

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00799 vom 14. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00799

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00799 du 14 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00799 del 14 gennaio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdeführerin ging davon aus, gemäss dem eingeholten Gutachten könne für eine angepasste Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 20 % vom statistischen Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) resultiere ein Invaliditätsgrad von 26 % (Urk. 2 S. 2).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, der Gutachter habe sich wiederholt zu seiner Mimik und Gestik geäussert und eine Selbstlimitierung festgestellt, weshalb seine Unvoreingenommenheit in Frage gestellt sei und verneint werde (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3). Auch habe er betreffend Dauer der Rentenleistung den Sachverhalt nicht korrekt erfasst (Urk. 1 S. 8). Seine Erkrankung - Calcium Pyrophosphat Dihydrat (CPPD) - führe zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, und das Krankheitsbild entspreche dem auch altersmässig: ab März 2010 werde er eine AHV-Altersrente beziehen; eine Arbeitsunfähigkeit zu verneinen, widerspreche anerkannten medizinischen Fakten (Urk. 1 S. 8 f.). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) richte ihm eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 21 % aus, womit allerdings nur der Einschränkung aufgrund des rechten Knies Rechnung getragen werde. Auch dazu stehe die Beurteilung durch den Gutachter, der von einer wieder freieren Kniebeweglichkeit spreche, in grossem Widerspruch (Urk. 1 S. 9). Beim Gutachten handle es sich lediglich um die andere Beurteilung eines an und für sich gleich gebliebenen Sachverhalts (Urk. 1 S. 10 oben). Wenn überhaupt eine Veränderung des Gesundheitszustands vorliege, dann im Sinne einer Verschlechterung seit Januar 2008 (Urk. 1 S. 10 Ziff. 4).

2.3. Strittig und zu prägen ist, ob die erfolgte Aufhebung der im Januar 2008 zugesprochenen Rente gerechtfertigt ist.

E. 3

3.1. In den bis Mitte 2004 erstellten medizinischen Berichten wurden eine Knieproblematik beidseits bei Chondrokalzinose (Urk. 8/6 lit. A, Urk. 8/6/5, Urk. 8/21/3, Urk. 8/59 lit. A) und eine Rückenproblematik (Urk. 8/58 lit. A, Urk. 8/59 lit. A) festgehalten.

Die Ärzte der Klinik A. ___ hielten im Januar 2003 eine leichtere Arbeit als diejenige als Lastwagenmechaniker für möglich (Urk. 8/21/3-4 S. 2 oben). Im Juni 2003 führten sie aus, leichte Arbeit in wechselnder Position könne nicht mehr zu 100 % ausgeführt werden (Urk. 8/60/5-6 S. 2 unten).

3.2. Dr. med. B. ____, Facharzt für Rheumatologie FMH, führte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2004 (Urk. 8/92/1-6) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 23. Juli 2003 (lit. D.1) und stellte folgende Diagnosen (lit. A):

- Verdacht auf Tendovaginitis de Quervain rechts
- chronisch rezidivierendes, lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- mässiggradige, degenerative Längswirbelsäulenveränderungen
- muskuläre Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz bei dekonditionierter Rumpfmuskulatur
- Gonarthrose beidseits
- anamnestisch wahrscheinlich sekundär bei Chondrokalzinose
- klinisch Coxarthrose beidseits, aktuell asymptomatisch

Der Gesundheitszustand sei stationär (lit. C.1). Die ursprünglich bestehenden Arthrosebeschwerden hätten unter konsequenter physiotherapeutischer Behandlung einigermaßen stabilisiert werden können, ohne dass eine Beschwerdefreiheit eingetreten sei (lit. D.3). Neu beständen seit September 2004 Schmerzen im Bereich der Hand- und Fingergelenke. Am 13. September 2004 sei es zu akut aufgetretenen, schmerzhaften Schwellungen der Hand- und Fingergelenke rechts gekommen (lit. D.4). Es sei eine lokale Rötung über dem Handgelenk radialsseitig ohne Synovitiden mit positiven Provokationsmanövern für eine Tendovaginitis de Quervain ohne Anhaltspunkte für ein projiziertes Schmerzgeschehen festgestellt worden (lit. D.5). Die Prognose bezüglich der Handgelenke sei grundsätzlich günstig und es sei mit einer vollständigen Heilung zu rechnen (lit. D.7).

Der Gesundheitszustand hinsichtlich Rücken- und Gelenksbeschwerden habe sich nicht verschlimmert. Das aktuelle Beschwerdebild entspreche lediglich einer vorübergehenden Verschlechterung und sei grundsätzlich erfolgreich behandelbar. Eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Handgelenksbeschwerden bestehe seit dem 13. September 2004 in Form einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche, auch leichtere, das Handgelenk involvierende Tätigkeiten (Urk. 8/92/5 unten Ziff. 1-3).

3.3. Dr. med. C. ____, die den Beschwerdeführer seit März 1994 behandelt (vgl. Urk. 8/59/2 lit. D.1) stellte in ihrem Bericht vom 16. November 2004 (Urk. 8/93/1-2) folgende Diagnosen (Ziff. 2):

- Verdacht auf Tendovaginitis de Quervain rechts (September 2004)
- Periarthropathia humero-scapularis (PHS) rechts (September 2004)
- Coxarthrose beidseits, aktuell symptomatisch links
- chronisch rezidivierendes, lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- mässiggradige, degenerative Längswirbelsäulenveränderungen
- muskuläre Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz bei dekonditionierter Rumpfmuskulatur
- Gonarthrose beidseits
- anamnestisch wahrscheinlich sekundär bei Chondrokalzinose

- arterielle Hypertonie
- Hypercholesterinämie
- Adipositas permagna BMI: 34,8

Im Verlaufsbericht gleichen Datums (Urk. 8/93/4-5) führte sie aus, seit September 2004 beständen Schmerzen im Bereich der Hand- und Fingergelenke rechts. Weiterhin klage der Beschwerdeführer seit demselben Zeitpunkt über Schmerzen im Schulterbereich rechts, obwohl das Röntgenbild keine wesentlichen degenerativen Veränderungen zeige. Es liege wohl eher ein Problem im Bereich der Rotatorenmanschette vor (lit. a). Das neue Beschwerdebild entspreche lediglich einer vorübergehenden Verschlechterung (lit. b), die diesbezügliche Schonung sollte nur vorübergehend sein (lit. f).

Die Ärzte der Universitätsklinik A. ___ stellten, nach Selbstzuweisung des Beschwerdeführers, am 14. Februar 2005 (Urk. 8/109/21-22 = Urk. 8/156/3-4) folgende Diagnosen (S. 1 oben):

- Verdacht auf Partialruptur Rotatorenmanschette rechts
- fortgeschrittene Coxarthrose beidseits, links stärkere Beschwerden
- fortgeschrittene Pagonarthrose beidseits bei Chondrokalzinose
- Status nach Tendovaginitis Handgelenk rechts September 2004

In einem Bericht vom 16. März 2005 diagnostizierten sie eine Frozen Shoulder rechts (Urk. 8/109/23).

Vom 4. bis 23. April 2005 war der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik A. ___ hospitalisiert, wo mit Bericht vom 24. Mai 2005 (Urk. 8/123/7-10) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte):

- Schulterschmerzen rechts mit/bei
- retraktile Kapsulitis
- Partialruptur der Supraspinatussehne artikularseitig (Arthro-MRI vom 7. März 2005)
- Polyarthrose
- leichte Femoropatellararthrose beidseits, Chondrokalzinose
- linksbetonte Coxarthrose
- arterielle Hypertonie
- Verdacht auf koronare Herzerkrankung
- Hyperurikämie

Bis 13. Mai 2005 wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ab 14. Mai 2005 gebe es, bei bestehender Dreiviertelsrente, keine Einschränkung der bestehenden Restarbeitsfähigkeit (S. 3 unten).

Dr. med. D. ___, Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, nannte in seinem Bericht vom 6. Mai 2005 (Urk. 8/159/5-6) folgende Diagnosen:

- arterielle Hypertonie unter Therapie

- koronare Herzkrankheit nicht nachgewiesen
- normale linksventrikuläre Funktion
- benigne supraventrikuläre und ventrikuläre Extrasystole
- Verdacht auf Brustwand Schmerz
- kardiovaskuläre Risikofaktoren: Hypertonie, Hyperlipämie, Übergewicht, Hyperurikämie
- Polyarthrosen (deshalb IV-Rente)

3.5 Im Bericht vom 27. Juni 2006 der Ärzte der E. Klinik über eine am 22. Juni 2006 erfolgte Kontrolluntersuchung (Urk. 8/120 = Urk. 8/123/13-14 = Urk. 8/156/5-6) wurde als Hauptdiagnose ein hochgradiger Verdacht auf Chondrocalcinose mit Polyarthrosen genannt (S. 1 Mitte). Die gleiche Diagnose wurde genannt im Bericht vom 13. Oktober 2006 über die seither aufgenommene Behandlung (Urk. 8/123/11-12) und im Bericht von Dr. C. vom 26. Oktober 2006 (Urk. 8/123/4-5).

Im Bericht vom 12. Januar 2007 (Urk. 8/156/7-8) nannten die Ärzte der E. Klinik als Hauptdiagnose eine bekannte calcium pyrophosphate dihydrate deposition disease (CPPD) mit sekundären Polyarthrosen (S. 1 Mitte).

3.6 Am 27. März 2007 erstattete Dr. med. F., FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, besonders Rheumatologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 8/127). Sie stützte sich auf die ihr überlassenen Akten und ihre am 29. Januar und 5. Februar 2007 erfolgte Untersuchung (S. 2 oben).

Die Gutachterin berichtete, die klinische Untersuchung habe sich ausserordentlich schwierig gestaltet und es bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen den subjektiven Symptomen und den objektivierbaren Befunden. Von insgesamt 5 möglichen Waddell-Zeichen seien 4 positiv gewesen (S. 26 Mitte).

Als Hauptdiagnose nannte sie eine bekannte CPPD mit sekundären Polyarthrosen (S. 26 unten).

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, aufgrund der Akten, der klinischen Untersuchungsbefunde und der Laborbefunde attestiere sie dem Beschwerdeführer keine zusätzliche Einschränkung der jetzigen bestehenden Arbeitsfähigkeit bei einer 75%igen IV-Rente. In seinem Beruf als Lastwagenmechaniker sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (S. 27 Ziff. 5).

Im Januar 2007 seien bei bekannter CPPD mit sekundären Polyarthrosen eine akute Kristallarthritis und Tenosynovitis der Extensorensehne am linken Vorderarm sowie ein Erysipel des linken Vorderarms diagnostiziert worden (S. 28 unten). Diese Befunde hätten zu einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt und seien in der Zwischenzeit wieder abgeheilt (S. 29 oben).

Auf Nachfrage erklärte Dr. F. am 7. Mai 2007, für die neben der Drei-viertelsrente bestehende Restarbeitsfähigkeit bestehe keine Einschränkung für leichte Arbeiten in wechselnden Positionen beziehungsweise sitzende, stehende oder gehende Tätigkeiten. Das Gewicht von zu hebenden Lasten sei auf zirka 15 kg beschränkt (Urk. 8/131).

3.7. Im Bericht vom 6. März 2007 (Urk. 8/160/7-8) nannten die Ärzte der E. Klinik als Hauptdiagnose eine bekannte CPPD mit sekundären Polyarthrosen (S. 1 Mitte).

In einem Bericht vom 13. Juni 2007 (Urk. 8/160/9-10) nannten sie folgende Haupt-Diagnosen (S. 1 Mitte):

- chronisches Panvertebralsyndrom, betont cervicocephal und lumbospondylogen beidseits
- Gonarthrose beidseits, rechtsbetont
- beginnende Fingerpolyarthrose Heberden und Bouchard
- anamnestisch Angststörung und Panik-Attacken
- 25-OH-Vitamin D3 Mangel (wahrscheinlich alimentär)

Dr. C. nannte in ihrem Bericht vom 17. Dezember 2007 (Urk. 8/160/3-4) als Hauptdiagnose wiederum eine Chondrocalcinose mit Polyarthrosen (S. 1 Ziff. 2) und führte aus, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen Panvertebralsyndrom, aktuell steigenden belastungsabhängige Kniebeschwerden im Vordergrund (S. 2 Ziff. 3).

In einem Bericht vom 10. Januar 2008 (Urk. 8/163/7-9; vgl. Urk. 3/3: Bericht gleichen Datums, an den Beschwerdeführer gerichtet) führten die Ärzte der E. Klinik aus, es bestehe eine Polyarthropathie bei nachgewiesener Calciumpyrophosphat-Kristallablagerungskrankheit und Hämochromatose, die sich auf folgende Gelenke auswirke: Hüftgelenk beidseits bei Coxarthrose; Kniegelenk beidseits bei beidseitiger Gonarthrose, rechtsbetont; Schultergelenk beidseits bei Coxarthrose, Handgelenk bei Verdacht auf aktivierte CPPD beidseits und Fingergelenke bei Bouchard- und Heberdenarthrose (S. 1 Mitte).

Seit 2002 liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor; seit 2003 bestehe laut Angaben des Beschwerdeführers eine 70%ige IV-Anerkennung und Rentenleistung (S. 1 unten).

E. 4

4.1. Am 4. Juni 2008 berichtete der Chefarzt Orthobiologie und Knorpelregeneration der E. Klinik über eine gleichentags erfolgte Konsultation und nannte als Diagnosen eine Chondrokalzinose Knie beidseits, einen Status nach Arbeitsunfall mit Kontusion des rechten Kniegelenkes 1992, einen Status nach Distorsion des Sprunggelenkes links 2002, einen chronischen Schulterschmerz und eine fortgeschrittene medialbetonte Gonarthrose beidseits (Urk. 8/181).

4.2. Am 22. Januar 2009 erstattete Dr. med. G., FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/185/1-17).

Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten und die Angaben des Beschwerdeführers (S. 2 ff.), die von ihm am 20. Januar 2009 erhobenen Befunde (S. 4 f.) und die Berichte vom Oktober 2008 betreffend Hepatologie und eine Endoskopho-Gastro-Duodenoskopie (Urk. 8/185/18-19).

Der Gutachter stellte folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. III.1-3):

einer relevanten Veränderung, insbesondere nicht von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgehen. Eine Hyperkyphose der Brustwirbelsäule, wie damals beschrieben, sei aktuell nicht mehr nachweisbar und der Finger-Boden-Abstand vorne sei unterdessen wieder weitgehend normal, mit aktuell 25 cm, während im Gutachten von 2007 der Finger-Boden-Abstand vorne mit 40 cm bestimmt worden sei. Die im Gutachten von 2007 nicht quantifizierten Bewegungseinschränkungen (damals möglicherweise nicht quantifiziert wegen der damals beschriebenen limitierten Mitarbeit des Beschwerdeführers) liessen sich unterdessen quantifizieren (S. 12 f.).

Bezüglich der unteren Extremitäten könne er im Vergleich zu den im Gutachten von 2007 beschriebenen Befunden von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgehen, denn die Hüftbewegungen seien beidseits wieder freier, respektive altersentsprechend normal nachweisbar und auch die Kniebeweglichkeit sei wieder freier, respektive normal (S. 13 unten).

Bezüglich des metabolischen Syndroms mit Hypertonie, Hyperurikämie, Hyperlipidämie und arterieller Hypertonie ergäben sich keine neuen Aspekte (S. 14 oben).

Bezüglich der Refluxbeschwerden sei auf die aus gastroenterologischer Sicht empfohlene Medikation zu verweisen und zur Kenntnis zu nehmen, dass der Beschwerdeführer diese nicht einnehme (S. 14).

Ingesamt, so der Gutachter weiter, beurteile er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und bezüglich Intensität als (nur) partiell abstuzbar auf die objektivierbaren somatisch pathologischen Befunde (S. 14 Mitte).

Insofern, als sich der Gesundheitszustand im Bereich der Extremitäten verbessert habe, könne er aktuell nicht mehr an den Einschränkungen für eine Verweistätigkeit festhalten, wie sie 2007 erwähnt worden seien (S. 14 unten).

Weiter führte der Gutachter aus, im Arztbericht vom 17. Dezember 2007 (vorstehend Erw. 3.7) werde auf eine Symptomausweitung und -aggravation hingewiesen, was er nachvollziehen könne; hingegen könne er nicht bestätigen, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Die damals gestellten Diagnosen einer Frozen Shoulder rechts und einer Tendinitis supraspinatus rechts könne er unterdessen nicht mehr bestätigen (S. 15 oben).

Im Arztbericht vom 10. Januar 2008 (vorstehend Erw. 3.7) werde bezüglich der nachgewiesenen Calciumphosphat-Kristallablagerungserkrankung zudem auf eine Hämochromatose hingewiesen. Dies sei unterdessen abgeklärt worden und die Diagnose der Hämochromatose habe leberbiptisch nicht bestätigt werden können (S. 15 Mitte).

Eine angepasste Verweistätigkeit beschränke sich auf leicht- bis höchstens mässiggradig körperlich belastende Arbeiten, und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert, wobei es dem Beschwerdeführer, mit seinem derzeitigen Ausmass des Übergewichtes, nicht immer möglich sei, die Regeln der Rückenergonomie einzuhalten. Die repetitiv zu bewegendem Gewichte sollten nicht schwerer als 7.5 bis 10 kg sein. Das Gehen auf

unebenem Untergrund sei nicht mehr zumutbar. Bis zur Umsetzung einer markanten Gewichtsreduktion betrage die Gehlimite für repetitiv zurückzulegende Gehdistanzen 300 Meter. Vermieden werden sollten zudem mit den Händen repetitiv oberhalb der Kopfhöhe auszubehende Arbeiten, sofern die Ellbogengelenke nicht abgestützt werden könnten (S. 16 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für eine solchermassen angepasste Verweistätigkeit könne derzeit, aus somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 16 oben).

Ä 4.3 Ä Ä Am 6. Februar 2009 berichteten die Ärzte der E. ___ Klinik von einer am Vortag erfolgten Kontrolluntersuchung, ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu machen (Urk. 8/192), ebenso am 28. Mai 2009 (Urk. 3/4). Am 28. Juli 2009 äusserte sich Dr. med. H. ___, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, gegenüber der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zum Gutachten von Dr. G. ___ (Urk. 3/5).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer hat gegenüber dem Gutachten von Dr. G. ___ verschiedene Vorbehalte geäussert. So hat er sich auf den Standpunkt gestellt, da dieser sich wiederholt zu seiner Mimik und Gestik geäussert und eine Selbstlimitierung festgestellt habe, sei dessen Unvoreingenommenheit zu verneinen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Tat finden sich im Gutachten entsprechende Feststellungen (S. 10) wie auch der (näher begründete) Hinweis, dass eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) nur sinnvoll sei, wenn keine Hinweise für eine Selbstlimitierung beständen (S. 15 Mitte). Inwiefern darin eine Voreingenommenheit des Gutachters zum Ausdruck kommen sollte, ist allerdings nicht ersichtlich. Es dient der Nachvollziehbarkeit der erhobenen Befunde, wenn auch das Verhalten des Exploranden in die Berichterstattung einbezogen wird, und auch die Ausführungen betreffend EFL sind sachlich zutreffend.

Wenn der Gutachter betreffend Dauer der Rentenleistung den Sachverhalt nicht vollständig zutreffend festgehalten haben sollte (Urk. 1 S. 8), so ist einerseits nicht ersichtlich, inwiefern dies die Schlüssigkeit der medizinischen Ausführungen beeinträchtigen sollte, und andererseits vermag es dem Gutachter auch nicht zum Vorwurf zu reichen: Er stützte sich auf die - auch in anderen Berichten anzutreffenden - Angaben des Beschwerdeführers und es ist nicht seine Aufgabe, die infolge der immer wieder ergriffenen Rechtsmittel unübersichtliche administrative Seite der Leistungszusprache zu entwirren.

Inwiefern die diagnostizierte CPPD, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Urk. 1 S. 8 f.), zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit führt, ist eine Frage, deren Beantwortung gerade dem medizinischen Sachverständigen obliegt und nicht dem Beschwerdeführer. Wenn die Antwort nicht seinen Erwartungen entspricht, schmälert dies noch nicht die Überzeugungskraft des Gutachtens.

Wenn der Gutachter im Vergleich zu früheren Untersuchungen eine wieder freiere Kniebeweglichkeit festgestellt hat, so besteht der vom Beschwerdeführer behauptete Widerspruch zur Rentenzusprache der SUVA wegen Kniebeschwerden (Urk. 1 S. 9) nicht zulasten des Gutachtens, sondern es würde nahe liegen, die Leistungszusprache der SUVA daraufhin zu überprüfen, ob sie weiterhin gerechtfertigt sei.

Die Behauptung des Beschwerdeführers schliesslich, beim Gutachten handle es sich lediglich um die andere Beurteilung eines an und für sich gleich gebliebenen Sachverhalts (Urk. 1 S. 10 oben), lässt sich mit dem Inhalt des Gutachtens nicht in Einklang bringen. Im Gutachten wurde sorgfältig und detailliert dargelegt, inwiefern sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu den massgebenden früheren Beurteilungen verbessert (oder nicht verändert, aber auch nicht verschlechtert) hat, und welche einst festgehaltenen Beeinträchtigungen und gestellten Diagnosen im Begutachtungszeitpunkt nicht mehr zu erheben gewesen sind.

5.2 Die vom Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachten angeführten Einwände erweisen sich somit alle als nicht stichhaltig. Vielmehr ist festzuhalten, dass das Gutachten alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.3) vollumfänglich erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Demzufolge ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für - näher umschriebene - leidensangepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit besteht.

5.3 Die auf dieser Basis erfolgte Invaliditätsbemessung als solche ist vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt worden. Sie ist denn auch nach Lage der Akten (vgl. Urk. 8/186-187, Urk. 8/200) nicht zu beanstanden, so dass diesbezüglich eine eingehendere Behandlung entbehrlich ist. Dies auch deshalb, weil der resultierende Invaliditätsgrad von 26 % derart deutlich vom anspruchsbegründenden Mindestwert von 40 % entfernt ist, dass auch Modifikationen bei der Invaliditätsbemessung zu keinem anderen Ergebnis führen würden.

5.4 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Sachverhalt, welcher der Leistungszusprache im Januar 2008 zugrunde lag, in revisionsrelevanter Weise verbessert hat, und dass bei einem Invaliditätsgrad von (neu) 26 % kein Rentenanspruch mehr besteht.

Demzufolge erweist sich die angefochtene Verfügung als rechts, und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Ursula Reger-Wytenbach
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

