

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00893 vom 13. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00893

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00893 du 13 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00893 del 13 marzo 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 Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Geuch 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 unterchiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für

sich alle in 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 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

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

E. 1.5

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). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 1. Juli 2016 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 25. August 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und festzustellen, dass er weiterhin Anrecht auf die ganze IV-Rente habe. Es sei unter Feststellung, dass er weiterhin Anrecht auf die ganze IV-Rente habe, die angefochtene Verfügung aufzuheben und den Fall an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer Abklärung zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 29. September 2016 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 1. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien, weshalb neue Arztberichte sowie ein neues Gutachten eingeholt worden seien. Dieses sei umfassend, nachvollziehbar und plausibel in seinen Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestützt werden könne. Seit 2011 sei eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ersichtlich. Es sei seit 2011 aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr zu begründen. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig. Daher bestehe kein An

spruch mehr auf eine Invalidenrente (S. 2). Berufliche Massnahmen seien geprüft worden. Sollte der Beschwerdeführer weitere Unterstützung benötigen, könne er sich jederzeit mit einem schriftlichen Gesuch an sie wenden (S. 3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass die Diagnosen gemäss Gutachten des A.____ aus dem Jahre 2003 fast identisch mit denjenigen im Gutachten der E.____ aus dem Jahre 2015 seien. Der einzig bedeutende Unterschied sei die Beurteilung der Schwere der Depression. Es würden Zweifel am Gutachten des E.____ erhoben. Er sei seit 2001 in psychiatrischer Behandlung. Der behandelnde Arzt habe bei ihm im November 2002 eine schwere depressive Störung auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. In allen darauffolgenden Jahren habe der behandelnde Psychiater festgestellt, dass keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (S. 3). Die Ärzte des Sanatoriums F.____ hätten nach dreiwöchiger stationärer Behandlung im Bericht vom April 2016 ebenfalls festgestellt, dass er an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode leide (S. 4). Es gehe ihm heute viel schlechter als noch vor einigen Jahren. Er lebe in fast totaler Isolation, pflege keine Kontakte zu Mitmenschen, habe keine Hoffnung mehr und behaupte, er würde in einem Rollstuhl landen (S. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Einstellung der bisherigen ganzen Rente rech tens ist. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer bezog seit dem 1. Dezember 2001 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 7/30). Im Rahmen einer amtlichen Revision hob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 14. März 2013 (Urk. 7/95) die bisherige ganze Rente per Ende des auf die Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf. Mit Urteil vom 20. August 2013 des hiesigen Gerichts wurde diese Verfügung aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiter hin Anspruch auf eine ganze Rente und die Beschwerdegegnerin aktiv Integrationsmassnahmen zu prüfen habe (Urk. 7/108). 3.2

Das Bundesgericht geht vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung zum IVG, 3. Auflage, Zürich 2014, RZ 61 S. 436). 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 vorderhand 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 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010, E. 4.2.2).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 dahingehend präzisiert, dass die revisions- oder wiedererwägungswise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei verschiedenen 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 (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 wie der 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 (vgl. erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011, E. 3.5). 3.3

Im Zeitpunkt der Renteneinstellung im März 2013 war der Beschwerdeführer 56 Jahre alt und bezog seit über 12 Jahren eine ganze Rente. Damit fällt er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis.

Nachdem mit Urteil vom 20. August 2013 (Urk. 7/108) festgestellt worden war, dass beim Beschwerdeführer nicht von der sofortigen Verwertbarkeit der medizinisch attestierten Restarbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen ist, wurde der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin zu einem Standortgespräch eingeladen (Urk. 7/115, Urk. 7/119), wobei festgehalten wurde, dass die lange Abwesenheit vom Arbeitsprozess, das Alter von 57 Jahren und die eher pessimistische Einschätzung des Beschwerdeführers die Wiedereingliederung deutlich erschweren dürften. Zudem seien seine Deutschkenntnisse nicht sehr gut (Urk. 7/119 S. 3 unten). Vom 6. bis 30. Mai 2014 fand sodann eine Potentialabklärung statt (Urk. 7/129). Dem Schlussbericht der Potentialabklärung vom 30. Mai 2014 ist zu entnehmen (Urk. 7/132), dass der Beschwerdeführer die erste Woche im Belastbarkeitstraining absolviert habe und danach im Flughafen bei G. ein gesetzt worden sei. Im Belastbarkeitstraining habe der Beschwerdeführer kreative Tätigkeiten absolviert, an diversen Gruppenprogrammen wie Gesprächsgruppen teilgenommen, Einzelgespräche gehabt, Valpar-Testungen gemacht sowie kognitive Fähigkeiten am Computer trainiert. Bei G. habe er Besteck entgegengenommen, sortiert und gereinigt, Schubladen nach Vorgabe ausgerüstet und Servietten nach Vorlage gefaltet (S. 2). Der Beschwerdeführer habe sich bemüht, die ihm gezeigten Arbeiten und Tätigkeiten auszuführen. Es habe jedoch aufgrund der sprachlichen Schwierigkeiten für die anleitenden Personen einen hohen Aufwand dargestellt, ihm die verschiedenen Aufgaben zu erklären. Der Beschwerdeführer habe sehr langsam gearbeitet. Auch bei Routinearbeiten, die er mehrmals ausgeführt habe, sei keine Gewöhnung an den Arbeitsablauf festzustellen gewesen. Zu dem habe der Beschwerdeführer keine Eigeninitiative gezeigt. Der Beschwerdeführer sei zwar immer pünktlich erschienen und habe sich korrekt abgemeldet, wenn er krank gewesen sei, was einmal vorgekommen sei. Er habe jedoch die Tätigkeit vom Vortag nicht ohne Anweisung aufnehmen können. In den Einzelgesprächen sei er auf seine körperlichen Beschwerden, insbesondere die Rücken- und Nackenschmerzen fixiert gewesen. Er habe müde und bedrückt gewirkt (S. 3). Die Leistungsbeurteilung des Beschwerdeführers für eine Wiedereingliederung werde zum momentanen Zeitpunkt gesamthaft als nicht gegeben beurteilt. Da sich Einstellungen und Verhaltensweisen nur langsam verändern würden, könne auch mittelfristig nicht von

einer realistischen Chance der Wiedereingliederung ausgegangen werden. Obwohl der Beschwerdeführer arbeitsmarktrelevante Ressourcen mitbringe, seien die Einschränkungen den Faktoren höher zu gewichten. Das Potenzial für eine Wiedereingliederung sei als gering zu beurteilen und ein Aufbaubeziehungsweise Arbeitstraining werde als nicht sinnvoll erachtet. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführer bezogen auf eine einfache repetitive Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt werde auf 25 bis 30 % eingeschätzt, da er sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht bei maximal vier Stunden Anwesenheit einer verminderten Leistung erbracht habe (S. 4).

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Folge die Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung ab (Urk. 7/134). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/167-182) erliess die Beschwerdegegnerin die vorliegend angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2016 (Urk. 2). 3.4

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 20. August 2013 angeordneten Eingliederungsbemühungen unternommen hat. Sie hat dem Beschwerdeführer demnach vor der Renteneinstellung genügend Eingliederungshilfe geleistet. Dass diese ohne Erfolg geblieben sind, ist vorliegend nicht relevant. So kann von gescheiterten Eingliederungsbemühungen nicht ohne Weiteres auf eine Invalidität geschlossen werden, zumal sich die im Schlussbericht aufgeführten Einschränkungen nicht medizinisch begründen lassen (vgl. nachstehend E. 5.1 ff.) und allfällige Sprachschwierigkeiten nicht IV-relevant sind. Auf welche Gründe das Scheitern der Eingliederungsbemühungen zurückzuführen ist, kann vorliegend offen bleiben. Weitere berufliche Massnahmen erscheinen in dieser Situation nicht erfolgversprechend, weshalb darauf verzichtet werden durfte. 3.5

Es bleibt damit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in relevantem Ausmass verbessert hat, so dass die Rente aufgehoben werden durfte. 4. 4.1

Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 30. Oktober 2003 (Urk. 7/30) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Arztberichte zugrunde. 4.2

Dr. med. H.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, berichtete am 27. Mai 2002 (Urk. 7/8/1-4) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A): - chronisches zervikolumbal betontes Panvertebralsyndrom bei Fehllage und Fehlbelastung der Wirbelsäule - chronische Knieschmerzen bei Chondropathia patellae beidseits - schwere depressive Entwicklung

Sie führte aus, dass der Beschwerdeführer seit einem Jahr zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 1 lit. B). Der Gesundheitszustand sei stationär. Es handle sich um eine schwere depressive Entwicklung, wobei der Beschwerdeführer trotz permanenter psychiatrischer Betreuung und Psychotherapie immer noch nicht arbeitsfähig sei. Nebenbei bestünden bei wegungs- und belastungsabhängige Rückenschmerzen. Im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit scheine seine psychische Situation dominierend zu sein. Aufgrund der jetzigen psychischen Situation könne ihm keine Arbeit zugemutet werden. Aus rheumatologischer Sicht wäre ihm eine rüchenschonende Arbeit zu 50 % zumutbar (S. 2). 4.3

Dr. med. I.____ berichtete am 15. November 2002 (Urk. 7/11) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A): - schwere depressive Störung auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit - chronisches zervikolumbal betontes Panvertebralsyndrom bei Fehlbelastung der Wirbelsäule - chronische

Knieschmerzen bei Chondropathia patellae beidseits

Er führte aus, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit dem 20. Dezember 2000 zu 70 % arbeitsunfähig sei (S. 2 lit. B). Der Beschwerdeführer habe einen depressiven und besorgten Eindruck gemacht, sei psychomotorisch verlangsamt, ängstlich und unsicher (S. 2). Durch die durchgeführte Therapie sei es bis jetzt zu keiner Besserung des Zustandes gekommen. Der Beschwerdeführer sei trotz der Therapie immer depressiv, zurückgezogen und ängstlich. Er habe auch über Schlaflosigkeit und Zwangsgedanken, die ihn auch tagsüber zunehmend plagen würden, geklagt. Er habe starke Konzentrationsschwierigkeiten und fühle sich müde. Dazu leide er unter intensiven Schmerzen, die sich auch bis jetzt therapieresistent gezeigt hätten. Der Zustand habe sich chronifiziert. Die Prognose bleibe ungewiss, sei aber eher schlecht (S. 3). 4.4

Die Ärzte des A. ___ erstatten ihr polydisziplinäres Gutachten am 25. August 2003 (Urk. 7/23) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers in den Fachrichtungen Allgemeine innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie. Sie nannten folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4): - schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 10 Ziff. 4): - panvertebrales, vorwiegend weichteilrheumatisches Beschwerdesyndrom - leichte Fehlform und diskrete degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) - Adipositas - Status nach Spontanpneumothorax (zirka 1986)

Sie führten aus, dass sich der Beschwerdeführer bei der rheumatologischen Untersuchung etwas schwerfällig, jedoch uneingeschränkt bewege. Die Wirbelsäule werde normal bewegt, sei jedoch leicht diffus druckdolent, ebenso die panvertebrale Muskulatur, welche locker und symmetrisch sei. Es bestehe ein generalisierter leichter Palpationsschmerz, nicht den klassischen Fibromyalgiepunkten entsprechend. Radiologisch zeige sich auf Höhe der Brustwirbelsäule (BWS) ein Status nach leichtem Morbus Scheuermann. Im unteren HWS-Bereich sehe man beginnende degenerative Veränderungen, insbesondere eine Chondrose C4/5. Die übrigen Wirbelsäulenbefunde, das Becken sowie die mitgebrachten Bilder beider Kniegelenke seien normal. Aus rheumatologischer Sicht handle es sich um ein panvertebrales, vorwiegend weichteilrheumatisches Beschwerdesyndrom bei diskreter Fehlform der Wirbelsäule, welche die Arbeitsfähigkeit für körperlich nicht stark belastende Tätigkeiten, wie zuletzt als Küchenhilfe, nicht einschränke.

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer deutlich bedrückt und depressiv, im Denken verlangsamt wie auch eingeengt auf seine orientierungslose Leidenssituation. Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie Verlust des Selbstwertgefühls und des Selbstvertrauens wie auch unangemessene Schuldgefühle dominierten das Krankheitsbild. Der Beschwerdeführer klage über Angst- und Panikzustände, Ein- und Durchschlafstörungen sowie über psychovegetative Symptome. Es handle sich hier um eine schwere depressive Erkrankung. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit deshalb deutlich reduziert, sie betrage aktuell nur 25 bis 30 % (S. 11).

Zusammenfassend und bei Beurteilung aller Gegebenheiten und Befunde betrage die Arbeitsfähigkeit wegen der psychischen Erkrankung zum jetzigen Zeitpunkt generell nur 30 % (S. 11 f.). Die Wiedereingliederung in einem geschützten Umfeld werde empfohlen, beginnend mit zwei bis drei Stunden täglich. Ausserdem werde empfohlen, die antidepressive Medikation zu intensivieren. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit bestehe

schon seit mindestens Dezember 2000 (S. 12). 5. 5.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung vom 1. Juli 2016 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nach folgenden Berichte. 5.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 11. April 2011 (Urk. 7/59) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Er nannte folgende Diagnosen (S. 7 Ziff. 4): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - bei depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4)

Er führte aus, dass die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10

F45.40 vom Beschwerdeführer nicht ausreichend erfüllt würden. Es sei stattdessen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 auszugehen (S. 12). Der Beschwerdeführer sowie die Akten würden zudem depressive Symptome nennen. Die diesbezüglichen Hinweise seien in den Akten meist nur qualitativ knapp nachvollziehbar. Aufgrund des Berichts vom April 2010 des Medizinischen Zentrums

J.____ könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die im Jahre 2003 postulierte „schwere depressive Episode“ ab Februar 2010 aus (objektiver) psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht remittiert sei (S. 12).

Formal seien die Bedingungen für die Diagnose einer depressiven Episode aus rein medizinischer Sicht nicht erfüllt. Eine eigenständige depressive Episode gemäss ICD-10 könne nicht begründet werden, da objektive Symptome nicht ausreichend vorlägen (S. 14). Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ab Februar 2010 und heute im Vergleich zum Juli 2003 könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (S. 15). Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus rein medizinischer Sicht in bisheriger und angepasster Tätigkeit im Längsschnitt der bisherigen Krankengeschichte ab Februar 2010 bezüglich der Angst und depressiven Störung gemischt mit weniger als 20 % anzunehmen.

Eine Angst und depressive Störung (gemischt, ICD-10 F41.2) führe im Fall des Beschwerdeführers aufgrund der geringen vor allem im rein Subjektiven verbleibenden Symptome nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 15). Zusammenfassend würden im Fall des Beschwerdeführers die Defizite aufgrund einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und /

oder einer Angst und depressiven Störung aus rein medizinischer Sicht keine relevante (mehr 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen. Im Fall des Beschwerdeführers seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitszustands und/ oder einer Unzumutbarkeit

zu deren Überwindung begründen könnten (S. 16). 5.3

Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, erstattete ihr internistisch-rheumatologisches Gutachten am 12. August 2011 (Urk. 7/75) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannte folgende Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 7.1): - Panvertebralsyndrom bei - HWS: zervikospodylogem Syndrom links mit - degenerativen Veränderungen und einer - kleinen Diskushernie C5/6 mit diskaler Kompression der Nervenwurzel C6 rechts, die neurophysiologisch nicht nachweisbar sei (Mai 2011) und

- Neuroforamenstenose C 6/ 7 mit möglicher Tangierung der Nervenwurzel C7 links (MRI Mai 2011) und - Zeichen einer durchgemachten Läsion der Nervenwurzel C7 links - ohne Zeichen einer aktuellen Läsion (Nadel-EMG und Neurographie Mai 2011) und - Lendenwirbelsäule (LWS): lumbovertebrales bis lumbospodyloges Syndrom links bei - degenerativen Veränderungen der LWS - ohne Nervenwurzelkompressionen (MRI Mai 2011)

Sie führte aus, dass die vorhandenen Befunde weder das Ausmass noch die Dauer der Beschwerden des Beschwerdeführers erklären würden. Im Vergleich zur Beurteilung vom August 2003 sei aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Veränderung feststellbar. Aufgrund seiner Klagen, der Anamnese, der klinischen Untersuchung sowie den Resultaten der bildgebenden sowie der Laborabklärungen könne der Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % ausüben (S. 39). Er sei durch die eingeschränkte Funktion der Wirbelsäule limitiert.

Rückenfunktionseinschränkungen könnten sich je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit auswirken, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen. Bei HWS-Problemen seien oft zu sätzlich Überkopparbeiten sowie Vibrationen, bei Problemen am thorakolumbalen Übergang Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers zu meiden. Das längere Verharren in vornübergeneigter Haltung - ob stehend oder sitzend - sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Er könne Lasten bis 15 kg heben oder tragen (leichtes bis mittelschweres Belastungsniveau). Die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe im Krankenhaus Z.____

sei adaptiert. Er könne sie zu 100 % ausüben. Aus rheumatologischer Sicht sei er nie langfristig arbeitsunfähig gewesen (S. 40) . 5.4

Dr. B.____ nahm am 10. Oktober 2012 Stellung (Urk. 7/89) zu neu eingehenden Berichten und führte zur stationären Behandlung im Sanatorium F.____ aus, dass die nach 11 Tagen erfolgreiche stationäre Behandlung eines depressiven Syndroms dokumentiert werde. Als möglicher psychosozialer Auslöser werde auf die Einstellung einer Rente verwiesen. Die Diagnose werde nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem diskutiert. Ein depressives Syndrom bei Beginn der Behandlung sei qualitativ nachvollziehbar, der (quantitative) Schweregrad bleibe unklar. Es werde bei der Beurteilung weitgehend auf die rein subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt. Die als wahnhaft beurteilten Symptome seien sehr spärlich und könnten durch aus dem kulturell geprägten Versuch entsprechen, die innere Befindlichkeit zu verdeutlichen. Hierzu (und zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht) nähmen die Autoren nicht Stellung (S. 2 f.) .

Zum Bericht von Dr. I.____ wird ausgeführt, dass dieser weder zur Einschätzung im

Gutachten vom 11. April 2011, noch zur deutlich verbesserten Gesundheitssituation des Beschwerdeführers bei Klinikaustritt am 21. November 2011 Stellung nehme. Seine seit Dezember 2000 unveränderte biopsychosoziale Einschätzung als langjährig

behandelnder Psychiater sei bereits im Gutachten vom April 2011 zur Kenntnis genommen, kritisch diskutiert und - soweit nachvollziehbar - versicherungsmedizinisch angemessen berücksichtigt worden. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Kategorie ICD-10 F60.xx) sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit Bezug auf das ICD-10 nicht nachvollziehbar. Ein ängstlich-depressives Syndrom bei körperlichen Missempfindungen sei aufgrund dieses Berichts qualitativ nachvollziehbar, der (quantitative) Schweregrad bleibe unklar. Es werde bei der Beurteilung (inklusive zur Arbeitsfähigkeit) weitgehend auf die rein subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt (S. 3 f.).

Es würden in beiden Berichten aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine neuen wesentlichen objektiven relevanten Tatsachen beschrieben, die die Beurteilung im Gutachten vom April 2011 verändern würden. Der Bericht des Sanatoriums

F.____

dokumentiere eine erfolgreiche Behandlung eines depressiven Syndroms innerhalb sehr kurzer Frist. Dr. I.____ wiederhole seine bekannten Einschätzungen. Beide Berichte stünden in keinem wesentlichen inhaltlichen Widerspruch zur Beurteilung des Gesundheitsschadens, wie er im Gutachten vom April 2011 erläutert werde. Im Gutachten würden gemäss ICD-

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Die Rentenzusprache im Jahr 2003 erfolgte gemäss Feststellungsblatt vom 15. September 2003 (Urk. 7/26) gestützt auf das Gutachten des A.____ von 2003 (vgl. vorstehend E. 4.4). Damals standen neben den somatischen Diagnosen vor allem psychische Faktoren im Vordergrund, aufgrund welcher eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten attestiert wurde.

Gestützt auf das E.____-Gutachten vom 13. November 2015 (vgl. vorstehend E. 5.5) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass beim Beschwerdeführer insbesondere durch die Rückbildung der psychischen Beschwerden diese zugleich nunmehr keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt werden könnten, womit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes auszuweisen sei und der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

Der Beschwerdeführer machte jedoch geltend, es würden keine Anhaltspunkte für eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes bestehen. Zudem bemühe er das E.____-Gutachten (Urk. 1. S. 3 ff.).

E. 6.2

In somatischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert. So stimmen die somatischen Diagnosen im Gutachten des A.____ von 2003 (vgl. vorstehend E. 4.4) mit denjenigen im E.____-Gutachten vom November 2015 (vgl. vorstehend E. 5.5) im Wesentlichen überein. Bereits im Jahre 2003 führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer leide auf der Ebene des Bewegungsapparates vor allem an einem paravertebralen, vorwiegend weichteilrheumatischen Beschwerdesyndrom bei leichter Fehlform und diskreten degenerativen Veränderungen der HWS. Bezogen auf die körperlichen Beschwerden bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich nicht

stark belastende Tätigkeiten (E. 4.4).

Damit besteht eine wesentliche Übereinstimmung mit der Beurteilung der E.____-Gutachter (E. 5.5), wonach der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht an chronischen Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere zervikal und lumbal, leide und bildgebend gewisse degenerative Veränderungen hätten festgestellt werden können. Auch in der aktuellen Untersuchung habe kein erhebliches pathomorphologisches Korrelat erhoben werden können, das eine andauernde Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe zu begründen vermöchte. So könnten lediglich eine Einschränkung für rückenbelastende Tätigkeiten und repetitive Überkopftätigkeiten attestiert werden.

E. 6.3

Was die psychischen Beschwerden betrifft, ist seit den Beurteilungen in den Jahren 2002 und 2003 (vgl. vorstehend E. 4.3, E. 4.4) eine wesentliche Besserung eingetreten. Die Ärzte des A.____ (vgl. vorstehend E. 4.4) diagnostizierten eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2).

Im E.____-Gutachten von 2015 (Urk. 7/161) wurde hinsichtlich der depressiven Erkrankung lediglich noch eine anhaltende leichte depressive Episode gemäss ICD-10 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Dass beim Beschwerdeführer keine psychopathologischen leistungsbeeinträchtigenden Befunde mehr hätten erhoben werden können und demnach eine Verbesserung eingetreten sei, begründeten die E.____-Gutachter damit, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome in der Untersuchung kaum hätten objektiviert werden können und es im Verlauf zu einer Therapie resistenz gekommen sei. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder eine Zwangssymptomatik fänden sich ebenfalls nicht. Zudem stünden die wenigen Behandlungsstunden bei Dr. I.____ im Widerspruch zu einer Behandlung einer mittelgradigen oder gar schweren depressiven Symptomatik. Der klinische Eindruck sei ausgeglichen, fast gleichgültig. Der Beschwerdeführer wirke nicht vermehrt angespannt oder ängstlich (S. 40). Somit sei der Befund während der

Untersuchungssituation unauffällig gewesen. Aus psychiatrisch-objektiver Sicht bestünden keine psychopathologischen Funktionseinschränkungen mehr, womit im Vergleich zur diagnostischen Einordnung der Ärzte des A.____ eine veränderte Situation vorliege. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich zusammenfassend weder mit der leichten depressiven Episode noch mit der ebenfalls diagnostizierten chronischen Schmerzstörung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Vielmehr stünden die Verdeutlichung, die Non compliance sowie IV-fremde Faktoren im Vordergrund (S. 49).

E. 6.4

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das E.____-Gutachten vom 13. November 2015 (vorstehend E. 5.5) auf den für die strittigen Belange umfassenden Untersuchungen beruht und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. So machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass ab April 2011 eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe weiterhin bestehe (S. 50). Sie zeigten zudem auf, dass seit 2011 bis heute ein stationärer Verlauf aus somatischer Sicht bestehe und aus psychiatrischer Sicht eine deutliche Besserung eingetreten sei (S. 51) mit einem leicht schwankenden Verlauf, was aber im Sinne eines reaktiven

Geschehens auf die ablehnende Verfügung gewertet werden müsse (S. 52).

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vor genommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise auf, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der er hoben, objektiven somatischen Befunde und einer fehlenden klinisch rele van ten, leistungsbeeinträchtigenden psychischen Störung keine Einschränkung der Ar beitsfähigkeit sowohl für die angestammte wie auch für ange passte Tätigkeiten mehr vorliege.

Das Gutachten ist für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt da mit entgegen dem Beschwerdeführer die praxisgemässen Kriterien (vgl. vor stehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf ab gestellt wer den kann.

E. 6.5

Auf den Bericht von Dr. I.____ (vgl. vorstehend E. 5.7), wonach sich der Zustand des Beschwerdeführers nicht verbessert habe und nach wie vor eine schwere depressive Episode vorliege, kann nicht abgestellt werden. Die darin erwähnte depressive Störung entbehrt einerseits einer Grundlage im be schrie benen Befund und basiert vorwiegend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, welche für die Beurteilung jedoch nicht massgebend sind . Er begründete seine Einschätzung weder näher noch machte er An ga ben zu funktionellen Einschränkungen, sondern berichtete lediglich von ei ner unver änderten Situation bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwer de füh rers. Seine Ausführungen vermögen die ausführliche und ein ge hend be grün dete Beurteilung durch die E.____ -Gut achter nicht zu ent kräf ten .

Auch dem Bericht der Ärzte des Sanatoriums F.____ (vgl. vorstehend E. 5.8) sind keine neuen Erkenntnisse zu entnehmen. So liessen sich diese bei ihrer Beurteilung vorwiegend von den subjektiven Angaben des Beschwer defüh rers leiten ohne die objektiven Befunde adäquat zu berücksichtigen.

Es wurden demnach keine neuen objektiven Erkenntnisse vorgebracht, wel che die ausführlich begründete Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Ar beitsfähigkeit im E.____-Gutachten von 2015 umstossen könnten.

E. 6.6

Zusammenfassend ist aufgrund des polydisziplinären E.____-Gutachtens mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegen den Wahrscheinlichkeit ins besondere in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszu standes des Beschwerdeführers ausgewiesen. So bestehen im Vergleich zur Rentenzusprache im Jahr 2003 keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswir kung auf die Ar beits fähigkeit mehr. So konnte ein unauffälliger psychischer Befundstatus fest ge stellt werden und der erhobene klinische orthopädische Befund steht einer Tätigkeit gemäss beschriebenem Zumutbarkeitsprofil nicht entge gen.

Somit ist gestützt auf das E.____-Gutachten von November 2015 davon auszu gehen, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen und der Beschwer deführer nunmehr in einer rückenadaptierten Tätigkeit zu 100 % ar beitsfähig ist . 7. 7.1

Zu prüfen bleibt die Rechtsfrage, ob der Beschwerdeführer angesichts seines Alters nach allgemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unter stell ten Arbeitsmarkt noch

als vermittelbar gelten kann.

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertbarkeit auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (vgl. BGE 107 V 17 E. 2c). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweistätigkeiten massgebend sind (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_124/2010 vom 21. September

2010 E.

5.1, 9C_427/2010 vom 14. Juli 2010 E. 2.4.1, I617/02 vom 10. März

2003

E. 3.2.3). 7.2

Zur Beantwortung der Frage nach dem Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter zu beantworten ist, hat das Bundesgericht im Jahr 2012 die Rechtsprechung dahingehend präzisiert, dass auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit abzustellen sei (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3). Demnach gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil)Erwerbstätigkeit als ausgewiesen, so bald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben.

Vorliegend geht bereits aus dem Gutachten von Dr. B.____ vom 11. April 2011 (vgl. vorstehend E. 5.2) sowie dem Gutachten von Dr. C.____ vom 12. August 2011 (vgl. vorstehend E. 5.3) hervor, dass dem Beschwerdeführer sowohl die angestammte Tätigkeit wie auch angepasste rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar sind. Auch die Ärzte des E.____ bestätigten diese Einschätzung im Gutachten von November 2015 (vgl. vorstehend E. 5.5).

Somit kann davon ausgegangen werden, dass spätestens die beiden Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ im April beziehungsweise August 2011 Klarheit über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verschafften. Für die Frage der Verwertbarkeit der (Rest)Arbeitsfähigkeit ist daher der Zeitpunkt der Gutachten von Dr. B.____ und Dr. C.____ entscheidend. 7.3

Der im November 1956 geborene Beschwerdeführer war in dem für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit massgebenden Zeitpunkt (August 2011) beinahe 55 Jahre alt, was für sich allein die Verwertbarkeit noch nicht ausschliesst.

So hat das Bundesgericht einen 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Arbeiter in der Textilindustrie tätig gewesen war, als zwar nicht leicht vermittelbar erachtet. Es sah jedoch mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt gleichwohl Betätigungsmöglichkeiten, da der Versicherte zwar sachlich eingeschränkt (nur noch leichte bis mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen zumutbar), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig war (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 376/05 vom 5. August 2005 E. 4.2). Unter anderem mit Blick auf eine

Aktivitätsdauer von immerhin noch sieben Jahren war eine erwerbliche Umsetzung der Leistungsfähigkeit auch einem 58-jährigen, kaufmännisch ausgebildeten Versicherten möglich und zumutbar, der aufgrund hochgradiger Innenohrschwerhörigkeit auf einen besonderen Anforderungen genügenden Arbeitsplatz angewiesen war (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 819/04 vom 27. Mai 2005 E. 2.2). Als arbeitsmarkttauglich angesehen wurde auch die Restarbeitsfähigkeit eines 60-jährigen Versicherten mit einer unter anderem wegen rheumatologischer und kardialer Problematik um 30 Prozent eingeschränkten Leistungsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.2), gleichviel wie diejenige eines gleichaltrigen Versicherten, dem trotz verschiedener Rückenschäden ein vergleichsweise weites Spektrum zumutbarer Hilfstätigkeiten offenstand (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3). Verneint hat das Bundesgericht demgegenüber die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines über 61-jährigen Versicherten, der über keine Berufsausbildung verfügte, bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 Prozent zumutbaren feineren motorischen Tätigkeiten keinerlei Vorkenntnisse besass, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3). Als unverwertbar erachtet wurde auch die 50%ige, durch verschiedene Auflagen zusätzlich limitierte Arbeitsfähigkeit eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d). 7.4

Im Lichte der dargelegten Grundsätze und der relativ hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen ist fest zu halten, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des im massgebenden Zeitpunkt knapp 55-jährigen Beschwerdeführers nicht derart beschaffen oder gehäuft auftritt, dass sich der Schluss rechtfertigt, eine Anstellung sei nicht mehr realistisch. Dies hat selbst dann zu gelten, wenn der Zeitpunkt des E.____-Gutachtens von November 2015 für die Frage der Verwertbarkeit massgeblich wäre, da der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitpunkt knapp 60-jährig gewesen wäre. Ausserdem begünstigt der Umstand, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit wieder ausführen und demnach an eine langjährige Berufserfahrung in Hilfstätigkeiten (Küchenhilfe) anknüpfen kann, seine Eingliederungsaussichten, zumal ihm weiterhin ein breites Spektrum an Tätigkeiten offensteht. Die Anstellungsmöglichkeiten im vom Gesetz wegen als ausgeglichen zu betrachtenden Arbeitsmarkt sind somit insgesamt noch intakt. 7.5

Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und eine Renteneinstellung verfügt. Die Beschwerdegegnerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV die Rentenaufhebung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2016 folgenden Monats verfügt.

Die angefochtene Verfügung vom 1. Juli 2016 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechts, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic, Beratungsstelle für Ausländer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 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, zu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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 Schüpbach

E. 8

ATSG) sind.

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. 10

die Diagnosen chronische Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) sowie Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2), festgestellt. In den Berichten werde ebenfalls eine chronische Schmerzstörung mit ängstlich-depressiven Verstimmungen diagnostiziert. Es komme bei allen psychischen Störungen „naturgemäss“ zu Schwankungen des Ausprägungsgrades, wenn längere Zeiträume im Blick seien. Dies sei auch im Fall des Beschwerdeführers so (S. 4 f.) . 5.5

Die Ärzte des E. ___ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 13. November 2015 (Urk. 7/161) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47 Ziff. 7): - zervikales kpondylogenes Syndrom links bei - multisegmentalen degenerativen HWS-Veränderungen - medianer Diskushernie C3/4 - primär ossärer Foraminalstenose C6 beidseits linksbetont sowie osteodiskogene linksseitige Foraminaleinengung C7 -

aktivierte Facettengelenksarthrose Segment C7/T h1 links mit möglicher entzündlicher Reizung der Wurzel C8 - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei - diskreten degenerativen LWS-Veränderungen - aktivierter, linksseitiger Facettengelenksarthrose L4/5 mit kleiner Synovialzyste

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die Folgenden (S. 47 Ziff. 8): - beginnende Varusgonarthrose links - Adipositas permagna - arterielle Hypertonie - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus - chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) laut Akten - Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom laut Akten - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - anhaltende leichte depressive Episode

Sie führten aus, dass diverseste radiologische Abklärungen im Bereich der HWS gewisse, im Verlauf zunehmende degenerative Veränderungen multi segmental gezeigt hätten. Die letzte Bildgebung mittels MRI der LWS und HWS vom August 2015 habe die eben genannten Befunde bestätigt, wobei der Radiologe festgehalten habe, dass im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom Mai 2011 lediglich die entzündlichen Facettengelenksveränderungen neu aufgetreten seien, ansonsten keine relevanten Progredienzen der diskret gelegenen Befunde festzustellen gewesen sei (S. 34 f.). Klinisch finde sich in der Untersuchung eine freie HWS-Beweglichkeit sowohl im spontanen Verhalten wie auch in der expliziten Untersuchung. Von Seiten der LWS habe sich in der klinischen Untersuchung eine erhebliche Beweglichkeits Einschränkung in der expliziten Untersuchung gefunden, welche jedoch sowohl im spontanen Verhalten (An- und Ausziehen der Socken und Schuhe), wie auch beispielsweise beim Langsitz aufgegeben worden sei. Diese Beobachtung werde unterstrichen durch 4/5 positive Waddell-Zeichen, welche keinen exakten wissenschaftlichen Wert darstellen würden, jedoch durchaus für eine nicht somatische Komorbidität der geklagten Beschwerden sprechen. Es dürfe auch in Frage gestellt werden, weshalb ärztliche Beratungen und Behandlungen über 15 Jahren zu keinerlei Beschwerdebesserung geführt hätten, seien die bildgebend nachweisbaren degenerativen Veränderungen zervikal wie auch lumbal eine in der Durchschnittsbevölkerung häufig gesehene Pathologie, welche grundsätzlich jedoch nicht zu einer über Jahre andauernden Arbeitsunfähigkeit, insbesondere für adaptierte Tätigkeiten, führe (S. 35 f.). Weiterhin erstaunlich sei, wie bereits von Dr. C. ___ in ihrem Gutachten vom August 2011 festgehalten, wie kräftig sowohl die Hand- und Fußbeschickung wie auch insbesondere die rechtsseitige Schultergürtelmuskulatur des Beschwerdeführers ausgebildet seien. Es müsse als gesichert angenommen werden, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer geschilderten Beeinträchtigungen und den tatsächlichen Alltagsaktivitäten bestehe. Von Seiten des linken Kniegelenkes finde sich in der heutigen klinischen Untersuchung eine blande Situation. Die heute vorliegenden Röntgenbilder von 2011 zeigten lediglich eine diskrete mediale Gelenkspaltverschmälerung ohne sekundäre Arthrosezeichen. Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe die Knieproblematik keine (S. 36). Zusammengefasst müsse festgehalten werden, dass seit der rheumatologischen Erstbegutachtung vom Juni 2003 lediglich bildgebend eine gewisse Progredienz der degenerativen HWS-

und weniger auch LWS-Veränderungen statt gefunden habe, klinisch jedoch bis zur heutigen Untersuchung zu keinem Zeitpunkt relevante, objektivierbare, erst recht nicht zunehmende Beeinträchtigungen hätten

festgestellt werden können, welche eine Arbeitsunfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit hätten recht fertigen können. In doch h krassem Gegensatz hierzu stehe die Einschätzung der behandelnden Ärztin Dr. H.____, die dem Beschwerdeführer seit Jahren immer wieder eine Arbeitsunfähigkeit attestiere und wiederholt ange geben habe, dass sich der Gesundheitszustand des Be schwerdeführers im Verlauf verschlechtert habe. Diese Einschätzung sei jedoch primär auf den subjektiv geklagten Beschwer den und nic ht auf objektivierbaren Kriterien basiert (S. 37).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass der Beschwerdeführer wach, orientiert und bewusstseinsklar sei. Er sei offensichtlich ehe r einfach struk turisiert, brauche für da s Verständnis der Fragen oft Erklärungen. Das Abs trak tionsvermögen sei eingeschränkt, über aktuelle Ereignisse sei er trotz TV-Konsum recht wenig informiert. Während des Gesprächs wirk ten jedoch die Aufmerksamkeit sspanne und das Gedächtnis ungestört. Der Beschwerdefüh rer beklag e eine traurige Verstimmung und reduzierte Schwingungsfähigkeit. Morgens sei es schlimmer. Er sei nicht gereizter geworden und auch nicht aggressiv. Er habe ansteigende Angst wegen Befürchtungen um die Familie, jedoch keine Panikat tacken. Der klinische Eindruck sei jedoch ausgeglichen, fast gleichgültig. Er wirke nicht vermehrt angespannt oder ängstlich. Viel meh r imponier t en theatralische Momente wie bei der Erzählung der knöcher nen Hand. Es seien k eine Zwänge und kein zwanghaftes Erl eben explorierbar (S. 39 f.). Der Beschwerdeführer berichte jetzt von einer fortbestehenden Stö rung von Antrieb, Motivation, Selbstwert, einer Reduktion der Schwin g ungs fähigkeit und vermehrten p sychosenahen Ängsten. Er beklage Deper sonali sation und Derealisa tion. Zudem bestünden Einschlafstörungen und wechs elnde Du rchschlafstörungen. Somit bestünd en rein formal hinreichende Hin weise auf eine mittelgradige depre ssive Episode. Problematisch sei, da s s die genannten Symptome in der Untersuchung kaum objektiviert werden könnten. Hier finde sich allenfalls die gleichförmige Beschwerdeschilderung ohne Aus druck vermehrter Ängstlichkeit oder Sorge. Es müsse diskutiert werden, ob die chronischen Schlafstörun gen auch durch ein Schlafapnoe-Syndrom aufrecht er halten wü rden. Eine entsprechende Abklärung schein e der Beschwer de führer begonnen, jedoch nicht abgeschlossen zu haben. Dies müsste noch über prüft werden. Der Beschwerdeführer habe wenige Ressour cen. Er sei wen ig gebildet. Auch wenn keine Testung vorliege, k önne eine Intelligenz im unte ren Normbereich angenommen werden (S. 40 f.).

Es be st ünd en insgesamt keine Diskrepanzen bezüglich der Diagnose einer chron i schen Schmerzstörung mit somati schen und psychischen Faktoren. Be züglich der Einordnun g der depressiven Symptomatik fä nden sich hingegen Unter schiede. Aktuell besteh e ein depressives

Syndrom von leichter Ausprä gung. Nachdem es zu keiner wirklichen Remission im langjährigen Verlauf ge kommen sei, sondern eher zu einer Therapieresistenz, sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung weniger angebracht. Hinweise a uf eine Persönlichkeitsstörung fä nden sich nicht. Es habe bei intensiver Explo ration keinen Hinweis auf eine Zwan gssymptomatik oder eine anankast ische Per sönlichkeit gefunden werden können, auch fehl ten Hinweise auf eine selbst unsichere Persönlichkeit. Für die Einschätzung der Invalidität spiele dies

j edoch keine Rolle. Die dokumentierten we nigen Behandlungsstunden bei Dr. I.____ st ünden zudem im Widerspruch zu einer Behandlung einer mittel schweren oder gar

schweren depressiven Symptomatik. Inzwischen liegt eine erhebliche Chronifizierung vor (S. 41 f.).

Es besteht eine langjährige psychiatrische Behandlung bei Dr. I.____. Sowohl aus Sicht des behandelnden Psychiaters als auch des Beschwerdeführers

sei es zu keiner wirklichen Symptombesserung gekommen. Es lasse sich nicht rekonstruieren, inwieweit eine leitliniengerechte Behandlung einer chronischen Depression gemacht werde. Auch finde sich keinerlei Hinweis, ob ein mal die Compliance überprüft worden sei. Im Gutachten von Dr. C.____ habe nur eines von drei Medikamenten im Blut nachweisen werden können. Dies begründe erhebliche Zweifel an der Compliance. Auch die aktuelle Spiegelbestimmung der Antidepressiva ergebe subtherapeutische Spiegel, was ebenfalls auf die schlechte Compliance deute. Die Adipositas könnte die Folge langjähriger Behandlung mit Quetiapin und Mirtozapin sein. Der Beschwerdeführer gebe keine Appetitsteigerung unter diesen Pharmaka an, was den Verdacht auf medikamentöse Noncompliance noch zusätzlich unterstütze (S. 42).

Zusammenfassend lasse sich aus rein internistischer Sicht keine Einschränkung für die frühere Tätigkeit als Küchenhilfe angeben (S. 48).

Auch aus orthopädischer Sicht könne heute kein erhebliches pathomorphologisches Korrelat erhoben werden, welches eine andauernde Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe begründen könnte. Bezüglich Arbeitsfähigkeit könne aus orthopädischer Sicht lediglich eine Einschränkung für rückenbelastende Tätigkeiten und repetitive Überkopftätigkeiten attestiert werden. Alle anderen adaptierten und körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten seien aus orthopädischer Sicht zumutbar.

Auch aus psychiatrischer Sicht lasse sich zusammenfassend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die Inkonsistenzen, die Verdeutlichung, die Noncompliance sowie die IV-fremden Faktoren stünden im Vordergrund (S.

49).

Gesamthaft beurteilt, unter Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Aspekte,

sei der Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit als Küchenhilfe weiterhin arbeitsfähig. Bezüglich näherer Begründung werde auf das Gutachten von Dr. B.____ von April 2011 verwiesen. Dort sei richtigerweise von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gesprochen worden, eine depressive Episode habe sich nicht objektivieren lassen. Im Vordergrund sei das Schmerzsyndrom gestanden, welches mit dem somatischen Korrelat nicht vollständig erklärbar gewesen sei.

Es sei auch festgestellt worden, dass der Beschwerdeführer sowohl im Dossier, im Vorgutachten als auch jetzt bezüglich diagnostischer und therapeutischer Massnahmen nicht compliant sei (beispielsweise abgebrochene Schlafapnoe-Diagnostik, wechselnde Mitarbeit in Begutachtung und Therapie im Jahr 2011 [Sprachkompetenz], Angaben zu mehrmonatlicher psychiatrischer Therapie im Gegensatz zu den Angaben durch den behandelnden Psychiater drei bis vier Termine im Jahr und Noncompliance bezüglich Antidepressiva-Therapie). Dies lasse auch an einem entsprechenden Leidensdruck erheblich zweifeln. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass ab April 2011 eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe weiterhin bestehe (S. 49 f.)

In adaptierten, körperlich leichten bis inter mit tieren d mittelschweren Tätigkei ten sei er ebenfalls seit April 2011 zu 100 % arbeitsfähig. Die frühere Tätig keit als Küchenhilfe m ü ss e in diesem Sinne auch als ada ptiert angesehen werden (S. 50). Gehe man davon aus, dass vor 201 1 aus psychiatrischer Sicht eine Depression mit invalidisierendem Aus mass vorgelegen habe, so sei der Gesundheitszustand ab 2011 deutlich besse r, indem seit 2011 aus psychiat rischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits fähi gkeit mehr begründet wer den könne (S. 51) . Von 2011 bis heute bestehe aus somatischer Sicht ein stationärer Verlauf, a us psychiatrischer Sicht ein leicht schwankender (Hospi ta lisation in F.____), was aber im Sinne eines reaktiven Geschehens auf die ablehnend e Verfügung gewertet werden müsse (S. 52) . 5.6

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trau ma tologie des Bewegungsapparates, berichtete am 18. Januar 2016 (Urk. 7/169) und führte aus, dass therapeutisch bei degenerativen zervikalen Bandscheiben mit möglichen Nervenreizungen ohne eigent liche objektivier bare neurologische Ausfälle nur muskellockernde Mass nahmen mit Wärme und eventuell Massage und angepasste Übungen emp fohlen werden könnten. Die frühere Arbeit als Küchenhilfe könne bei den festgestellten Problemen zervikal nicht mehr zugemutet werden. Aus rein orthopädisch-chirurgischer Sicht könnte eine an dieses Leiden angepasste Arbeit nach Einarbeitung halbtags zugemutet werden (S. 3). 5.7

Dr. I.____ berichtete am 12. Februar 2016 (Urk. 7/173) zuhanden der Ärzte des Sanatoriums F.____ und führte aus, dass sich die Symptomatik des Beschwerdeführers seit Dezember 2015 wieder intensiviert habe. Der Be schwerdeführer sei extrem ängstlich, tief depressiv und es würden auch Suizid gedanken auftauchen. Die ambulante Behandlung scheine nicht mehr ge nügend effizient zu sein, weswegen er den Beschwerdeführer zur Therapie in die Klinik überweisen möchte. 5.8

Die Ärzte des Sanatoriums F.____ berichteten am 14. Juni 2016 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 7. bis 28. April 2016 (Urk. 7/181/6-7) und nannten folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus Typ 2

Sie führten aus, dass sich der Beschwerdeführer auf der Station weiterhin sehr bedrückt und stark zurückgezogen präsentiere. Zu den Fachtherapien habe er, auch aufgrund der Sprachbarriere, nur mit Mühe motiviert werden können. Er habe ein starkes Vermeidungsverhalten gezeigt. Die angepasste Medikation habe beim Beschwerdeführer auch keine wesentliche Zustands ver besserung bewirkt. Da der Beschwerdeführer von den verschiedenen The rapien nur sehr wenig habe profitieren können, sei ein längerer Aufenthalt nicht als förderlich erschienen, so dass er in unverändertem Zustand ent lassen worden sei. Aufgrund der nicht vorhandenen Tagesstruktur und des Vermeidungsverhaltens werde dringend die Aufgleisung einer Beschäftigung im beschützten Rahmen oder einer Tagesklinik empfohlen. Ohne Aktivierung und regelmässige Tagesstruktur bestehe mittel- bis langfristige keine Möglic keit, dass sich der Zustand bessere (S. 2). 6.

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