeichens. Der ASR sei links weiterhin vermindert und es finde sich eine diskrete Störung der muskulären Trophik am linken Unterschenkel. Es handle sich um einen residuellen Befund, der keine akute Reizsymptomatik erklären würde. Aus neurologischer Sicht seien die Feststellungen im Gutachten des Orthopäden nicht nachvollziehbar (S. 23). An anderer Stelle gaben die Gutachter an, offenbar hätten natürliche Heilungsprozesse, wie dies in der Regel der Fall sei, zu einer Besserung geführt (S. 25). Bezüglich der Rumpfbeweglichkeit hätten sich bei der Untersuchung durch Dr. Z.____ noch deutlich grössere Einschränkungen ergeben, als heute erkennbar seien. Es könne somit von einer objektiven Verbesserung des Zustandsbildes ausgegangen werden (S. 18). Mit Sicherheit sei die gutachterliche Einschätzung spätestens ab Mai 2015 zu bestätigen (S. 25).

Zusammenfassend sei der 58-jährige Beschwerdeführer für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100% arbeits- und leistungsfähig. Für die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit bestehe andauernd eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 26).

Subjektiv berichte der Beschwerdeführer über seit Jahren weitgehend identische Beschwerdebilder, was auf einen unveränderten Gesundheitszustand hindeuten könnte. Wenn man aber die objektivierbaren Befunde der muskuloskeletalen Strukturen vergleiche, dann habe sich in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung ergeben. Dies zeige sich am besten beim relativen FBA, der bei gleichzeitiger Ablenkung nur noch 10

Zentimeter betrage, nachdem früher Werte über 50 Zentimeter dokumentiert worden seien. Mittlerweile bestehe so mit einer Rumpfbeweglichkeit, die für die Alterskategorie des Beschwerdeführers als gut bezeichnet werden könne. In Anbetracht seiner Angaben über den Ablauf des Alltags habe sich der Beschwerdeführer über die Jahre offensichtlich auch gut an die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen adaptieren können. Die von ihm geschilderten Aktivitäten entsprächen in etwa einem Ganztagespensum in einer körperlich leichten Tätigkeit, wie dies von Dr. Z.____ bereits in seiner Begutachtung im Jahr 2005 als realistisch erachtet worden sei (S. 26).

E. 5.1

Bei der Prüfung des Eintritts einer anspruchserheblichen Änderung stellt sich zunächst die Frage nach der massgebenden zeitlichen Vergleichsbasis, da seit der Rentenzusprechung mit Verfügung vom 4. November 2005 zwei abgeschlossene Rentenrevisionsverfahren stattgefunden haben (vgl. hievore E. 1.4). Anlass für das bereits Anfang 2006 eingeleitete erste Revisionsverfahren war der Antritt einer Teilzeitstelle. Die IV-Stelle holte damals erwerbliche Unterlagen (Urk. 8/36, Urk. 8/38 und Urk. 8/40) und Berichte beim behandelnden Rheumatologen Dr. A.____ ein, der eine Verschlechterung und Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 25 % in angepasster Tätigkeit attestierte (E. 3.2). Die IV-Stelle traf indes keine weiteren Abklärungen und ging einzig gestützt auf eine kurze Stellungnahme ihres RAD davon aus, dass keine wesentliche Verschlechterung eingetreten sei (Urk. 8/45 S. 2). Zudem nahm sie damals auch keinen neuen Einkommensvergleich vor, so dass die Mitteilung vom 11. August 2006, die das Rentenrevisionsverfahren mit dem Hinweis abschloss, es sei bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden, die sich auf die Rente auswirke (Urk. 8/46), als zeitliche Vergleichsbasis nicht in Frage kommt. Nach Lage der Akten ging auch der Bestätigung eines unveränderten Rentenanspruchs mit Mitteilung vom 25. Mai 2010 (Urk. 8/58) keine rechtskonforme

Abklärung und Beweiswürdigung namentlich des massgebenden medizinischen Sachverhalts voraus, holte die IV-Stelle damals doch einzig kurze Berichte bei den behandelnden Ärzten ein (Urk. 8/54 und Urk. 8/55/5-6) und nahm hernach aus versicherungsmedizinischer Sicht wiederum einen stationären Gesundheitszustand an (Urk. 8/57 S. 2; vgl. BGE 133 V 108 und Urteil des Bundesgerichts 9C_46/2009 vom 14. August 2009 E. 3.1).

Vergleichsbasis für eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG bildet somit die Rentenzusprechung mit Verfügung vom 4. November 2005.

E. 5.2

Für die Beantwortung der Frage, ob eine für den Anspruch relevante Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist, kann auf das Gutachten des Y.____ vom 6. Juli 2015 abgestellt werden, das nach den notwendigen Untersuchungen in allen gemeinmedizinischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Hinsichten und in Kenntnis der medizinischen Aktenlage zustande kam, nachvollziehbar begründet ist und sämtlichen erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise entspricht (vgl. E. 1.5). So ist es namentlich für die streitigen Belange umfassend und beantwortet die relevanten Fragen nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und einer Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprechung einleuchtend.

E. 5.3

Der behandelnde Rheumatologe Dr. A. ___ kritisierte das Y. ___-Gutachten mit Schreiben vom 7. Oktober (Urk. 8/89) und 16. Dezember 2015 (Urk. 8/96). Der Grundstein hierfür legte offenbar

der Vorhalt

des orthopädischen Gutachters, wonach der Eindruck entstehe, dass Dr. A. ___ angesichts der tatsächlich praktizierten ausserhäuslichen Tätigkeit im Umfang von 20 % und der Gebrauchsspuren an den Händen beim Attest einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen auf die Selbsteinschätzungen des Beschwerdeführers abgestellt habe. An derselben Stelle gab der orthopädische Gutachter an, es könne aber wiederum auch eine objektivierbare Verbesserung bei den klinischen Befunden am Rücken gestellt werden und zwar namentlich mit Bezug auf den vom Beschwerdeführer erreichten

FBA-Wert von 10 Zentimetern, der für seine Alterskategorie als guter Wert bezeichnet werden könne (Urk. 8/80/2-28 S. 18). Diese Ausführungen nahm Dr. A. ___ in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2015 (Urk. 8/89) zum Anlass, einerseits die von ihm attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit damit zu rechtfertigen, dass es die vom Beschwerdeführer zusammen mit der Ehefrau ausgeübte 20%-Beschäftigung in der Raumpflege auf dem Arbeitsmarkt in Tat und Wahrheit gar nicht gebe. Andererseits kritisierte er die Messung des FBA durch den orthopädischen Gutachter. Er gab unter anderem an, diesem scheine in der Ausbildung entgangen zu sein, dass der FBA von der Hüftbeweglichkeit abhängig sei und durch Motivation bei Patienten mit normalen Hüftgelenken leicht reduziert werden könne, ohne dass dies als Beweis für eine objektivierbare Verbesserung des Rückens gewertet werden könnte. Diese Bemerkung veranlasste den RAD-Arzt Dr. med. H. ___, Chirurgie und Traumatologie, Dr. A. ___ in seiner Stellungnahme vom 30. November 2015 das Studium der einschlägigen Fachliteratur zu empfehlen (Urk. 8/92 S. 2). Dr. A. ___ reagierte nach Verfügungserlass am 16. Dezember 2015 erneut (Urk. 8/96) und bemängelte unter anderem, einen FBA von unter 10 Zentimetern habe beim Beschwerdeführer mit 150%iger Sicherheit nie objektiviert werden können. Er habe null Verständnis dafür, dass Renten mit derartigen problematischen, undifferenzierten, ja unseriösen Gutachten gekippt würden.

E. 5.4

Vorwegzuschicken ist, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes jeden falls nicht einzig mit einer Verbesserung des FBA begründet werden kann. Dies taten auch die Gutachter des Y. ___ nicht. Auf der anderen Seite kommt der Beweglichkeit des Rückens bei der Beurteilung der rückenbedingten Einschränkungen eine wichtige Bedeutung zu, weshalb sich in orthopädischen Gutachten regelmässig entsprechende Ausführungen wie beispielsweise zum FBA, zur Beweglichkeit in den einzelnen Segmenten und auch zum spontanen Bewegungsverhalten finden. Die Y. ___-Gutachter gaben unter anderem an, es sei dem Beschwerdeführer im Langsitz möglich gewesen, bei gestreckten Beinen die Fingerspitzen bis auf Malleolenhöhe zu führen, was einem relativen FBA von weniger als 10 Zentimetern entspreche (Urk. 8/80/2-28 S. 16 f.). Diesem Wert massen die Gutachter eine erhebliche Bedeutung zu, da sie davon ausgingen, dass sich der Beschwerdeführer bei der Vorneigung selbst limitiert habe. Der behandelnde Rheumatologe Dr. A. ___ kann dies offenbar nicht nachvollziehen. Wie es sich damit verhält, muss vorliegend nicht beantwortet werden, da der FBA nicht die einzige gutachterlich festgestellte Verbesserung

der Rumpf beweglichkeit ist. Im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung im Jahr 2004 war eine Vorbeugung nur gerade im Umfang von knapp 10/15 ° möglich. Das Aus- und Ankleiden verlief langsam (8/22 S. 6). Praktisch jegliche Rumpfbewegung war mit Schmerzen verbunden. Bei der Untersuchung im Y.____ beobachtete der orthopädische Gutachter beim Entkleiden wiederholt tiefes Vorneigen des Oberkörpers beim Hantieren an den Füßen (Urk. 8/80/2-28 S. 13). Der Beschwerdeführer nahm mit flüssigen Spontanbewegungen des Rumpfes und ohne erkennbare Einschränkungen die Bauchlage ein. Er drehte sich sodann unauffällig in Rückenlage, ohne erkennbare Schonhaltung des Rumpfes und ohne Einschränkung bei Rotation und Seitenneigung (Urk. 8/80/2-28 S. 14). Die Y.____-Gutachter konnten darüber hinaus bei den erwähnten Spontanbewegungen auch keine Schmerzäusserungen wahrnehmen.

E. 5.5

Nicht vollends deutlich wird, ob der neurologische Gutachter mit Bezug auf die neuromyographisch festgestellte alte residuelle Schädigung lediglich eine andere Beurteilung vornahm als Dr. Z.____ (vgl. die Angabe, wonach aus neurologischer Sicht die Feststellungen im Gutachten von Dr. Z.____ nicht nachvollziehbar seien) oder ob er — wie ebenfalls angegeben — von einer zwischenzeitlichen Heilung ausging. Er begründete seine Annahme, wonach nur noch ein leichtes subklinisches residuelles Ausfallsyndrom L5 links vorhanden sei indes nachvollziehbar. Die Angaben des Beschwerdeführers waren schwierig fassbar (Urk. 8/80/2-28 S. 22). Eine relevante Fussheberparese war im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr vorhanden. Der Langsitz war gut durchführbar. Die Befunde liessen darauf schliessen, dass sich der Beschwerdeführer körperlich deutlich stärker belastete als er zugebe.

Eine gewisse Verbesserung stellten die Gutachter sodann auch mit Bezug auf die Halswirbelsäule fest. Dr. Z.____ beschrieb verhärtete Halswirbelsäulenmuskeln (Urk. 8/22 S. 10). Der orthopädische Gutachter des Y.____ konnte keine tastbaren Verspannungen der gut entwickelten Nackenmuskulatur feststellen (Urk. 8/80/2-18 S. 14).

E. 5.6

Selbst praktisch identisch gebliebene Diagnosen schliessen ferner eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens und da mit der Arbeitsfähigkeit – sei es aufgrund eines objektiv geminderten Schweregrades ein- und desselben Leidens, sei es aufgrund einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person – nicht aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.4 unter Verweis auf Urteil 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012 E. 5.1).

Auch eine solche – vom Gutachter Dr. Z.____ zudem in Aussicht gestellte — Verbesserung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Der Beschwerdeführer konnte im Begutachtungszeitpunkt besser mit den Rückenbeschwerden umgehen – sei es weil er sich daran gewöhnt hatte, sei es weil die Schmerzen nicht mehr im selben Ausmass vorhanden waren.

Im Zeitpunkt der Erstbegutachtung im Jahr 2005 sind nur wenige Aktivitäten wie etwas Mithilfe in der Küche und etwas Gartenarbeit, Unterstützung bei der Kinderbetreuung und gelegentliches Velofahren dokumentiert. Der Beschwerdeführer gab damals erhebliche Funktionseinschränkungen an. So konnte er etwa nur 20 bis 30 Minuten spazieren und ein bis zwei Stunden am Stück liegen (Urk. 8/22 S. 2 und 4). In der Nacht traten regelmässig Parästhesien in den Beinen auf, welche die Nachtruhe störten; zwischen drei und fünf Uhr

sei er regelmäßig wach gewesen. Der Beschwerdeführer war ferner täglich auf ein bis zwei Tabletten Imfamac angewiesen (8/22 S. 2 f.).

Im Zeitpunkt der Y.____-Begutachtung arbeitete der Beschwerdeführer in einem 20%-Pensum in der Reinigung, wobei ihn die Ehefrau bei den schwereren Arbeiten unterstützte (Urk. 8/80/2-28 S. 6). Er half daneben seiner Schwiegermutter bei der Versorgung ihrer Tiere (zwei Gänse, 30 Hühner und fünf Schafe) auf einem rund 40 Aare grossen Grundstück (S. 7 und S. 10; so auch der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 8. März 2016, Urk. 11), machte täglich ausgedehnte Spaziergänge von ein bis zwei Stunden mit dem kürzlich verstorbenen Hund der Schwiegermutter und erwog, sich zur künftigen Begleitung einen eigenen Hund anzuschaffen. Zudem hatte er mit der Ehefrau zusammen einen Garten mit Salat und Blumen. Er verrichtete zu Hause nach wie vor Küchenarbeiten und fuhr die Kinder am Morgen zum Bahnhof. Er litt nur noch unter leichten schmerzbedingten Schlafstörungen (S. 10 und S. 11) und griff auch nur noch bei Bedarf auf Antirheumatika zurück, zuletzt etwa zwei Tage vor der Untersuchung (S. 13 und 16).

Eine anspruchserhebliche Verbesserung ist damit ausgewiesen, und es ist auf die von den Y.____-Gutachtern attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis selten mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit abzustellen. Die vom behandelnden Rheumatologen hiegegen vorgebrachten Einwendungen und anderslautenden Einschätzungen vermögen die Beweiswertigkeit des Y.____-Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008

IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Kommt hinzu, dass die in emotionalem Stil gehaltenen und von grossem Engagement zeugenden Eingaben von Dr. A.____ eine gewisse Objektivität vermissen lassen und die von ihm attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten in Anbetracht der vom Beschwerdeführer geschilderten erwerblichen und anderen Aktivitäten nicht zu überzeugen vermag. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer darum bemüht war, weiterhin aktiv zu bleiben.

E. 6.1

Die Gutachter diagnostizierten aus psychiatrischer Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (zur Abgrenzung zu einer somatoformen Schmerzstörung, bei der ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2 und 8C_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 4.2). Der psychiatrische Gutachter des Y.____

schrrieb der Schmerzstörung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu. Bei dieser Ausgangslage bestehen gewichtige Indizien dafür, dass der für eine invalidisierende Gesundheitsschädigung erforderliche Schweregrad der Schmerzstörung nicht erreicht wurde respektive wird (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1 mit Hinweis).

Gleichwohl ist die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich (vgl. das vorgenannte Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016

E. 4.1 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Die Prüfung der Standardindikatoren ist vorliegend mit den vorhandenen Akten und namentlich der Expertise des Y. ___ vom 6. Juli 2015 möglich, weshalb – ob wohl das Gutachten nach alten Verfahrensstandard eingeholt wurde – keine weiteren Abklärungen angezeigt sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 zur intertemporalen Rechtslage).

E. 6.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

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

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 6.3

Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ erhob der Psychiater abge sehen von der psychischen Überlagerung der geklagten Beschwerden einen unauffälligen psychischen Befund. Der Beschwerdeführer war auch nie in psy chiatischer oder psychologischer Behandlung (Urk. 8/80/2-28 S. 11). Eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung liegt nicht vor. Es besteht eine Komorbidität mit Bezug auf die degenerativen Veränderungen mit entspre chenden Einschränkungen an der Wirbelsäule. Der Beschwerdeführer gab zwar an, von p hysiotherapeutischen Behandlungen nicht längerfristig profitiert zu haben. Insgesamt scheint er mit den Rückenbeschwerden aber im Begutach tungszeitpunkt besser zu Recht gekommen zu sein als im Zeitpunkt der Renten zu sprechung .

Der Beschwerdeführer verfügt über gute Ressourcen. Er wird durch seine Fami lie unterstützt und hat zusammen mit seiner Ehefrau ohne fremde Hilfe eine neue Anstellung gefunden. Der Beschwerdeführer ging bis kurz vor der Begut achtung täglich ausgedehnt mit dem Hund spazieren, unterstützte die Schwie germutter bei der Versorgung ihrer Tiere und traf sich regelmässig mit zahlrei chen Kollegen und Bekannten (Urk. 8/80/2-28 S. 11 und 13). Einschränkend wirken sich die subjektive Krankheitsüberzeugung und der Umstand aus, dass der Beschwerdeführer darunter leidet, seine angestammte Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr ausüben zu können (Urk. 8/80/2-28 S. 11).

Der Beschwerdeführer verharrt nicht in passivem Verhalten. Er hält sich aktiv, konnte aber bislang die vorhandenen Ressourcen in seinem privaten Leben besser umsetzen als in einer Erwerbstätigkeit. Insofern muss eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen verneint werden. Mit Bezug auf den Erwerbsbereich führte der Beschwerdefüh rer über Jahre hinweg eine rund 20%igen Erwerbstätigkeit aus. Es ist nicht do kumentiert, dass er – erfolglos – versuchte, die Erwerbstätigkeit auszubauen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die einschlägigen Indikatoren nicht in ausgesprochener Weise gegeben sind, weshalb massgebliche Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit zu verneinen sind, wie dies bereits der psychiatrische Gutachter tat .

E. 7

Zu keinen besonderen Bemerkungen Anlass gibt der unbestritten gebliebene Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin, der unter Beizug der vom Bun desamt für Statistik herausgegebenen schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012, hochgerechnet auf das Jahr 2015, zustande kam (vgl. der Einkom mensvergleich auf dem Feststellungsblatt vom 19. August 2015, Urk. 8/81). Aus dem Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 74'536.89 mit dem – nach Vor nahme eines 10 %igen Leidensabzugs (vgl. hiezu BGE 126 V 75) – errechneten Invalideneinkommen von Fr. 59'959.35 resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 %, der unter der rentenbegründenden Schwelle von 40 % liegt.

E. 8

Jahre alt. Er fällt damit unter den vom Bundesgericht bes onders geschützten Bezügerkreis . Der Beschwerdeführer bezog im Zeitpunkt der Renteneinstellung seit über zehn Jahren eine Dreiviertelsrente ausgehend von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit

(vgl. vorstehend E. 3.1). Es gelang ihm zwar während des Rentenbezugs zusammen mit seiner Ehefrau

zweimal eine neue Teilzeitanstellung in der Reinigungsbranche zu finden (zuletzt war er in einem zirka 20%-Pensum tätig, Urk. 8/80/2-28 S. 6, 13 und 24), weshalb nicht von einer vollständigen arbeitsmarktlichen Desintegration auszugehen ist. Es gibt indes keine Anhaltspunkte, wonach der Ausbau der aktuellen Stelle auf ein 100%-Pensum möglich wäre, zumal die Anforderungen an diese Tätigkeit das von den Y.___-Gutachtern formulierte Belastungsprofil wahrscheinlich teilweise auch überschreiten (vgl. die diesbezügliche Angabe im Y.___-Gutachten, Urk. 8/80/ 2-28 S. 18). Der Beschwerdeführer hat in der Schweiz als Hilfsarbeiter in der Landwirtschaft und von 1995 bis zum Eintritt der Invalidität als Bauarbeiter gearbeitet (Urk. 8/16). Eine besonders breite Ausbildung und Berufserfahrung (vgl. Bundesgerichtsurteil 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2 ; vgl. Urk.), die er in einer angepassten Tätigkeit verwerten könnte, oder eine besondere Agilität im Berufsleben sind

somit ebenfalls nicht gegeben. Klare Anhaltspunkte dafür, dass die Verwertung des grundsätzlich vorhandenen Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung des Beschwerdeführers möglich ist, sind demnach im Lichte der vorhandenen Akten nicht gegeben. Die IV-Stelle wird bei ihren Abklärungen indes zu beachten haben, dass es laut einem Eintrag auf der Internetseite der I.___ Hinweise dafür gibt, dass der Beschwerdeführer zurzeit eine Tätigkeit als Sigrist inne hat, wobei er vorübergehend krankheitshalber nicht im Dienst zu sein scheint. Der Beschwerdeführer wird im Rahmen der Abklärungen hierzu zu befragen sein.

E. 8.1

Nach ständiger Rechtsprechung ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit kann unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden. Es können im Einzelfall jedoch Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wieder gewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist. Insbesondere wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, zieht der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit jedoch kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich (statt vieler Urteile

des Bundesgerichts 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 9C_163/2009 E. 4.1 und 4.2.2). Diese Rechtsprechung findet Anwendung so wohl bei einer revisions- als auch

bei der wiedererwägungsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente, jedoch nur bei versicherten Personen, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_920/2013 vom 20. Mai 2014

E. 4.4 und 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3, publiziert in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, je mit Hinweisen).

Im Einzelfall als unzumutbar erachtet hat das Bundesgericht gemäss der beispielhaften Aufzählung in 8C_597/2014 vom 6. Oktober 2015 (E. 3.2) etwa die Selbsteingliederung insbesondere bei über 20-jährigem Rentenbezug (Urteile 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4; 9C_675/2010 vom 30. November 2010 E. 5.3 und 5.4; 8C_338/2012 vom 28. August 2012 E. 4.2.2; 9C_178/2014 vom 29. Juli 2014 E. 7.2; 9C_68/2015 vom 24. April 2015 E. 5.1) beziehungsweise langer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (Urteile 8C_338/2012 vom 28. August 2012 E. 4.2.2; 9C_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.5; 9C_178/2014 vom 29. Juli 2014 E. 7.2; BGE 141 V 5

E. 4.2.2 S. 8). Umgekehrt hingegen wurde die Zumutbarkeit einer Selbsteingliederung namentlich dann angenommen, wenn die versicherte Person trotz Rentenbezuges regelmässig gearbeitet hatte und da her auch keine arbeitsmarktliche Desintegration bestand (Urteile 9C_315/2011 vom 30. Mai 2011 E. 3.3 i.f.; 8C_586/2014 vom 22.

Dezember 2014 E. 8.2; 9C_661/2014 vom 17. September 2015 E. 3.4; vgl. auch Urteile 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3 i.f.; 8C_39/2012 vom 24.

April 2012 E. 5.2 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_508/2016 vom 21. November 2016 E. 6.2).

E. 8.3

Es bleibt nach dem Gesagten beim Grundsatz, wonach bei Versicherten, die bei Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente das 55. Altersjahr vollendet haben oder die eine Rentenbezugsdauer von mindestens 15 Jahren aufweisen, eine Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist. Für die Annahme eines Ausnahmefalls besteht kein hinreichender Anlass. Daran vermag auch der Hinweis der Y.___-Gutachter, wonach mangels Motivation keine beruflichen Massnahmen zu empfehlen seien (Urk. 8/80/2-28 S. 26), nichts zu ändern. Fehlender Eingliederungsbereitschaft wäre indes mit einem Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu begegnen (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Die Verwaltung hat - die Motivation des Beschwerdeführers vorausgesetzt (Art.

21 Abs. 4 ATSG) - die Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit zu prüfen und die nach den konkreten Umständen sich als unerlässlich herausstellenden Eingliederungsmassnahmen an die Hand zu nehmen, sofern und soweit deren Voraussetzungen erfüllt sind

(Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2015 vom 24. April 2015 E. 5.2). Anschliessend ist über die revisionsweise Aufhebung des Rentenanspruchs neu zu verfügen.

E. 9

Betreffend die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs ist zunächst festzuhalten, dass sowohl das Schreiben von Dr. A.___ vom 16. Dezember 2015 (Urk. 8/96) als auch die Antwort der RAD-Teamleiterin Dr. med. J.___, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 28. Dezember 2015 (Urk.

8/98) nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergingen und insofern nicht zur Begründung derselben herangezogen wurden. Grundsätzlich folgt aus dem Inhalt und der Funktion des Akteneinsichtsrechts als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, dass sämtliche bei weiserheblichen Akten den Beteiligten gezeigt werden müssen, sofern in der sie unmittelbar betreffenden Verfügung darauf abgestellt wird. Denn es gehört zum Kerngehalt des rechtlichen Gehörs, dass die Verfügungsadressaten vor Erlass eines für sie nachteiligen Verwaltungsaktes zum Beweisergebnis Stellung nehmen können. Daraus ergibt sich, dass der Versicherer, welcher neue Akten beizieht, auf die er sich in seiner Verfügung zu stützen gedenkt, grundsätzlich verpflichtet ist, die Beteiligten über den Aktenbeizug zu informieren (BGE 132 V 387 E. 3 mit Hinweisen).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze wurde das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers durch die fehlende Zustellung einer Kopie des Briefes der RAD-Ärztin vom 28. Dezember 2015 nicht verletzt, auch wenn dies – da der Anwalt des Beschwerdeführers auch eine Kopie des Schreibens von Dr. A. ___ vom 16. Dezember 2015 erhalten hatte (Urk. 8/96) – wünschenswert gewesen wäre.

Zudem sprach die RAD-Ärztin den behandelnden Rheumatologen im Schreiben vom 28. Dezember 2015 (Urk. 8/98) persönlich an. Sie bedankte sich für das Engagement und wollte dem unglücklich verlaufenden Schlagabtausch zwischen dem behandelnden Arzt und dem RAD ein Ende setzen. Daneben bemerkte sie zwar auch, dass sie das Gutachten aufgrund der Einwände in den Eingaben von Dr. A. ___ nochmals angesehen habe und die Schlussfolgerung der Gutachter in der Zusammenschau der Befunde gut nachvollziehbar sei. Sie lieferte aber keine eigentliche neue Begründung für die bereits hinreichend begründete Verfügung vom 3. Dezember 2015. Ihre Argumente spiegeln sich auch nicht in der Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2016 wieder (Urk. 7).

Bei dieser Sachlage ist keine Verletzung des rechtlichen Gehörs ersichtlich.

E. 10

.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Vorliegend scheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitssache und der Schwierigkeit des Prozesses eine Prozessentschädigung von

Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 3. Dezember 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,

zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfare. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes 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, zuzu
stellen.

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

E. 10.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsge mäss der
Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

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