

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00768 vom 20. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00768

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00768 du 20 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00768 del 20 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Entscheid, 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. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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; zur Publikation vorgesehene

Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1;

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. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

S. 1). Darauf kann, mit den nach stehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

E. 2.1

Strittig ist die revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Dreivier teltsr ente , wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert respektive sich die für die Invaliditäts bemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat.

Für die Beurteilung der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, wird der Sachver halt zur Zeit der strittigen Verfügung (hier: Juni 2016) verglichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung (hier: Januar 2010) bestanden hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Anfang 2013 deutlich verbessert habe. Ihm sei die bisherige wie auch eine angepasste Tätigkeit voll zumutbar (S. 2 oben). Eine anhaltende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Wenn überhaupt sei von einer Dysthymie auszugehen . Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert . Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch objektiv nicht eingeschränkt (S. 3 oben).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass er seit 1987 an einer chronischen Schmerzstörung sowie einer mittlerweile chroni schen depressiven Erkrankung leide (S. 6 Ziff. 17).

S ein Gesundheitszustand habe sich seit 2004 nicht verändert (S. 8 Ziff. 23),

weshalb kein Revisionsgrund gegeben sei (S. 9 Ziff. 25) . E ine Aufhebung gestützt auf lit . a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung

vom 18. März 2011 des IVG sei ebenfalls nicht möglich, da Versicherte, welche das 55. Lebensjahr zurückgelegt hätten, eine Besitzstandsgarantie hätten (S. 10 Ziff. 28). Er sei im Zeitpunkt der Begutachtung und Durchführung von beruflichen Massnahmen bereits im 57. Lebensjahr gestanden (S. 10 Ziff. 29). Sowohl die Beschwerdegegnerin, Abteilung berufliche Massnahmen, die Stiftung Z.____, die Stiftung A.____

als auch die Ärzte des Sanatoriums B.____ und der Rehaklinik C.____ bestätigten, dass er krankheitsbedingt nicht arbeitsfähig sei (S. 11 f. Ziff. 34 f.). Schliesslich hielt der Beschwerdeführer fest, dass sich die Beschwerdegegnerin offensichtlich weiterhin weigere, die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung anzuwenden (S. 12 Ziff. 36).

3.3.1

Die Rentenzusprache im Jahr 2004 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf den Bericht von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. April 2004 (Urk. 10/5 /1-10). Dr. D.____ diagnostizierte eine schwere depressive Entwicklung nach Kündigung, bei Selbstwert-, Beziehungs- und Autoritätsproblematik mit Tendenz zu Stottern in Belastungssituationen und zu psychosomatischer beziehungsweise somatoformer und paranoider Verarbeitng. Es bestehe eine latente Suizidalität (S. 8 oben).

Der Beschwerdeführer leide seit seiner frühen Kindheit unter einer ausgeprägten Schüchternheit. Er fühle sich minderwertig im sprachlichen und intellektuellen Bereich, habe fürchterliche Ängste, nicht ernst genommen, ausgelacht oder sonst wie schikaniert zu werden (S. 6 unten). Zudem leide er unter massiven Schlafstörungen mit schreckhaftem Aufwachen, Zittern am ganzen Körper, Konzentrationsstörungen und Gedankenkreisen (S. 7 oben). Der Beschwerdeführer habe nie gelernt sich zu wehren, fresse allen Ärger in sich hinein, meide Kontakte, um Kränkungen aus dem Weg zu gehen, und bezeichne sich quasi als Einzelgänger (S. 7 unten). Aus ärztlich-psychiatrischer Sicht betrage die zukünftige Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft in einer sehr wohlwollenden, ruhigen, quasi geschützten Atmosphäre höchstens 50

% (S. 8 unten). 3.2

Anlässlich der ersten Rentenrevision wurde bei

Dr. D.____ ein Verlaufsbericht eingeholt. Dr. D.____ berichtete am 17. November 20

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1). Zur Prüfung, ob und wie sich die Krankheit leistungsmindernd auswirkt, ist das strukturierte Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchzuführen (in den zur Publikation vorgesehenen Urteilen des Bundesgerichtes

8C_841/2016 E. 4.5. 2

und 8C_130/2017 E 7. 2,

beide vom 30. November 2017).

E. 07

(Urk. 10/20 /1-5), dass sich der Beschwerdeführer erst kürzlich gemeldet habe, nachdem er ein Formu lar zur Revision erhalten habe. Er könne sich soweit gut ausdrücken, wobei die Stimme monoton sei. Sobald er in Aufregung gerate, beginne er zu stottern, und habe weiterhin Angst, nicht ernst genommen oder ausgelacht zu werden. Er wirke gehemmt, in der Grundstimmung depressiv, lust- und freudlos (S. 2 oben). D ie Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers respektive die Unzumutbarkeit , in der ursprünglichen Tätigkeit und in der heutigen angespannten freien Wirt schaft einer Arbeit nachzugehen, betrage a us ärztlich-psychiatrischer Sicht 80

% (S. 3). 3.3

Im Rahmen der zweiten Rentenrevision führte

Dr. D.____ im Verlaufsbericht vom 7. März 20

E. 09

(Urk. 10/26 /4-6) aus, in den letzten 1 ¼ Jahren habe sich weiterhin nichts Wesentliches verändert. Die stützende Behandlung vermöge aufgrund der tiefen Ängste und der geringen Reflexionsfähigkeit keine wirkli che Veränderung im Charakter zu bewirken (S. 1 oben). Die Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 80 %; eine allenfalls restliche Arbeitsfähigkeit sei absolut unverwertbar. Eine wesentliche Besserung durch eine psychotherapeutische Behandlung sei aufgrund mangelnder Reflexionsfähigkeit nicht möglich. Die regelmässige Behandlung habe insbesondere eine Verhinderung einer Ver schlechterung des seelischen Zustandsbildes zum Ziel (S. 3 unten). 3.4

Die Ärzte des Y.____ erstatteten am 1 2. November 2009 ein bidisziplinäres

Gutachten (rheumatologisch und psychi atrisch)

zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/32).

Aus rheumatologischer Sicht wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfä higkeit gestellt. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein chronisches zervikozephal es und thorakolumbales Schmerzsyndrom sowie ein femoropatellares Schmerzsyndrom genannt (S. 13 f. Ziff. 5.2).

Auffäl lig sei trotz des gesamthaft kräftig imponierenden Muskelstatus eine Insuffizi enz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur, welche zusam men mit der Fehlhaltung und der diskreten Fehlstatik zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans mit konsekutiven Inserti onstendinopathien beziehungsweise Tendinosen führe (S. 14 oben). Die Dekon ditionierung stelle jedoch aus versicherungsmedizinischer Sicht keinen invali disierenden Gesundheitsschaden dar, da dieser Zustand durch entsprechende aktive Therapie behoben werden könne (S. 14 unten).

In psychiatrischer Hinsicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei wort karg, etwas in sich zurückgezogen und kontaktvermeidend. Die Grundstimmung sei gedrückt, die affektive Schwingungsfähigkeit teilweise erhalten. Die Beschwerdeschilderungen seien

glaubwürdig. Ein Leidensdruck bezüglich der psychiatrischen Symptome sei spürbar, die Schmerzproblematik (Rücken- und Knie schmerzen) stehe völlig im Hintergrund. An Symptomen fänden sich eine depressive Stimmung, ein Verlust von Freude und eine Lustlosigkeit. Weiterhin sei der Antrieb vermindert, ebenso das Selbstvertrauen beziehungsweise das Selbstwertgefühl. Es komme zu Suizidgedanken, zu Durchschlafstörungen und einer erhöhten Tagesmüdigkeit. Durch die genannte Psychopathologie sei ein chronifiziertes, mittelgradig depressives Zustandsbild ausgewiesen (S. 24 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, wobei diese in einer angepassten Tätigkeit zu verwerten wäre, bei der ein wohlwollendes, stressarmes Arbeitsumfeld herrsche, da sich der Beschwerdeführer blockiert fühle, wenn er unter Druck zu geraten (S. 25 Ziff. 6). 3.5

Im Zusammenhang mit dem Rentenerhöhungsgesuch reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der Ärzte des E.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 27. Februar 2012 ein (Urk. 10/41). Die Ärzte des E.____ nannten folgende Hauptdiagnosen (S. 1 Mitte): - chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - symptomatische Coxarthrosen beidseits - Verdacht auf Gonarthrosen beidseits - zervikospodylogenes Schmerzsyndrom rechts - arterielle Hypertonie - mehrere Lipome - Depression mit Angststörung - Hypercholesterinämie

Sie führten aus, es bestünden lumbale Rückenschmerzen, welche ins Gesäß und teilweise bis zur Kniekehle ausstrahlten. Der Beschwerdeführer kenne diese Schmerzen seit 20 Jahren. In letzter Zeit hätten diese jedoch beim Gehen und Sitzen zugenommen. Neu bestünden zudem Anlaufschmerzen in den Hüften und den Oberschenkeln beidseits (S. 2 unten). Die thorako- und lumbovertebrale Schmerzen seien durch Fehlhaltung, Dekonditionierung sowie degenerative Veränderungen der Wirbelsäule erklärt. Die Anlaufschmerzen der Hüften seien mit leichten, symptomatischen Coxarthrosen vereinbar und die Knieschmerzen beim Treppensteigen mit beginnenden Gonarthrosen (S. 3 oben). 3.6

Dr. D.____ berichtete

am 9. Mai 20

E. 12

Ziff. 18).

Dr. G.____

nannte im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 10/57/1-15) keine Diagnosen mit langandauerndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, indessen im Wesentlichen folgende Diagnosen ohne langandauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 f.): - chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Herzklopfen, Stechen im Brustkorb, Tinnitus, Kraftverluste, Nervosität - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten - diffuse idiopathische skelettale Hyperostose - Bewegungseinschränkungen thorakal und lumbal

Dr. G.____ gab an, dass er die – im Bericht des E.____ genannten – Diagnosen einer Coxarthrose sowie einer Gonarthrose aktuell nicht bestätigen könne (S. 11 oben). Insgesamt beurteile er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Es sei Aufgabe des mitbegutachtenden Psychiaters, diesbezüglich Stellung zu beziehen (S. 12 Mitte). Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die vom Beschwerdeführer bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen (S. 13 unten).

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung wurde festgehalten, dass seit Anfang 2013 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliege (Urk. 10/57/18).

4.5

Im Bericht der Ärzte des E.____, Klinik für Rheumatologie, vom 3. August 2015 (Urk. 10/88/8-10) wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen genannt (S. 1): - chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - zervikospodylogenes Schmerzsyndrom - symptomatische Coxarthrosen beidseits - Periarthropathie Knie beidseits - Depression mit Angststörung

Die Ärzte des E.____ führten aus, dass beim Beschwerdeführer ein panvertebrales Schmerzsyndrom bestehe, welches von diffusen, nicht-dermatombezogenen Beschwerden wie Kribbelparästhesien und Frösteln begleitet werde. Als Ursache der Rückenschmerzen fänden sich konventionell-radiologisch degenerative Veränderungen, welche sich jedoch seit den letzten Röntgenaufnahmen von 2012 nicht verändert hätten. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine objektiven Gründe, weshalb der Beschwerdeführer nicht in leichter, wechselbelastender Tätigkeit ganztags arbeiten könnte. Allerdings bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit wegen der Notwendigkeit zu vermehrten Pausen und zunehmenden Beschwerden im Tagesverlauf. Dies ergebe eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus rein rheumatologischer Sicht von 80 % (S. 3 Mitte). 4.6

Vom 5. bis 24. November 2015 befand sich der Beschwerdeführer im C.____ in stationärer Rehabilitation. Im Austrittsbericht vom 28. Dezember 2015 (Urk. 10/87) wurden dieselben Diagnosen wie im Bericht der Ärzte des E.____ genannt (vgl. S. 1). Die behandelnden Ärzte führten aus, dass der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand, jedoch praktisch unveränderter Symptomatik und nur minim verbessertem Aktivitätslevel habe entlassen werden können (S. 3 oben). 4.7

RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt für Anästhesiologie, hielt mit Stellungnahme vom 10. Februar 2016 (Urk. 10/90/6) fest, dass keine richtungsweisende Veränderung des Gesundheitszustandes und der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei. Deshalb könne unverändert auf das Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ vom 26. November 2014 abgestellt werden. 4.8

Vom 22. April 2016 bis 26. Mai 2016 befand sich der Beschwerdeführer im stationären Aufenthalt im Sanatorium B.____. Die behandelnden Ärzte nannten im Austrittsbericht vom 6. Juni 2016 (Urk. 7) als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychische Symptome (S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt angegeben, er sei stark blockiert, habe ausgeprägte Schlafstörungen, fühle sich antriebs- und energielos und leide an chronischen Schmerzen.

Zudem werde ihm eventuell die Invalidenrente gestrichen, was einen finanziellen Einschnitt für ihn bedeuten würde (S. 1 unten). Die Ärzte hielten fest, dass der seit 12 Jahren arbeitslose Beschwerdeführer im häuslichen Umfeld keinerlei Tagesstruktur zeige. Die Aufgleisung einer solchen, möglichst im zweiten Arbeitsmarkt, sei zur Stabilisierung unerlässlich und dem Beschwerdeführer zuzutrauen. Eine weiterführende Psychotherapie werde empfohlen (S. 2 unten). 5.

Vorab ist festzuhalten, dass Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden (innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten der Bestimmung), überprüft und herabgesetzt oder aufgehoben werden können, auch wenn die Voraussetzungen von Art.

E. 17

Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind

(lit. a Abs. 1 der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG).

Der ursprünglichen

Rentenzusprache per September 2004 lag kein Beschwerdebild zugrunde, das unter lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG fällt.

Im Vordergrund stand ein depressives Geschehen. So attestierte Dr. D.____ dem Beschwerdeführer gestützt auf eine schwere depressive Entwicklung

eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50%. Daher ist eine Rentenaufhebung gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG

vorliegend nicht möglich. 6. 6.1

Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 26. November 2014 kann abgestellt werden. Dieses erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehende E. 1.4) vollumfänglich. Es setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt ist das Gutachten umfassend und vermag zu überzeugen. 6.2

Dr. G.____ hielt im rheumatologischen Teil des Gutachtens (Urk. 10/57/1-15) fest, dass im Vergleich mit dem Y.____-Gutachten vom November 2009 keine relevante Veränderung der Befunde im Bereich der Wirbelsäule eingetreten sei (S. 10 unten). Betreffend die Befunde im Bereich der unteren Extremitäten könne er eine leichtgradige Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigen. So seien die ischiokrurale Muskulatur und die Muskulatur des Musculus

rectus

femoris nicht mehr verkürzt und die Hüftbeweglichkeit beidseits wieder symmetrisch (S. 11 Mitte). Auch aus dem Bericht

des E.____

vom August 2015 geht keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes hervor. Vielmehr hielten die Ärzte des E.____ fest, dass sich die degenerativen Veränderungen seit den letzten Röntgenaufnahmen von 2012 nicht verändert hätten (Urk. 10/88 S. 10). Im Ver

gleich mit dem Bericht vom Februar 2012 (vgl. E. 3.5) nannten sie im Wesentlichen keine neuen Diagnosen und Befunde. Soweit die Ärzte des E.____

neu von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgingen, handelt es sich lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes.

Insgesamt ist aus somatischer Sicht nicht von einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen. 6.3

In psychischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert. Während im

Y.____-Gutachten vom November 2009 noch ein mittelgradiges depressives Zustandsbild diagnostiziert worden war, liegt gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 26. November 2014 lediglich noch eine Dysthymie vor. Als weitere Diagnosen wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge genannt. Aufgrund der im psychiatrischen Teilgutachten angeführten Befunde erscheint nachvollziehbar, dass kein relevantes depressives Geschehen mehr vorliegt. So wurde angegeben, dass sich keine Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen fänden. Der Beschwerdeführer wirke mürrisch und etwas schweigsam, die Grundstimmung sei jedoch nicht deutlich gedrückt und der Antrieb nicht verarmt (Urk. 10/57/19-33 S. 6). Demgegenüber wurden im Y.____-Gutachten vom November 2009 unter anderem eine gedrückte Grundstimmung, ein Verlust von Freude, eine Lustlosigkeit, ein verminderter Antrieb, ein vermindertes Selbstwertgefühl sowie Suizidgedanken angegeben.

Neben den veränderten Befunden wiesen im Zeitpunkt der Begutachtung auch die regelmässigen Auslandsaufenthalte und die geringe Therapiefrequenz darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat.

Aufgrund des Austrittsberichtes des Sanatoriums B.____ vom Juni 2016 bestehen Hinweise für eine Verschlechterung der depressiven Symptome nach Erlass des Vorbescheids – und wohl auch im Zusammenhang mit der darin in Aussicht gestellten Rentenaufhebung. Ab dem 22. April 2016 befand sich der Beschwerdeführer im Sanatorium B.____. Die neue Diagnose der gegenwärtig schweren depressiven Episode war der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Juni 2016 noch nicht bekannt. Der vorläufige Austrittsbericht vom 24. Mai 2016

(Urk. 10/105) wurde ihr erst am 14. Juni 2016 zugestellt. Wesentlich ist jedoch, dass im Verfügungszeitpunkt – sechs Wochen nach Klinikeintritt – noch nicht von einer stabilen beziehungsweise anhaltenden Verschlechterung ausgegangen werden konnte.

Betreffend den vorläufigen Austrittsbericht des Sanatoriums B.____ vom 14. November 2017 (Urk. 14) ist darauf hinzuweisen, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). Mit Verfügung vom 1. Juni 2016 wurde das Verwaltungsverfahren abgeschlossen. Die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer vom 6. Oktober bis 15. November 2017 einer stationären Behandlung

unterziehen musste respektive die dazu führende Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles nicht massgebend.

Es ist indessen darauf hinzuweisen, dass eine Neuanmeldung erfolgen kann.

Nach dem Gesagten

ist aufgrund des interdisziplinären Gutachtens vom 26. November 2014 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen.

Somit liegt ein Revisionsgrund vor.

6.4

In psychischer Hinsicht zu beurteilen sind eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine

Dysthymie und akzentuierte Persönlichkeitszüge.

Dabei dürfen die Dysthymie und die akzentuierten Persönlichkeitszüge als Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens nicht per se unberücksichtigt bleiben. Denn es ist nicht Aufgabe der Rechtsanwendung, die medizinischen Befunde einzeln oder separat zu prüfen, sondern anhand der strukturierten Vorgehensweise gesamthaft die funktionellen Folgen einer oder mehrerer psychischer Leiden zu würdigen. Denn Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1). 6.4.1

Der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde gutachterlicherseits – noch unter Beachtung der inzwischen aufgegebenen Überwindbarkeitsvermutung – keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen.

Bei dieser Ausgangslage bestehen gewichtige Indizien, dass der für eine invalidisierende Gesundheitsschädigung erforderliche Schweregrad nicht erreicht wird (vgl. Urteil 9C_646/2015 vom 16. Mai 2016 E. 4.6). Gleichwohl ist die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich

(vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend machte, ist zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung anwendbar. 6.4.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit 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 Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leiden

druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (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). 6. 5

Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ wurde im November 2014 und demnach vor der Rechtsprechungsänderung von BGE 141 V 281 beziehungsweise der Urteile 8C_130/2017 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 verfasst. Damit verliert es seinen Beweiswert indes nicht per se (vgl. BGE 141 V 281 E. 8). Vorliegend ist eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten sowie die übrigen medizinischen Akten möglich und weitere medizinische Abklärungen sind dementsprechend nicht angezeigt. 6. 6

Mit Bezug auf den ersten Indikator („Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome“) ergibt sich aus dem interdisziplinären Gutachten, dass der Beschwerdeführer praktisch am ganzen Körper an heftigen Schmerzen

leide, deren Intensität auf einer zehnstufigen visuellen Analogskala (VAS) 6 betrage (vgl. Urk. 10/57/19-33 S. 6 unten).

Die Schmerzen stellten sein grösstes Problem dar (Urk. 10/57/19-33 S. 4 oben). Dadurch fühle er sich in seiner Lebensführung erheblich eingeschränkt. Zum Tagesablauf ist

bekannt, dass der Beschwerdeführer zwischen 8.00 und 9.00 Uhr aufstehe, etwas esse und die Einkäufe erledige. Oft gehe er zu Fuss, manchmal benutze er das Auto. Während – seltenen – schmerzfreien Phasen helfe er im Haushalt. Er interessiere sich sehr für Dokumentarfilme und pflege die Astronomie als Hobby. Oft lese er Dokumentationen im Internet (Urk. 10/57/19-33 S. 5 oben). In der Ehe gehe es momentan relativ gut. Sie machten jedes Jahr zusammen Ferien in Portugal (dieses Jahr beinahe vier Monate) und jeweils einige Wochen in Italien (Urk. 10/57/19-33 S. 3 f.). Die Tochter sei von Zuhause ausgezogen, es bestünden aber enge Kontakte zu ihr (Urk. 10/57/19-33 S. 5 unten).

Daraus kann indessen nicht ohne weiteres auf eine rechtserhebliche Gesundheitsschädigung beziehungsweise auf einen (bestimmten) funktionellen Schweregrad der Störung geschlossen werden. Vielmehr sind das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 28 1 E. 4.3.1.1). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass Dr. H.____ davon ausging, dass krankheitsfremde Faktoren dafür verantwortlich seien, dass der Beschwerdeführer nicht arbeitstätig sei. Als

psychosoziale Faktoren nannte er das Alter des Beschwerdeführers, die lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, die Invalidität seiner Ehefrau, das subjektiv starke Krankheitsgefühl und die Tatsache, dass er mit der Arbeitswelt abgeschlossen habe (vgl. vorstehende E. 4.4) . Die vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren sprechen gegen das Vorliegen eines Krankheitsgeschehens, das im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne als schwer zu bezeichnen ist.

Zum zweiten Indikator („Behandlungserfolg oder -resistenz“) ergibt sich aus dem interdisziplinären Gutachten , dass die therapeutischen Möglichkeiten nicht vollumfänglich ausgeschöpft sind . So sei die medikamentöse Compliance des Beschwerdeführers nicht optimal. Eine genügende Einnahme der antidepressiv wirkenden Medikamente könne die Dysthymie verbessern respektive Rückfälle verhindern. Eine psychiatrische Stütztherapie wurde indessen nicht für notwendig befunden (vgl.

Urk. 10/57/19-33 S. 11 Mitte).

Eine massgebliche Komorbidität ist nicht ausgewiesen. Die psychische Komorbidität ist gemäss interdisziplinärem Gutachten vom November 2014 seit ein bis zwei Jahren gebessert , eine bedeutende Psychopathologie liege nicht vor .

Zudem ergibt sich aus dem Gutachten nicht, dass sich die akzentuierten Persönlichkeitszüge (eher unsicher, zurückhaltend, etwas scheu, vgl. Urk. 10/57 S. 24 f.) für sich alleine oder insgesamt im Kontext mit der somatoformen Schmerzstörung und der Dysthymie limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (Urk. 10/57/19-33 S. 7 f., S. 9 Mitte). Den somatischen Diagnosen (chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom; Panvertebralsyndrom ; diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose) kommt gemäss Beurteilung im Gutachten ebenfalls kein langandauernder Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Angesichts der geschilderten Tagesaktivitäten und der Auslandsaufenthalte ist somit insgesamt nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer ressourcen hemmenden Wirkung der komorbiden Störungen auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1).

6. 7

Betreffend die Kategorien Persönlichkeit und sozialer Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer

im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/57/19-33) als eher scheu und zurückhaltend charakterisiert wurde. Es handle sich jedoch um eine Normvariante; er habe früher trotz dieser Eigenart arbeiten können, was auch heute gelte (S. 10 Mitte).

Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor (S. 7 Mitte). Beim Beschwerdeführer bestehen

im Wesentlichen eine leicht gedrückte Grundstimmung und eine Fixierung auf die Schmerzen .

Ein ausgeprägter sozialer Rückzug liegt nicht vor. Der Beschwerdeführer lebt mit seiner Ehefrau zusammen und hat ein enges Verhältnis zu seiner Tochter . Er hat eine gute Ehegemeinschaft und eine regelmässige Tagesgestaltung, pflegt ein Hobby und hält sich jedes Jahr länger in Italien und Portugal auf.

Dies wirkt sich günstig auf seine Ressourcen aus. 6. 8

Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz. Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/57/19-33) wurde festgehalten, dass die Ressourcen subjektiv massiv eingeschränkt seien, was psychiatrisch nicht nachvollziehbar sei (S. 15 oben).

Der Beschwerdeführer erledigt Einkäufe,

fährt Auto, hilft gelegentlich im Haus halt, liest und unternimmt jeweils längere Ferienreisen . Diese Umstände sprechen für das Vorhandensein persönlicher Ressourcen. Da der Beschwerdeführer die vom Hausarzt verordneten antidepressiven Medikamente zumindest im Untersuchungszeitpunkt nicht zuverlässig eingenommen hatte (vgl.

Urk. 10/57/19-33

S. 7 oben und S. 11 Mitte) , erscheint schliesslich ein erheblicher Leidensdruck zumindest fraglich. 6. 9

Vor diesem Hintergrund ist eine aus der chronischen Schmerzstörung, der Dys thymie und den akzentuierten Persönlichkeitszügen resultierende invalidenversicherungsmassgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich.

Die Berichte der Stiftung Z. ___ und der Stiftung A. ___ vermögen nichts daran zu ändern, ist doch die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E.

4.2.2 mit Hinweis).

Folglich ist gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. G. ___ und Dr. H. ___ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in den bisher ausgeübten Tätigkeiten als auch in einer geeigneten Verweistätigkeit auszugehen. 7 . 7.1

Das Bundesgericht geht vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist.

Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann.

In ganz besonderen Ausnahmefällen hat die Rechtsprechung dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorerhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).
7.2

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahin gehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Beschwerdegegnerin zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011

E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass solche versicherte Personen aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selber wieder einzugliedern. Dies führt zwar für die Betroffenen nicht zu einer Art Besitzstandsgarantie. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf. Ausnahmsweise kann eine Selbsteingliederung allerdings auch trotz fortgeschrittenem Alter ohne vorgängige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zumutbar sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_680/2014 vom 15. Mai 2015 E. 6.2.4, 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3 und 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5). Zur Feststellung der zumutbaren Selbsteingliederung ist auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung oder auf den darin verfügten Zeitpunkt der Rentenaufhebung abzustellen. In diesem Zeitpunkt ist für die versicherte Person ohne Zweifel klar, dass ihr Rentenanspruch unsicher ist und sie sich neu orientieren muss (BGE 141 V 5 E. 4.2.1). 7.3

Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Juni 2016 (Urk. 2) war der am 10. April 1958 geborene Beschwerdeführer 58 Jahre alt, weshalb er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Personenkreis fällt.

Den Angaben zur Berufsbiographie ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ohne abgeschlossene Ausbildung in Italien als Maurer tätig war (vgl. Urk. 10/1/4). Seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1975 arbeitete er bei verschiedenen Arbeitgebern als Hilfsarbeiter (vgl. Lebenslauf, Urk. 10/60/1). Zuletzt war der Beschwerdeführer von August 1995 bis April 2004 als Schleifer und Polierer von Brillengläsern tätig (vgl. Urk. 10/6 S. 1). 7.4

Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer vor Einstellung der Invalidenrente berufliche Massnahmen in Form einer Potentialabklärung (Urk. 10/63) sowie eines Belastbarkeitstrainings (Urk. 10/73).

Vom 30. März bis 24. April 2015 fand eine Potentialabklärung der Stiftung

Z.____ statt. Aus dem Abschlussbericht der Z.____

vom 8. Mai 2015 (Urk. 10/69) ergibt sich, dass die Präsenzzeit von drei Stunden für den Beschwerdeführer gut möglich gewesen sei, bei der Steigerung auf fünf respektive sechs Stunden sei er an seine Grenzen gestossen (erhöhte Müdigkeit, Zunahme der Verspätungen) und habe zusätzliche Pausen während des Programms und Erholungszeit am Abend gebraucht (S. 4 unten).

Aufgrund der Schmerzsymptomatik, der Hilfs- und Antriebslosigkeit, verbunden mit langer fehlender Arbeitspraxis, könne aktuell nicht von einer verwertbaren Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden (S. 5 oben).

Er in Aufbautraining in einem leistungsreduzierten Rahmen erscheine als angezeigt (S. 5 Mitte).

Ab dem 22. September 2015 absolvierte der Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining bei der Stiftung

A.____. Dem Schlussbericht vom 10. Dezember 2015 (Urk. 10/80) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei allem mitgemacht habe, ohne motiviert zu sein. Er habe müde und antriebslos gewirkt. Seine Schmerzen hätten sich während dem Belastbarkeitstraining verstärkt, so dass er mehr Schmerzmittel einnehmen müsse. Ab dem 28. Oktober 2015 sei der Beschwerdeführer nicht mehr im Belastbarkeitstraining erschienen. Am 5. November 2015 sei er in das Zürcher Reha Zentrum

C.____ eingetreten, weshalb die Massnahme vorzeitig abgebrochen worden sei (S. 3 unten).
7.5

Insgesamt sind die seitens der Beschwerdegegnerin durchgeführten Eingliederungsmassnahmen als genügend zu beurteilen.

Soweit das Abbrechen des Belastbarkeitstrainings im Widerspruch zur Beurteilung im interdisziplinären Gutachten (keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) steht, ist auf die in hohem Masse vorhandenen psychosozialen Faktoren hinzuweisen (vgl. vorstehende E. 4.4).

Der Beschwerdeführer ist sowohl in der zuletzt

ausgeübten Tätigkeit als auch in einer geeigneten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, weshalb keine Einschränkung des Leistungsvermögens in erwerblicher Hinsicht, mithin keine Invalidität mehr vorliegt.

Die angefochtene Verfügung vom 1. Juni 2016 erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 8.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannNeuenschwander-Erni

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