

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00322 vom 29. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00322

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00322 du 29 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00322 del 29 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962 und zuletzt als Buschauffeur tätig (Fragebogen Arbeitgeber, Urk. 7/7/3), meldete sich am 20. Januar 2012 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine Depression und einen Morbus Bechterew bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 17. Juni 2014 (Urk. 7/54-58; Verfügungsteil 2, Urk. 7/46) ab dem 1. Dezember 2012 eine halbe Rente zu. Mit Verfügung vom 25. Juli 2014 (Urk. 7/63) erfolgte eine Neuberechnung der Rentenhöhe.

In der im Jahr 2015 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (Revisionsfragebogen vom 8. Juli 2015, Urk. 7/69) tätigte die IV-Stelle erneut medizinische und erwerbliche Abklärungen und holte das interdisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. med. Y.____, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Z.____, Fachärztin für Innere Medizin spezialisiert Rheumaerkrankungen, vom 24. März 2016 ein (Urk. 7/85; vgl. Urk. 7/82-83). Nachdem die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 12. April 2016 (Urk. 7/88) die Aufhebung der Rente in Aussicht gestellt hatte, erhob der Versicherte Einwand und reichte weitere medizinische Unterlagen ein (Einwand vom 11. Mai 2016, Urk. 7/91; ergänzende Einwandbegründungen vom 22. Juni und 6. Juli 2016, Urk. 7/97 und Urk. 7/100). Nach Einholung einer ergänzenden Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 25. Oktober 2016 (Urk. 7/102) äusserte sich der Versicherte erneut (Stellungnahme vom 25. November 2016, Urk. 7/107; ergänzende Stellungnahme vom 18. Januar 2017, Urk. 7/109). Die IV-Stelle hielt mit Verfügung vom 14. Februar 2017 an der Aufhebung der Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats fest (Urk. 2).

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hielt dafür (Urk. 2), dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen bestünden.

Dem Beschwerdeführer sei es allerdings aufgrund der somatischen Diagnosen nicht zumutbar, die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur auszuüben. Eine körperlich leichte Tätigkeit, bei der er nicht in der Kälte oder Nässe arbeiten müsse, sei ihm allerdings zumutbar, so dass eine beliebige Hilfsarbeitertätigkeit möglich sei. Da sich die gesundheitlichen Auswirkungen lohnmindernd auswirken könnten, sei ein Abzug von 5 % vorzunehmen. Aus dem entsprechenden Einkommensvergleich resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 4 %.

E. 1.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber vor (Urk. 1) , Prof. Y.____ sei infolge eines Streitgesprächs bezüglich der Notwendigkeit eines Übersetzers befangen, womit das Gutachten nicht verwertbar sei. Des Weiteren habe das psychiatrische Gutachten den interpersonellen Prozessen nicht Rechnung getragen, so dass es nicht als lege artis anerkannt werden könne. Hinzu komme, dass Prof. Y.____ die Aufhebung der Rente bereits anlässlich der Begutachtung in Aussicht gestellt habe, obwohl diese Entscheidung nicht ihm obliege. Entsprechend seien erneut Abklärungen zum Verlauf hinsichtlich der psychischen Gesundheit vorzunehmen.

Dr. Z.____ sei aufgrund ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit als befangen anzusehen, womit das Recht des Beschwerdeführers auf ein faires Verfahren verletzt sei. Hinzu komme, dass ihr Gutachten auch in inhaltlicher Sicht ungenügend sei und eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache keineswegs glaubhaft und nachvollziehbar nachgewiesen sei. So habe auch der behandelnde Arzt keine Verbesserung gesehen.

Des Weiteren seien im Rahmen des Einwandverfahrens medizinische Berichte über die Leisten- und Nabelbruch-Operation vom Oktober 2015 und urologische Tumoroperation im Dezember 2015 mit nachfolgender Reha eingereicht worden – trotzdem sei keine urologische und onkologische Beurteilung eingeholt worden. Dies stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dar.

Selbst bei einer bestrittenen Annahme einer Arbeitsfähigkeit sei ein maximaler Leidensabzug von 25 % zu gewähren und es sei sicherlich weiterhin von einem rentenerheblichen Invaliditätsgrad auszugehen. 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 16. März 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm über März 2017 hinaus weiterhin die bisherige Rente auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht stellte der Beschwerdeführer den Antrag, es sei auf Kosten der Beschwerdegegnerin bei Dr. A.____ (B.____) eine psychiatrische Begutachtung oder eventualiter eine polydisziplinäre Begutachtung unter der Leitung von Dr. C.____ an der MEDAS D.____

zu veranlassen. Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei ansich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen; vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_429/2017 vom

20. Dezember 2017 E. 2.2). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 2.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rein begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und

Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 3.

Die Verfügung vom 17. Juni 2014 basierte in medizinischer Hinsicht auf der vertrauensärztlichen Abklärung vom 9. August 2012 von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Pensionskasse E.____ (Urk. 7/18) und dem Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 23. April 2013 (Urk. 7/31; vgl. Feststellungsblatt vom 26. April 2013, Urk. 7/33). 3.1

Dr. A.____ konstatierte in der vertrauensärztlichen Abklärung vom 9. August 2012, dass beim Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit zur Zeit eingeschränkt sei. Es müsse aus psychiatrischer Sicht eine Depression diagnostiziert werden, welche durch adäquate medikamentöse und psychiatrische Behandlung heute in ihrem Ausmass als leichte bis mittelgradige Depression einzustufen sei. Aus psychiatrischer Sicht sei er aktuell fähig, zu 50 % einer Arbeitstätigkeit nachzugehen und die entsprechende Leistung zu erbringen. Diese könne langsam auf eine volle Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Dazu benötige er einen Arbeitsplatz, in dem er eine leichte Arbeit ausführen könne, die wenig Stresssituationen beinhalte, überschaubar sei, die Kontakte mit Mitmenschen sich auf Kleingruppen beschränken und die wohlwollende Unterstützung des Vorgesetzten spürbar sei. Als Buschauffeur sei er aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer erlebe das Führen eines Busses, die Verantwortung für die Fahrgäste und die Notwendigkeit, rasch und konzentriert reagieren zu können, als Belastung. Sowohl für die Fahrgäste wie die übrigen Strassenteilnehmer sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu verantworten, dass der Beschwerdeführer einen Bus lenke (Urk. 7/18/10). 3.2

Dr. F.____ notierte in seinem Bericht vom 23. April 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/31): - Entzündlich-rheumatische Erkrankung - differentialdiagnostisch Spondylarthritis - zusätzlich Degenerationen - Depressive Episode - Müdigkeit, Konzentrationsstörungen (differentialdiagnostisch im Rahmen der entzündlich-rheumatischen Erkrankung oder der depressiven Episode)

Als Buschauffeur sei er bis auf weiteres vollumfänglich arbeitsunfähig, da aufgrund der Müdigkeit und der Konzentrationsstörungen Unfallgefahr bestehe. Aus rheumatologischer Sicht sei eine körperlich leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung und ohne Unfallgefahr zu 50 % zumutbar. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. Z.____ und Prof. Y.____ ab. Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/82/4 ff.; Urk. 7/83/5 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 4. 2

4.2.1

Prof. Y.____ und Dr. Z.____ hielten in der bidisziplinären Zusammenfassung vom 24. März 2016 fest, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen (Urk. 7/85): - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule

(LWS) bei - kongenital engem lumbalen Spinalkanal mit leichter bis mässiger Spinalkanalstenose L2/L3 und geringer auch L3 bis S1 und - Entwicklung eines leichten Morbus Scheuermann in der Jugend mit minimalen

Schmorl'schen Knoten des thorakolumbalen Übergangs sowie - leichte degenerative Veränderungen, erosive

Osteochondrose L2/L3 (Modic Typ I)

und flache Protrusion L2/L3 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L3 beidseits ohne

Kompression mit - symmetrischer und kräftiger Rückenmuskulatur (MRI 03/ 2016) mit - normalen neurologischen und elektrophysiologischen Befunden (08/ 2012) - ohne radikuläre Zeichen

In der angestammten Tätigkeit als Buschauffeur beim G.____ oder in einer anderen angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne diese Arbeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % . 4 .2.2

Prof. Y.____ konstatierte

(Urk. 7/82/50) , dass bei der Begutachtung ein ausgesprochen vitaler, kämpferisch gestimmter, impulsiver Beschwerdeführer zur Vorstellung komme, der keinerlei Zeichen einer Depression aufweise. Auch fänden sich keine Hinweise auf psychotische Zeichen. Es fänden sich hingegen Anzeichen einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung. Die vom Beschwerdeführer vorgetragene subjektive Einschränkung seiner neuro-kognitiven Funktionen seien psychopathologisch nicht objektivierbar und in der Plausibilität nicht nachvollziehbar (er sei alleine ohne Verspätung gekommen, fahre Auto, der Tagesablauf sei normal). Zudem mache er zum Teil divergente Angaben zu den Aufzeichnungen in der IV-Akte (Ausbildungsgang, Konsultation bei der Psychiatrin). Aufgrund des erhobenen psychopathologischen Bildes, des Verhaltens während der Exploration (impulsives Auftreten) und der Verlaufsaufzeichnungen im Aktenmaterial komme er aufgrund seiner heutigen Untersuchung zu dem Schluss, dass beim Beschwerdeführer folgende psychiatrischen Krankheitsbilder vorlägen: - Mittelgradige depressive Episode, ggf. remittiert (ICD-10 F32.4) - Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1)

Zudem sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Es sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Störungen zu stellen

(ICD-10 F 45.41) .

Beim Beschwerdeführer könne aus psychiatrischer Sicht aktuell kein Gesundheitsschaden mehr beschrieben werden. Es sei von einer Remission der depressiven Episode auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht führe die chronische Schmerzstörung zu keinen Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit . Die somatischen Folgen des M. Bechterew und weiterer Erkrankungen beurteile die Co-Gutachterin Dr. Z.____ . In der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf Gesundheitsstörungen beruhten , von ebensolchen, die nicht versicherte Faktoren beträfen, seien psychosoziale

oder soziokulturelle Belastungsfaktoren mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht zu eruieren. Störungen der Ich-Funktionen seien keine zu erkennen. Ein Hinweis auf ein Suchtleiden ergebe sich nicht. Der Beschwerdeführer habe gute persönliche Ressourcen, auf welche er gegenwärtig nicht zugreife. Er limitiere sich selbst und habe seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet (Urk. 7/82/51).

Aus gutachterlicher Sicht seien keine Einschränkungen bis auf den schambesetzten sozialen Rückzug in den Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers bestehend. Es fänden sich die zuvor erwähnten Inkonsistenzen in den Angaben des Beschwerdeführers. Auch ergäben sich Hinweise auf eine teilweise Non-Compliance im medikamentösen Einnahmeverhalten, was ein weiteres Indiz für einen fehlenden Leidensdruck sei. Insgesamt stellten sich keine Fähigkeitsstörungen im Psychiatrischen mehr dar, die den Beschwerdeführer handicapieren würden, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen (Urk. 7/82/53).

Aus psychiatrisch -gutachterlicher Sicht komme er in der Beurteilung der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit zu der Aussage, dass keine Fähigkeitsstörungen vorlägen, die die Arbeitsfähigkeit um mehr als 20 % einschränkten. Da eine depressive Episode und keine rezidivierende Depression vorgelegen habe, gehe er davon aus, dass aus psychiatrischer Sicht die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit nie tangiert gewesen sei, wobei er dabei den bundesgerichtlichen Vorgaben folge. Gemäss der IV-Rechtsprechung kämen depressiven Episoden keine invalidisierende Wirkung zu (Urk. 7/82/53). 4 .2.3

Dr. Z.____ diagnostizierte – nebst den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (E. 4 .2.1) – einen Nikotin-Abusus (E-Zigaretten) und einen Vitamin D-Mangel ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/83/57) und notierte folgende weitere Diagnosen: - Fühlstörung an den Armen und Füßen bei - normalen neurologischen und elektrophysiologischen Befunden (08/2012) - Urothelkarzinom in der Harnblase, pTa G1 (low grade) - initial retroostial rechts mit - tumorsurethraler Resektion am 21.12.2015 - kein Nachweis eines Primärtumors und keine Hinweise auf Lymphknoten oder Fernmetastasen (CT 12/2015) mit - unauffälligen Abflussverhältnissen bei der Nieren - Prostatasyndrom Stadium II - Status nach laparoskopischer total extraperitonealer Inguinalhernienoperation beidseits sowie Umbilikalhernienverschluss am 08.09.2015 - Latente Tuberkulose mit - INH-Prophylaxe mit Rimilon und Vitamin B6 von 01/2012 bis 10/2012

Dr. Z.____ konstatierte (Urk. 7/83/58 f.), dass in der klinischen Untersuchung ein Übergewicht vorhanden sei (BMI 28.0kg/m²). Es fielen Diskrepanzen auf. Er stöhne häufig wegen Schmerzen, wobei das Schmerzstöhnen bei Ablenkung verschwinde. Er zeige bei sanfter Berührung ein Zucken, das ebenfalls bei Ablenkung nicht vorhanden sei. Die Untersuchung des Bewegungsapparates sei wegen Gegenspannung erschwert. Der normale Gang sei unauffällig wie auch der Zehen- und Fersengang. Wegen Gegenspannung könne die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht direkt geprüft werden. Bei Ablenkung bewege er die LWS normal. So sei eine volle Extension der LWS vorhanden, wenn er sich auf der Untersuchungsfläche von der Rückenlage in die Bauchlage drehe. Die Brustwirbelsäule (BWS) und die Halswirbelsäule (HWS) seien normal beweglich. Radikuläre

Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Die Bioim

pedanz-Analyse zeige trotz des Übergewichts eine erfreulich grosse Muskelmasse von 57 % , welche den Normwert von 40 % weit über treffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Dem entspreche, dass er täglich mindestens eine Stunde lang mit seinem Hund spaziere, ein- bis zweimal pro Woche im H. ___ traie und schwimme sowie einmal pro Woche an einer Gruppen-Wassergymnastik im I. ___ teilnehme.

Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung vom 03/2016 zeige im Bereich der LWS ausser dem kongenital etwas engen lumbalen Spinalkanal und leichten Scheuermann Veränderungen vor allem im Bereich des thorakolumbalen

Übergangs auch leichte degenerative Veränderungen sowie eine erosive

Osteochondrose L2/L3 (Modic Typ I) mit einer flachen Protrusion L2/L3 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L3 beidseits ohne Kompression. Diese bildgebenden Befunde im Bereich der LWS seien keinesfalls gravierend. Um dem Beschwerdeführer nicht Unrecht zu tun, würden sie dennoch unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, obwohl dies durchaus diskutiert werden könne.

Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung zeige keinen Morbus Bechterew. Insbesondere zeigten beide Iliosakralgelenke (ISG) keine entzündlichen Veränderungen. Ausser der Osteochondrose

L2/L3 zeige die ganze Wirbelsäule (HWS, BWS und LWS) keine entzündlichen Veränderungen. Die Osteochondrose L2/L3 gehöre nicht zu den typischen Veränderungen im Rahmen eines Morbus Bechterew/Spondylitis ankylosans . Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung 03/2016 habe auch keine Enthesiopathien ergeben. Die bildgebenden Befunde der HWS und der BWS sowie des Thoraxskeletts , des Schultergürtels und des Beckens seien viel mehr im wesentlichen altersentsprechend. Die Muskulatur der Thoraxwand , des Schultergürtels , des Beckens und der proximalen Oberschenkel seien überall symmetrisch und kräftig. In Kenntnis der klinischen und bildgebenden Befunde stelle sie keine Diagnose im Bereich der HWS, der BWS sowie der Thoraxwand , des Schultergürtels und des Beckens.

Die ausgedehnte Blutuntersuchung zeige einen mässigen Vitamin D-Mangel. Die 03/2012 begonnene Vitamin D-Substitution sei leider nicht konsequent fortgesetzt worden. Die Entzündungszeichen (C-reaktives Protein) seien normal wie auch der Rheumafaktor und die Anti- Citrullinantikörper . Die beiden geprüften Antidepressiva Ciprexal und Seroquel seien im Blut im erwartungsgemässen Bereich vorhanden. Die Haaranalyse bestätige, dass er in der Periode von etwa Mitte 12/2015 bis Mitte Februar 2016 das Citalopram im mittleren Bereich und das Seroquel im oberen Bereich konsumiert habe. In derselben Periode habe kein übermässiger Alkoholkonsum bestanden gemäss dem Resultat der Haaranalyse.

Zusammenfassend bestünden beim Beschwerdeführer teils angeborene, teils erworbene strukturelle Veränderungen im Bereich der LWS, die seine Leistungsfähigkeit einschränkten. Die vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass seiner Beschwerden nur teilweise. Er könne daher eine angepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % . 4.3

Der Beschwerdeführer reichte im Einwandverfahren weitere Unterlagen, insbesondere den Bericht von Dr. F. ___ vom 2. Juli 2016 sowie den Bericht von Prof. Dr. med. J. ___ , Facharzt für Radiologie vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/99), ein. Die Beschwerdegegnerin

ersuchte daraufhin Dr. Z.____ um erneute Stellungnahme, welche diese am 25. Oktober 2016 nach Einholung der Stellungnahme von Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, vom 7. Oktober 2016, erstattete (Urk. 7/102).

Dr. Z.____ führte aus (Urk. 7/102), dass die Ganzkörper-MRI-Untersuchung vom März 2016 hinsichtlich entzündlicher Veränderungen offensichtlich unterschiedlich interpretiert werden könne. Zweifellos seien die bildgebenden Befunde nicht fortgeschritten, obwohl der Beschwerdeführer erstmals 2004 und dann ab November 2011 über lumbale Beschwerden geklagt habe. In der Regel würden die bildgebenden Befunde im Laufe der Erkrankung eindeutig. Da die aktuellen bildgebenden Befunde offensichtlich eine Spondylarthritis nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen würden, stelle sie zusätzlich die Diagnose einer seronegativen Spondylarthritis (HLA B27) neg., auch wenn die Familienanamnese, die klinischen Befunde und die Laborresultate dagegen sprächen.

Durch diese zusätzliche Diagnose ändere sich auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung laute neu folgendermassen: Der Beschwerdeführer sei durch die Spondylarthritis und durch die eingeschränkte Funktion der LWS limitiert. Er könne aufgrund der Spondylarthritis nicht in Kälte, Nässe oder grossen Temperaturschwankungen arbeiten. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselnde lastende Tätigkeiten. Lasten bis zu 12.5 kg könne er hantieren (leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau).

Die angestammten Tätigkeiten als Buschauffeur bzw. Lastwagenchauffeur seien nicht angepasst, weil der Beschwerdeführer dabei möglicherweise grossen Temperaturschwankungen, Kälte oder Nässe ausgesetzt sei. Dagegen seien die angestammten Tätigkeiten als Hilfskoch, Alleinkoch oder Produktionsmitarbeiter angepasst. Er könne diese angestammten Tätigkeiten zu 100% ausüben bezogen auf ein Pensum von 100%.

5.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 24. März 2016 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2.3). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 7/82/33 ff.; Urk. 7/83/47 ff.) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben (Urk. 7/82/4 ff.; Urk. 7/83/5 ff.). Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 7/82/48 f.; Urk. 7/83/64 f.; Urk. 7/102). Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig. 5.2 5.2.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, es könne nicht auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden, da Prof. Y.____ befangen sei. Prof. Y.____ habe trotz fehlender Notwendigkeit einen Übersetzer beigezogen und es sei infolgedessen vor der Begutachtung zu einem hitzigen Streit und unsachlichen Äusserungen gegenüber dem Beschwerdeführer gekommen. Dieses Streitgespräch werde im Gutachten unsachlich und mit falschen Annahmen versehen dargestellt. Auch fehle die nach den Leitlinien geforderte Auseinandersetzung des Gutachters mit der emotionalen Wechselwirkung zwischen sich selbst und dem Beschwerdeführer, der Motivation des Beschwerdeführers und der Aspekte der Abwehr, Übertragung und Gegenübertragung. Auch sei Befangenheit anzunehmen, weil Prof. Y.____ bereits anlässlich der Begutachtung die Renteneinstellung in Aussicht gestellt habe. 5.2.2

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3).

Das Expertenverhalten während der Exploration kann objektiv den Anschein von Befangenheit erwecken. Zu denken ist etwa an Äusserungen, welche die Glaubhaftigkeit der Angaben des Exploranden oder der Explorandin zum Gesundheitszustand und zur Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit von vornherein mehr oder weniger offen verneinen, abschätzige Bemerkungen persönlicher Natur oder unter Umständen die Art und Weise, wie die Untersuchung durchgeführt wird und in diesem Zusammenhang auch die Dauer der Massnahme. Die Objektivität der Beurteilung steht auch in Frage, wenn die begutachtende Person von weitgehend sachfremden Kriterien auf Aspekte des Gesundheitszustandes schliesst, welche für die zumutbare Arbeitsfähigkeit von Bedeutung sind. Schliesslich kann die Abfassung einer medizinischen Expertise in beleidigendem Ton oder sonst auf unsachliche Art und Weise objektiv Zweifel an der Unvoreingenommenheit der sachverständigen Person wecken. Für die Frage, ob bestimmte Äusserungen oder das Verhalten des Experten oder der Expertin objektiv den Anschein der Befangenheit zu erwecken vermögen, kann allenfalls auch von Bedeutung sein, ob das Verhältnis zwischen der sachverständigen und der zu explorierenden Person angespannt war, ohne dass Anhaltspunkte für ein negatives unkooperatives Verhalten seitens der abzuklärenden Person bestanden. Der Umstand, dass ein insbesondere im therapeutischen Kontext wichtiges Vertrauensverhältnis zwischen begutachtendem Arzt und Patient nicht hergestellt werden konnte, lässt jedoch nicht auf Voreingenommenheit schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C_905/2011 vom 6. Juni 2012 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). 5.2.3

Vorliegend sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche objektiv betrachtet den Anschein einer Befangenheit respektive Voreingenommenheit von Prof. Y.____ zu erwecken vermögen. Der Umstand, dass der Gutachter einen Übersetzer beizog, was sich als nicht notwendig erwies, vermag für sich alleine keine Befangenheit zu begründen. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers stellte Prof. Y.____ auch transparent dar, dass – aufgrund der unbekanntenen Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers – ein Dolmetscher beigezogen worden sei. Der Beschwerdeführer habe die Exploration unter Beisein des Dolmetschers verweigert, wobei er lautstark und in aggressiver und wenig respektvoller Weise gegenüber dem Dolmetscher und gegenüber Prof. Y.____ sein Missfallen geäussert habe. Nachdem sich Prof. Y.____ von den ausreichend guten Deutschkenntnissen überzeugt gehabt habe, sei der Dolmetscher entlassen worden und der Beschwerdeführer habe sich wieder abgeregt und die Exploration habe in ruhigen Umständen durchgeführt werden

können (Urk. 7/82/33 f.). Die pauschalisierte Aussage des Beschwerdeführers, dass es zu unsachlichen Äusserungen des Gutachters gekommen sei, vermag entsprechend nicht zu überzeugen, werden diese auch seitens des Beschwerdeführers nicht weiter konkretisiert. Sodann ist dem Gutachten weder ein persönlich gefärbter Sprachstil noch eine Unsachlichkeit zu entnehmen. Es enthält vielmehr durchwegs differenzierte und neutral verfasste Aussagen.

Entsprechend kann auf das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Y.____ abgestellt werden. Da Prof. Y.____ eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneinte, kann auf ein

strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden (vgl. E. 2.3.3). 5.3
5.3.1

Der Beschwerdeführer brachte des Weiteren vor, dass Dr. Z.____ aufgrund ihrer wirtschaftlichen Abhängigkeit befangen sei.

Eine wirtschaftliche Abhängigkeit ist jedoch nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts für sich allein kein Ausstandsgrund (BGE 138 V 271 E. 2.2.2). Das Bundesgericht hat diesen Grundsatz auch für mono- und bidisziplinäre Gutachten explizit bestätigt (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.1) und hat in weiteren, jüngst ergangenen Urteilen daran festgehalten (Urteile 8C_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 3.2, 8C_467/2014 vom 29. Mai 2015 E. 4 und 8C_354/2016 vom 25. Oktober 2016 E. 5.2, je mit Hinweisen). Unter diesen Umständen erlaubt die eingereichte Aufstellung zur Anzahl Gutachtensaufträge von Dr. Z.____ in den Jahren 2012-2014 (Urk. 3/3) nicht den Schluss auf eine Befangenheit von Dr. Z.____, auch wenn ihre dominierende Stellung augenfällig ist. Hinweise auf eine persönliche Befangenheit von Dr. Z.____ sind vorliegend nicht ersichtlich und hat der Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. 5.3.2

Sodann führte der Beschwerdeführer aus, dass das Gutachten von Dr. Z.____ in inhaltlicher Sicht ungenügend sei, da sie – nach Einreichung von Unterlagen von Dr. F.____ und Prof. J.____

im Einwandverfahren

(vgl. Urk. 7/99; E. 4.3) – ihre gutachterliche Beurteilung angepasst habe.

Dr. K.____ führte aus, dass rein nach den ASAS-Kriterien die diskreten und wenig hyperintensiven

subchondralen

Ödemzonen als Spondylarthropathie interpretiert werden müssten. Nach den Richtlinien der ESSR sei diese Aussage aufgrund der Grösse und Lage der Läsionen sowie des Fehlens weiterer Veränderung der ISG zu relativieren. Die einzige mögliche entzündliche Veränderung der Wirbelsäule sei im Segment L2/L3 festzustellen, wo gemäss der Interpretationsvorgabe der ESSR eine degenerierte Bandscheibe vorliege, was gegen eine Spondylarthropathie

spreche. Insgesamt gebe die Bildgebung damit gewisse Anhaltspunkte für eine Spondylarthropathie, welche aber sicher zusammen mit Klinik und Labor als Gesamtbild interpretiert werden müssten (Urk. 7/103/4). Dr. Z.____ führte infolgedessen in ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 überzeugend und transparent aus, dass die

Bildgebung gewisse Anhaltspunkte für eine Spondylarthritis gebe, die Diagnose jedoch nur zusammen mit den klinischen Befunden und den Labordaten gestellt werden sollte, welche gegen die Diagnose einer Spondylarthritis sprächen. Da die aktuellen bildgebenden Befunde eine Spondylarthritis allerdings nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen würden, stelle sie die zusätzliche Diagnose einer seronegativen Spondylarthritis (vgl. Urk. 7/103; E. 4.3).

Diese Einschätzung von Dr. Z.____ und Dr. K.____ steht nicht in Widerspruch zur Stellungnahme von Dr. F.____ vom 2. Juli 2016 und der von ihm eingeholten Stellungnahme von Prof. J.____ vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/99): Prof. J.____ hielt fest, dass die Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und der ISG eher entzündlich als mechanisch bedingt seien und Dr. F.____ konstatierte sodann, dass die Bildgebung nicht typisch sei für eine Spondylitis ankylosans, sondern eher eine andere Erkrankung aus dem Formenkreis der Spondylarthritiden in Frage komme.

Dies zeigt klar, dass die bildgebenden Befunde unterschiedlich interpretiert werden können. Dass Dr. Z.____ in ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 nun eine weitere Diagnose und die damit einhergehenden Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigte, ist damit nicht widersprüchlich zu ihrer ursprünglichen Einschätzung, sondern unter Berücksichtigung der klinischen Befunde und Labordaten, welche gegen die Diagnose einer Spondylarthritis sprechen, als zugunsten des Beschwerdeführers äusserst sorgfältig zu werten.

Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. F.____ vom 13. Januar 2017 (Urk. 3/4) bringt keine neuen Erkenntnisse, welche eine anderweitige Beurteilung zulassen würden. 5.4

Der Beschwerdeführer brachte des Weiteren vor, dass mangels urologisch/onkologischer Beurteilung der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden sei, da der Beschwerdeführer sich sowohl einer Leisten- und Nabelbruchoperation als auch einer urologischen Tumoroperation mit nachfolgender Reha habe unterziehen müssen (Urk. 1 S. 14).

Die entsprechenden Arztberichte wurden von Dr. Z.____ gewürdigt und sie führte das Urothelkarzinom der Harnblase, das Prostatasyndrom Stadium II sowie den Status nach laparoskopischer total extraperitonealer Inguinalhernienoperation beidseits sowie Umbilikalhernienverschluss am 8. September 2015 als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (vgl. E. 4.2.3; Urk. 7/83/68). Die behandelnden Ärzte hielten – wie auch von Dr. Z.____ festgestellt (Urk. 7/102/2) – keine daraus resultierenden Einschränkungen fest (vgl. Urk. 7/83/33 ff.; Urk. 7/96). So konstatierte

Dr. med. L.____, Oberarzt der Klinik für Urologie des I.____, in seinem Verlaufsbericht vom 24. März 2016, dass der Beschwerdeführer sich zur regulären postoperativen zystoskopischen Kontrolle vorstelle und subjektiv vollständig beschwerdefrei sei (Urk. 7/96/10).

Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind entsprechend keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird. 5.5

Auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. Z.____ und Prof. Y.____ ist damit abzustellen.

Entsprechend ist festzuhalten, dass – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 12 f.) – ein Revisionsgrund klarerweise erstellt ist: Bei der ursprünglichen Rentenzusprache wurden sowohl psychiatrische als auch somatische Einschränkungen attestiert (vgl. Urk. 7/46). Prof. Y. ___ stellte überzeugend dar, dass die Depression gegenwärtig remittiert ist und aus psychiatrischer Sicht keine qualitativen oder quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen. Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes ist damit gegeben und der Rentenanspruch umfassend zu prüfen (vgl. E. 2.1) .

E. 6

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-113), was dem Beschwerdeführer am 9. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 6.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der in qualitativer Hinsicht eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf die bidisziplinäre Beurteilung von Prof. Y. ___ und Dr. Z. ___ ist dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit, welche nicht in Kälte, Nässe oder grossen Temperaturschwankungen ausgeführt werden muss, ohne längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung (stehend oder sitzend), ohne unerwartete, asymmetrische Lasteneinwirkung und ohne Hantieren von Lasten über 12.5 kg zuzumuten. Eine wechselbelastende Tätigkeit sei von Vorteil.

E. 6.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.3.1

Die Beschwerdegegnerin zog als Valideneinkommen das in der rentenzusprechenden Verfügung vom 17. Juni 2014 berücksichtigte Einkommen als Buschauffeur für das Jahr 2012 in Höhe von Fr. 64'870.— heran (vgl. Urk. 7/46; Urk. 7/32) und rechnete dieses auf das Jahr 2017 auf, was ein Valideneinkommen von Fr. 66'441.08 ergab (vgl. Urk. 7/111). Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer weder beanstandet, noch gibt es aufgrund der Akten zu Beanstandungen Anlass.

E. 6.3.2

Das Invalideneinkommen ist anhand der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2014 des Bundesamtes für Statistik zu bemessen. Der monatliche Bruttolohn für einen Mann in einer Hilfstätigkeit betrug für das Jahr 2014 Fr. 5'312.-- (BFS, LSE 201 4 , TA1 Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Männer , Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art). Die Beschwerdegegnerin bereinigte dieses um die betriebsübliche Wochenarbeitszeit sowie die Nominallohnentwicklung, woraus ein Invalideneinkommen für das Jahr 2017 in Höhe von Fr. 67'052.99 resultierte.

Der Beschwerdeführer brachte vor, dass bei der vorliegenden Ausgangslage jedenfalls der maximale Leidensabzug zu gewähren sei. Mit Bezug auf den behinderungsbeziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohnelastizität reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2).

Damit ist vorliegend ein Leidensabzug aufgrund des nur leicht eingeschränkten Belastungsprofils (vgl. E. 6.1) nicht angebracht.

E. 6.4

Stellt man entsprechend das Valideneinkommen in Höhe von Fr. 66'441.08 dem Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 67'052.88 gegenüber, so ist offensichtlich, dass der Invaliditätsgrad 0 % beträgt. Die revisionsweise Rentenaufhebung ist damit rechtens und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass auch unter Berücksichtigung eines maximalen Leidensabzuges von 25 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad in Höhe von rund 24 % resultieren würde (Fr. 67'052.88 x 0.75 = Fr. 50'289.66 ; Fr. 66'441.08 – Fr. 50'289.66 = Fr. 16'151.42 ; Fr. 16'151.42 :

Fr. 66'441.08 = 24.3 %).

E. 7

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr.

E. 8

00.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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