

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00170 vom 3. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00170](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00170)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00170 du 3 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00170 del 3 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

). Aus internistischer Sicht habe sich seit der letzten Berichtserstattung nichts geändert. Beim Beschwerdeführer bestünden weiterhin die bekannten Beschwerden am Bewegungsapparat so wie eine reaktive depressive Problematik. Im Juli 2013 seien ferner Schmerzen an der rechten Schulter aufgrund einer Begleitbursitis bei Supraspinaturläsion aufgetreten. Der Befund sei diskret, weshalb diesbezüglich

keine weiteren Massnahmen geplant seien. Hinsichtlich des Verlaufs liege keine Verbesserung der Problematik vor (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der depressiven Problematik sowie der chronischen Rückenschmerzen weiterhin nicht arbeitsfähig. Längerfristig sei allenfalls eine vertrauensärztliche Untersuchung durchzuführen (S. 2 Ziff. 1.6).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E.

### **E. 1.3**

) entsprochen wurde (vgl. Verfügung vom 9. März 2016, Urk. 12) . 4.

### **E. 1.4**

unten). Diese psychosozialen Belastungsfaktoren gilt es allerdings bei der Beurteilung des Vorliegens eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens

auszuklammern (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichtes 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Hinsichtlich der durch die A.\_\_\_\_ erfolgten Potenzialabklärung hielten die Gutachter der Z.\_\_\_\_

sodann fest, dass die erwähnte Limitierung der Arbeitszeit auf 1.5 Stunden auf der Vorgabe des Beschwerdeführers zu beruhen scheine. Auch anlässlich der Untersuchung bei der Begutachtung habe er stets angegeben, nur 1.5 Stunden belastbar zu sein. Die tatsächliche

Belastbarkeit in der Begutachtungssituation sei deutlich länger gewesen. Es sei davon auszugehen, dass die aktuelle psychotherapeutische Behandlung erst aufgrund der ausgesprochenen Empfehlung der A.\_\_\_\_ erfolgt sei, dass jedoch die Eigenmotivation des Beschwerdeführers zur Veränderung im Hinblick auf seine berufliche Integration für die Einwilligung zur Therapie nicht ausschlaggebend gewesen sei ( vgl. Urk. 19

S. 4).

Zudem ist bei Beeinträchtigungen des psychischen Gesundheitszustandes stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen (vorstehend E. 1.1-1.2), wobei leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invaliden Verhältnisse rechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_83 6/2014 vom 23. März

2015 E.

3.1 ). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheit in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind ( vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3). Nur in einer solchen – seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind – gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1-3.7.3). Von einer Therapieresistenz trotz konsequenter Depressionstherapie kann vorliegend jedoch nicht ausgegangen werden, weshalb auch bei Annahme der von med. pract. B.\_\_\_\_

diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) dieser keine invalidisierende Wirkung zugestanden werden könnte. 6. 5

Zu beachten gilt allerdings, dass die Gutachter der Z.\_\_\_\_ hinsichtlich der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Kellner ausdrücklich festhielten, dass diesbezüglich teilweise eine Inkongruenz zu dem berufstypischen Arbeitsprofil im Sinne ständiger Arbeit bestehe. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils

zu 100 %

arbeitsfähig, soweit dies im Arbeitsbereich als Kellner umsetzbar sei (vgl. Urk. 11/46 S.

14 oben, S.

#### **E. 1.5**

Stunden realistisch (S. 4 f.).

#### **E. 4**

Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ( Urk. 11/ 6-8) ab und teilte dem Versicherten daraufhin am 11. November 2011 mit, dass derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien ( Urk. 11/9). Nach weiteren Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation ( Urk. 11/10-11, Urk. 11/13, Urk. 11/18) auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten als Schadenminderungspflicht die

Durchführung einer Physiotherapie sowie einer psychiatrisch-pharmakologischen und psychiatriisch-psychologischen Behandlung (vgl. Schreiben vom 29. Juni 2012, Urk. 11/20). Mit Verfügung vom 19. Dezember 2012 (Urk. 11/26, Urk. 11/28) sprach die IV-Stelle dem Versicherten sodann bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente mit Wirkung ab dem 1. Mai 2012 zu.

#### **E. 4.1**

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 19. Dezember 2012 (Urk. 11/26, Urk. 11/28) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde:

#### **E. 4.2**

Med. pract. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, D.\_\_\_\_ Klinik, diagnostizierte mit Bericht vom 1. April 2011 (Urk. 11/10/29-30) einen Bandscheibenvorfall L4/5 mediolateral rechts sowie eine leichte Fazettengelenksarthrose L4/5 beidseits und eine beginnende Osteochondrose. Als Nebendiagnosen nannte sie – hier gekürzt aufgeführt – eine derzeit stabile monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS; Erstdiagnose, ED, 2009), eine koronare Dreifacharterienkrankung, eine Ektasie der Sinusportion und der Aorta ascendens sowie eine Periarthropathia

humeroscapularis (PHS) rechts (S. 1). Eine operative Versorgung sei geplant, wobei zunächst in kardio-pulmonaler Hinsicht abgeklärt werden müsse, ob dem Beschwerdeführer eine Operation von 90 Minuten in Bauchlage

zugemutet werden könne (S. 2).

Am 23. Juni 2011 wurde darüber informiert, dass die geplante Operation der Diskushernie infolge einer Operation eines Aneurysma der Aorta habe abge sagt werden müssen (vgl. Urk. 11/11/6-7). 4.3

Mit Bericht vom 2. August 2011 (Urk. 11/7/7-12) nannte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie und für Intensivmedizin, Klinik F.\_\_\_\_, die folgenden – hier gekürzt aufgeführten - Diagnosen (S. 1): - Status nach Ersatz der Aorta ascendens und der Sinus Valsalvae mit Reimplantation der Aortenklappe am 23. Mai 2011 bei Aneurysma der Aorta ascendens und mittelschwerer Aortenklappeninsuffizienz bei Anulusdilatation - koronare Dreifacharterienkrankung bei aktuell keinem Ischämienachweis - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypercholesterinämie, positive Familienanamnese, Status nach chronischem Nikotinkonsum

Zwei Monate nach der Operation mit Ersatz der Aorta ascendens und Reimplantation der Aortenklappe zeige sich ein ausgezeichnetes Ergebnis mit einem dichten Graft und einer perfekt funktionierenden Aortenklappe. Die linksventrikuläre Funktion sei normal (S. 2).

#### **E. 4.4**

und 9C\_386/2012 vom 18. September

2012 E.

5.2). Hilfsarbeiten werden zudem auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt. Dass das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17.

November 2015 E. 3.2.4, 8C\_672/2013 vom 20. Februar 2014 E. 3.3 und 8C\_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5). Auch die weiteren

möglichen Gründe (Teilzeitarbeit, Dienstjahre, Aufenthaltskategorie, Ausbildung) rechtfertigen vorliegend bei einer zumutbaren vollschichtigen

Hilfstätigkeit im tiefsten Kompetenzniveau keinen Abzug.

Wird das Valideneinkommen von Fr. 83'410.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 66'309.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 17'101.-- und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 21 % (6.6)

Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 14. Dezember 2015 (Urk. 2) war der am 13. September 1955 geborene Beschwerdeführer 60 Jahre und 3 Monate alt (vgl. Urk. 11/3 S. 1 Ziff. 1.3), weshalb er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis fällt, wonach die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.2.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_680/2014 vom 15. Mai

2015 E.

6.2.4, 9C\_68/2011 vom 16. Mai 2011 E.

3.3, 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3 und E. 3.5 sowie 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

Die Rente bezog er dagegen erst seit dem 1. Mai 2012 (vgl. Urk. 11/28), somit seit 3 Jahren und 7 Monaten. Nachdem der Beschwerdeführer zunächst Eingliederungsmassnahmen mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit abgelehnt hatte (vgl. Urk. 11/50 S. 5), erklärte er sich sodann im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

mit der

zuvor von der Beschwerdegegnerin als angezeigte erachteten Durchführung einer Potenzialabklärung als einverstanden (vgl. Urk. 11/60 S. 5 unten). Die Beschwerdegegnerin erteilte darauf die entsprechende Kostengutsprache (Urk. 11/68), worauf vom 1. bis 26. Juni 2015 bei der A.\_\_\_\_ eine Potenzialabklärung erfolgte (vgl. Urk. 11/71). Die entsprechende Eingliederungshilfe wurde von der Beschwerdegegnerin demnach geleistet, weshalb dies der Rentenaufhebung nicht mehr entgegensteht. (6.7)

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache wesentlich verbessert hat und er in der bisherigen sowie in jeglicher anderen Tätigkeit in Beachtung des Zumutbarkeitsprofils wiederum zu 100 % arbeitsfähig ist. Selbst bei der Annahme, dass die bisherige Tätigkeit vom Zumutbarkeitsprofil nicht erfasst wäre, ergebe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr. Die notwendigen Eingliederungsmassnahmen wurden durchgeführt. Demzufolge hob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers - in Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV (vorstehend E. 1.4) - zu Recht auf.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. (7.7.1)

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. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ). 7 .2

Die Kosten der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter der Z.\_\_\_\_ in der Höhe von Fr. 1'051.90 ( Urk. 20) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen und somit dem Gericht zurückzuerstatten , war diese doch insoweit unerlässlich im Sinne von Art . 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG, als nach der Begutachtung durch die Z.\_\_\_\_

einerseits eine diffuse koronare Atheromatose festgestellt wurde und andererseits auch eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands festgehalten wurde, wobei der internistische RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_

insbesondere über keine psychiatrischen Fachkenntnisse verfügt. 7 .3

Mit Verfügung vom 9. März 2016 ( Urk. 12) wurde unter anderem darauf hin gewiesen, dass gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht die Möglichkeit besteht, dem Gericht vor Fällung des Endentscheides eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und dass das Gericht im Unterlassungsfall die Entschädigung nach Ermessen festsetzt.

Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Rolf Ringger , Zürich, beim gerichtüblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt ) ermessensweise mit Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zu folge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Rolf Ringger, Zürich, wird mit Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für die ergänzende Stellungnahme der Z.\_\_\_\_ im Betrag von Fr. 1'051.90 zu erstatten. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rolf Ringger -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 6.

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

und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

#### **E. 4.5**

Mit Bericht vom 3. November 2011 ( Urk. 11/7/13-15) informierte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Angiologie, über die gleichentags erfolgte angiologische Untersuchung des Beschwerdeführers, wobei im Wesentlichen eine Stammveneninsuffizienz der Vena

saphena magna linksbetont sowie eine generalisierte dilatative und obliterierende

Arteriopathie

habe diagnostiziert

werden können (S. 1). Da bisher keine Komplikationen hinsichtlich der Venenerkrankung aufgetreten seien, bestehe keine dringende medizinische Indikation zur Operation (S. 3).

#### **E. 4.6**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 9. November 2011 ( Urk. 11/7/5-6) an, dass er den Beschwerdeführer seit März 2008 behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte

als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes, differentialdiagnostisch

lumboradikuläres Schmerzsyndrom des rechten Beines sowie einen Verdacht auf eine reaktive depressive Episode. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Folgendes (S. 1 Ziff. 1.1): - koronare Dreifachkrankung bei Status nach diversen kathetertechnischen Eingriffen - Ektasie der Sinusportion der Aorta

ascendens bei Status nach Ersatz der Aorta

ascendens sowie Sinus

transkatheteren Aortenklappenersatz und Reimplantation der Aortenklappe am 23. Mai 2011, notfallmässige Re thorakotomie am 24. Mai 2011 bei Blutung - MGUS ( ED 2009 ) - PHS rechts

Der Beschwerdeführer sei bezüglich der kardialen Situation in einem stabilen Zustand. Hinsichtlich der Rückenproblematik sei ein operativer Eingriff geplant gewesen, welcher allerdings aufgrund der vorerwähnten Operation an der Aorta

ascendens verschoben werden müssen. Postoperativ habe sich eine reaktive depressive Episode abgezeichnet. Daneben seien die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein wieder vermehrt aufgetreten. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sind die lumboradikulären

Schmerzproblematik sowie die psychische Situation im Vordergrund (S. 2 Ziff. 1.4). In der bis herigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit dem operativen Eingriff an der Aorta

ascendens zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6).

#### **E. 4.7**

Mit Bericht vom 27. März 2012 (Urk. 11/18/8-15) informierte Dr. E.\_\_\_\_ darüber, dass sich zirka zehn Monate nach dem Ersatz der Aorta ascendens und der Reimplantation der Aortenklappe bei Aneurysma der Aorta ascendens ein ausgezeichnetes Ergebnis mit einem intakten Graft ohne Leck und einer perfekten Funktion der reimplantierten Aortenklappe finde. Die links ventrikuläre Funktion sei normal. Nach Wegfall der Aorteninsuffizienz habe sich die linksventrikuläre Muskelmasse zurückgebildet und liege im oberen Normbereich. Die Volumina hätten tendenziell ebenfalls etwas abgenommen. Unter der aktuellen Therapie bestehe eine asymptomatische Sinusbradykardie mit geringem Anstieg unter Belastung. Dennoch könne der Beschwerdeführer 120 % des Solls leisten. In der unter Belastung erfolgten Elektrokardiographie (EKG) fänden sich keine Hinweise für eine Koronarschämie. Aus kardiovaskulärer Sicht sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei. Eine gewisse Einschränkung bestehe nach wie vor aufgrund des chronischen Lumbovertebralsyndroms (S. 2).

#### **E. 4.8**

Am 10. April 2012 führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer seit der im Mai 2012 (richtig: 2011) erfolgten Operation nicht mehr arbeitsfähig gewesen sei, wobei zunächst die postoperative Problematik bei Status nach Ersatz der Aorta ascendens vordergründig gewesen sei. Im Verlauf seien erneut teils immobilisierende Rückenschmerzen bei bestehendem lumboradikulären Schmerzsyndrom aufgetreten und es habe sich eine zunehmende reaktive depressive Problematik gezeigt. Entsprechend sei der Beschwerdeführer seit Mai 2011 stets zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Im Vordergrund stünden die Sanierung der Wirbelsäulenproblematik sowie eine fachärztlich psychiatrische Beurteilung (vgl. Urk. 11/18/6-7 S. 2 Ziff. 1.6, Ziff. 1.8).

#### **E. 4.9**

Mit Stellungnahme vom 24. April 2012 kam RAD-Arzt Dr. med. Dr. rer. pol. I.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, zum Schluss, dass seit dem am 27. März 2012 erfolgten Herz-Gefäßeingriff auch in einer adaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit plausibel sei.

Die postulierte depressive Episode sei grundsätzlich einer Behandlung zugänglich, weshalb dem Beschwerdeführer bei aktuell anzunehmendem instabilen Gesundheitszustand eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen sei. Eine

Revision sei in einem Jahr durchzuführen.

Ergänzend führte er am 14. Mai 2012 aus, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem am 23. Mai 2011 erfolgten operativen Aortenklappenersatz sowie Ersatz der Aorta ascendens

ausgewiesen sei (vgl. Urk. 11/19 S. 3 f.). 5.

#### **E. 5**

( Urk. 11/87 = Urk. 2) auf. 2.

Der Versicherte erhob am 1. Februar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2015 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventuell mit der Aufforderung, sich weiterhin psychiatrisch-psychotherapeutisch behandeln zu lassen. Eventuell sei die Sache für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2016 ( Urk.

### **E. 5.1**

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 14. Dezember

2015 ( Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nach folgenden Berichte.

### **E. 5.2**

Dr. E.\_\_\_\_ bestätigte mit Schreiben vom 3. Mai 2013 ( Urk. 11/30/11-16) die bisher von ihm gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei aus kardialer Sicht im Alltag beschwerdefrei. Es bestünden keine klinischen Zeichen einer Herzinsuffizienz. Er leiste sein Soll im Belastungs-EKG ohne klinische oder elektrokardiographische Hinweise für eine belastungsabhängige Koronarschämie, dies trotz stark gebremstem Anstieg der Frequenz unter niedriger Dosierung der Behandlung mit Betablockern. Die Echokardiographie dokumentiere zwei Jahre nach Ersatz der Aorta ascendens mit Reimplantation der Aortenklappe ein perfektes Ergebnis mit vollständig normaler Funktion der Aortenklappe, gutem Ascendens-Graft und weitgehend normalisiertem linksventrikulärem Volumen und Muskelmasse (S. 1 f.).

### **E. 5.3**

Med. pract. B.\_\_\_\_, praktische Ärztin, diagnostizierte mit Bericht vom 6. Mai 2013 ( Urk. 11/30/7-8) eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22). Zwischen Oktober 2012 und April 2013 hätten insgesamt acht Gespräche stattgefunden.

Der Beschwerdeführer wünsche keine weiteren Gespräche mehr, da er ausschliesslich ein körperliches Problem erkenne und ihm die psychotherapeutischen Gespräche nicht mehr helfen würden. Eine weitere psychopharmakologische Medikation lehne er vehement ab (S. 1). Er sei vollkommen fixiert und eingeengt auf sein körperliches Erleben. Dieses emotionale Vermeidungsverhalten führe langfristig dazu, das Leiden zu verstärken. Leider sei er noch nicht in der Lage, seinen unproduktiven Kampf aufzugeben und sich auf noch vorhandene Ressourcen zu konzentrieren (S. 2).

### **E. 5.4**

Mit Bericht vom 5. August 2013 ( Urk. 11/30/5-6) nannte Dr. H.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff.

### **E. 5.5**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, sowie

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungssapparates, D.\_\_\_\_ Klinik, diagnostizierten mit Bericht vom 10. Oktober 2013 (Urk. 11/35) eine Lumbalgie bei Osteochondrose L4/5 und Status nach Diskushernie L4/5 rechts sowie eine Spondylarthrose L4/5 (S. 1). In Anbetracht der Tatsache, dass der Beschwerdeführer unter konservativer Therapie - mit Ausnahme der Schmerzexazerbation im letzten Monat - gut zurecht komme und keine fokale neurologischen Defizite bestünden, könne mit der konservativen Therapie weitergefahren werden. Dem Beschwerdeführer sei eine Wiederholung der therapeutischen Fazettengelenksinfiltration L4/5 angeboten worden, wobei er eine solche erst bei Zunahme der Beschwerden durchführen lassen möchte (S. 2).

### **E. 5.6**

), welches die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E.

1.6) vollumfänglich erfüllt. So erfolgte eine internistische, orthopädische, neurologische, kardiologische sowie psychiatrische Beurteilung, womit das Gutachten auf für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen beruht. Zudem berücksichtigt es die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 11/46 S. 7 f., S. 15, S.

30 ff., S.

37 ff.) in angemessener Weise, wurde in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 11/46 S.

4 ff.) erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet es ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Für die Entscheidungsfindung kann daher darauf abgestellt werden. Dies empfahl überdies auch RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 11/53 S. 5). 6.2

Sowohl anlässlich der internistischen als auch der neurologischen sowie der kardiologischen und der psychiatrischen Untersuchung zeigte sich ein weitestgehend unauffälliger Befund (vgl. Urk. 11/46 S. 27 f., S. 34, S. 40 f., S. 44 f.). Entsprechend wurde

den diesbezüglich festgestellten Diagnosen einer koronaren Dreifässerkrankung, eines Status nach Ersatz der Aorta ascendens mit Reimplantation der Aortenklappe am 23. Mai 2011 bei Aortenektasie ersatz mit Reimplantation der Aortenklappe, eines RLS, einer Insomnie mit teilweise somatischen Anteilen, einer Hypercholesterinämie, einer Stammve-

nensuffizienz der Vena saphena magna linksbetont, einer MGUS sowie einer Angst und depressiven Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) nach vollziehbar keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bemessen (vgl. Urk. 11/46 S. 22).

So zeigten sich aus kardiologischer Sicht eine gute körperliche Leistungsfähigkeit und eine einwandfrei funktionierende reimplantierte Aortenklappe. Hinweise auf eine Progredienz der KHK waren nicht erkennbar und auch der Beschwerdeführer fühlte sich von Seiten des Herzens beschwerdefrei (vgl. Urk. 11/46 S. 18). Sodann liess sich auch kein schwergradiges depressives Krankheitsbild oder eine generalisierte Angststörung fest

stellen, weshalb weiterhin von der Diagnose einer Angst und Depression gemischt auf dem Boden einer Anpassungsstörung ausgegangen wurde (vgl. Urk. 11/46 S.

### **E. 5.7**

Mit Stellungnahme vom 7. Juli 2014 hielt RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_

fest, dass für die Beurteilung auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_

abzustellen sei.

Der kardiale Gesundheitszustand habe sich bei normaler Herzbelastbarkeit verbessert. Aus psychiatrischer Sicht sei eine längere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wenig wahrscheinlich. In orthopädischer Hinsicht könne bei fehlender Kompression eine Verbesserung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer Verrücktheit postuliert werden. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Dabei bestünden leichte Einschränkungen der Flexibilität. Es müsse sich um rückengerechte, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von 15 kg handeln, wobei Zwangshaltungen zu vermeiden seien (vgl. Urk. 11/53 S. 5).

### **E. 5.8**

Dr. E.\_\_\_\_ gab mit Bericht vom 13. März 2015 (Urk. 11/78/10-11) an, dass der Beschwerdeführer seit etwa zwei Monaten ein episodisch nicht an strengungsabhängiges linksseitiges Druckgefühl bemerke. Im Belastungs-EKG fänden sich neuerdings

ischämieverdächtige ST-Streckensenkungen, dies vor allem inferior.

Die beschriebene Symptomatik habe allerdings nicht ausgelöst werden können.

Echokardiographisch zeige sich ein unverändert guter Befund (S. 2).

Mit erneutem Bericht vom 4. Mai

2015 (Urk. 11/78/7-9) informierte Dr. E.\_\_\_\_ über das zwischenzeitlich durchgeführte Perfusions-MRI des Herzens, welches eine belastungsinduzierte Ischämie inferior und inferolateral ergeben habe (S. 1 unten). Die Koronarangiographie habe zwar eine diffuse koronare Atherosklerose gezeigt, hingegen keine Rezidiv-Stenose, insbesondere auch nicht in den interventionell behandelnden Stellen. Die linksventrikuläre Funktion sei bei umschriebener leichter inferiorer Hypokinesie global normal. Da eine, wenn auch relativ wenig ausgeprägte, belastungsabhängige Ischämie dokumentiert worden sei, empfehle er den Ausbau der antischämischen Behandlung (S. 2).

### **E. 5.9**

Am 9. Juli 2015 informierten die zuständigen Personen der A.\_\_\_\_ über die vom 1. bis 26. Juni 2015 erfolgte Potentialabklärung (Urk. 11/71). Aktuell sei eine Integration in eine Tätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt nicht erreichbar. Es sei zu befürchten, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig auch auf regelmässige leichte Belastungen mit einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes reagiere. Er sei derzeit nicht in der Lage, sich von Belastungen zu regenerieren, um eine berechenbare und planbare Arbeitsleistung zu erzielen. Günstig er scheine es, dass er weiterhin die vorhandene Möglichkeit eines strukturierten Alltags nutze und sich täglich in einem geringen Pensum mit einer stützenden Tätigkeit (beispielsweise Freiwilligenarbeit) auseinandersetze. Hierbei sei aktuell ein Pensum von 1 bis

### **E. 5.10**

In dem am 14. August 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 11/78/1-6) führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, dass eine koronare Herzkrankheit grundsätzlich progredient sei. Mit Kontrolle der Risikofaktoren, Sekundärprophylaxe und nach wiederholten interventionellen Behandlungen bestehe aktuell keine hochgradige Stenose und die linksventrikuläre Funktion sei erhalten. Prognostisch falle ebenfalls die Aneurysma-Erkrankung der Aorta ins Gewicht, wobei die Prognose nach erfolgreichem Ersatz der Aorta ascendens und Reimplantation der Aortenklappe günstig beeinflusst werden können (S. 3 Ziff. 1.4). Zur Arbeitsunfähigkeit könne er sich nicht äussern. Diese sei durch den Hausarzt festgelegt worden. Der Beschwerdeführer sei nach eigenen Angaben vor allem durch das chronische lumbovertebrale Syndrom stark beeinträchtigt (S. 3 Ziff. 1.6-1.7).

### **E. 5.11**

Med. pract. B.\_\_\_\_ gab mit Bericht vom 14. September

2015 (Urk. 11/80) an, dass sie den Beschwerdeführer seit Juni 2015 erneut behandle (S. 1 Ziff. 1.2), und nannte als Diagnose

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11 S.

1 Ziff. 1.1). Die Situation habe sich seit der letzten Konsultation vor dreieinhalb Jahren eher verschlechtert, so dass nun von einer depressiven Entwicklung auszugehen

sei. Eine Verbesserung der körperlichen Beschwerden sei aufgrund der vielen Enttäuschungen über erfolglose Therapien, der zusätzlichen Belastung des Verlusts der Rente und des schlechten Resultats der Potentialabklärung nicht realistisch. Der Beschwerdeführer werde nicht in der Lage sein, im ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. Dies auch wenn er durch Aktivierung einiger Ressourcen die Beschäftigung mit sich selber minimieren könne. Er sei aktuell und auch auf längere Zeit zu 100% arbeitsunfähig. Durch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Gespräche könne langfristig eine leichte Verbesserung erzielt werden (S. 2 Ziff. 1.4).

### **E. 5.12**

Mit Stellungnahme vom 15. Oktober 2015 führte RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ aus, dass keine neuen medizinischen Befunde vorlägen, welche eine Änderung des Arbeitsprofils herbeiführen würden. Es könne weiterhin auf die RAD-Stellungnahme vom 7. Juli 2014 abgestellt werden (vgl. Urk. 11/86 S. 4). 6. 6.1

Zur Beurteilung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erheblich verbessert hat und somit ein Revisionsgrund vorliegt, findet sich in den Akten insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ (vorstehend E.

### **E. 10**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. März

2016 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig antragsgemäss (Urk. 1 S.

2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt. Zudem wurden die Gutachter der Z.\_\_\_\_ um eine ergänzende Stellungnahme ersucht, welche am 12. August

2016 erstattet wurde ( Urk. 18- 19). Dem vom Beschwerdeführer daraufhin am 13. September 2016 gestellten Antrag, diese Stellungnahme sei nun wiederum med. pract . B.\_\_\_\_ sowie den Ärzten der A.\_\_\_\_ zur Vernehmlassung zuzustellen ( Urk. 22), wurde mit Verfügung vom 28. September

2016 ( Urk. 23) nicht statt gegeben. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 15**

E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 17**

). Die Gutachter der Z.\_\_\_\_

massen dieser

– insbesondere auch in Anbetracht des geschilderten Tagesablaufes und des Umstandes, dass im Zeitpunkt der Begutachtung weder eine psychiatrische Gesprächstherapie noch eine antidepressive Medikation erfolgte (vgl. Urk. 11/46 S.

39, S.

41) – nachvollziehbar keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei .

Einzig anlässlich der orthopädischen

Untersuchung konnten weiterhin relevante Befunde fest gehalten werden, wobei anhand des MRI der LWS zudem eine minimale Befundverschlechterung zu den Vorberichten erkannt wurde , je doch unverändert ohne Tangierung neuraler Strukturen (vgl. Urk. 11/46 S.

9

ff.). Ausserdem hielten die Gutachter fest, dass die angegebenen Beschwerden sowohl aus klinischer als auch radiologischer Sicht nur teilweise ein entsprechendes Substrat fänden und auch die Einnahme von Schmerzmitteln nur bedarfsweise erfolge, was nicht zu den Angaben von dauernden Schmerzen der Schmerzstärke 6 bis 7 und teilweise 8 bis 9 passe ( Urk. 11/46 S. 13). Dem diagnostizierten chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom mit radiologisch beidseitiger Diskushernie L5/S1 ohne Kompression neuraler Strukturen und Osteochondrosen L4/5 sowie kleiner Diskushernie L1/2 und L5/S1 ohne Kompression neuraler Strukturen (vgl. Urk. 11/46 S. 22) wurde daher lediglich in qualitativer Hinsicht Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Demgegenüber erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig, soweit sich diese im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils befänden . Möglich seien rückengerechte, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg. Demgegenüber nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit darüber hinausgehenden Gewichtsbelastungen, somit alle schweren und durchgehend mittelschweren rückenbelastenden Tätigkeiten in ständiger Zwangshaltung des Rückens sowie Tätigkeiten in ständig stehender Haltung (vgl. Urk. 11/46 S. 22). 6.3

Im Hinblick auf die revisionsrechtlich relevante Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen ist oder lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorliegt, lässt sich dem Gutachten der Z.\_\_\_\_ zwar in orthopädischer Hinsicht ein weitestgehend unveränderter Befund entnehmen. Allerdings wiesen die Gutachter auch darauf hin, dass der Beschwerdeführer selbst angegeben habe, dass sich das

Rücken leiden unter der Arbeitsentlastung gebessert habe .

Deshalb konstatierten die Gutachten für entsprechende ideale Verweistätigkeiten eine Verbesserung des Rückenleidens respektive eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 11/46 S.

23 unten). Hierzu ist anzumerken, dass eine Rentenrevision auch bei einem an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustand möglich ist, wenn die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit damit begründet wird, dass sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert oder eine Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung stattgefunden hat (vorstehend E.

1.3; Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung ,

IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Rz

## **E. 22**

unten), eher

zweifelhaft. Eine abschliessende Beurteilung kann allerdings inso weit unterbleiben , als ihm auch nach der Vornahme eines Einkommensvergleichs im Sinne von Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG keine Invalidenrente mehr zusteht, wie dies die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Beschwerdeantwort ( Urk. 10) bereits zutreffend erkannte.

Obwohl die Kündigung durch das Restaurant Y.\_\_\_\_ GmbH per Ende September 2011 aus wirtschaftlichen Gründen ausgesprochen wurde (vgl. Urk. 11/13 S. 8), besteht bei einer zeitlichen Nähe der Auflösung des langjährigen Arbeitsverhältnisses und des Eintritts der gesundheitlichen Beeinträchtigung regelmässig kein hinreichender Grund, um für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne anstelle des tatsächlich erzielten Verdienstes abzustellen (vgl. BGE 134 V 322 E. 4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September

2014 E.

3.2 und 9C\_699/2010 vom 22. Dezember

2010 E. 3.2). Dies trifft vorliegend zu, war der Beschwerdeführer doch seit April 2011 ununterbrochen und somit auch im Zeitpunkt der im August 2011 ausgesprochenen Kündigung krankgeschrieben (vgl. Urk. 11/3 S.

3 Ziff. 4.4; Urk. 11/5 S.

2

Ziff. 5 ). Dabei ist zu beachten, dass der Beschwerdeführer nach Lage der Akten bereits seit April 2001 im Restaurant Y.\_\_\_\_ angestellt war, wobei diese per 3. Dezember 2008 lediglich als GmbH im Handelsregister eingetragen wurde (vgl. Urk. 11/3 S.

4 Ziff. 5.4; vgl. auch den IK-Auszug, Urk. 11/6 ; vgl. ferner [www.zefix.ch](http://www.zefix.ch) , zuletzt besucht am 3. Februar 2017 ). Dabei erzielte er zuletzt im Jahr 2010 ein monatliches Einkommen von Fr. 6'200.-- respektive ein Jahreseinkommen von Fr. 80'600.-- (vgl. Urk. 11/3 S.

4 Ziff. 5.4, Urk. 11/6 S.

1, Urk. 11/13 S.

2 Ziff. 2.10), was unter Berücksichtigung der Nominal lohnentwicklung

bei den Männern der Jahre 2010 (Index: 2'151) bis 2015 (Index: 2'226) ein hypothetisches Valideneinkommen im Jahr 2015 von rund Fr. 83'410.-- ergibt (Fr. 80'600.-- : 2'151 x 2'226).

Da der Beschwerdeführer derzeit keine Tätigkeit ausübt, ist - in Beachtung der Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) - für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und dabei auf den Zentralwert für Männer in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors im Betrag von Fr. 5'210.-- abzustellen (vgl. LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1).

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden und der Nominal lohnentwicklung

der Jahre 2012 (Index: 2'188) bis 2015 (Index: 2'226) resultiert somit ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund 66'309.-- bei der verbliebenen 100%igen Arbeitsfähigkeit (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12 : 2'188 x 2'226).

Hinsichtlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) gilt es anzumerken, dass der Tabellenlohn im tiefsten Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst und daher keine weitere Verminderung des hypothetischen Invalideneinkommens rechtfertigt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E.

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