

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00945 vom 30. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00945

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00945 du 30 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00945 del 30 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1965 geborene X.____ meldete sich am 24. Januar 2011 (Ein gangdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Rentenleistungen an (Urk. 7/9; vgl. auch Urk. 7/15). Am 24. Februar 2011 teilte die IV-Stelle mit, dass angesichts des Gesundheitszustands des Versicherten keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/17). Sie traf daraufhin medizinische und erwerbliche Abklärungen und sprach ihm mit Verfügung vom 26. Oktober 2011 eine ganze Rente mit Wirkung ab 1. August 2011 zu (Urk. 7/35 und Urk. 7/41).

Im Rahmen des im September 2012 von Amtes wegen initiierten Revisionsverfahrens (Urk. 7/50) informierte die Verwaltung X.____ über die Notwendigkeit einer spezialärztlichen Untersuchung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Endokrinologie (Urk. 7/56). Mit Schreiben vom 26. August 2013 machte die Rechtsvertreterin des Versicherten geltend, es sei einzig ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Orthopädie und Rheumatologie geboten (Urk. 7/60). Mit Zwischenverfügung vom 18. September 2013 hielt die IV-Stelle an der Durchführung einer polydisziplinären Untersuchung in den von ihr bislang vorgesehenen Fachbereichen fest (Urk. 7/62). Nachdem dem Beschwerdeführer die Namen der involvierten Gutachter – worunter sich auch ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie befand – mitgeteilt worden waren (Urk. 7/69), lehnte seine Rechtsvertreterin mit Schreiben vom 3. April 2014 sowohl den Experten für Allgemeine Innere Medizin als auch für Psychiatrie und Psychotherapie ab (Urk. 7/71). Mit erneuter Zwischenverfügung vom 15. April 2014 hielt die Verwaltung auch an den angekündigten Gutachterpersonen fest (Urk. 7/72). Am 7. Juli 2014 benachrichtigte sie den Versicherten darüber, dass in der Fachrichtung der Rheumatologie ein neuer Experte ernannt worden sei (Urk. 7/76), wogegen Ersterer keine Einwendungen erhob (Urk. 7/79). Am 25. August, 3. September und 20. Oktober 2014 wurde X.____ durch die Ärzte der Y.____ begutachtet (Expertise vom 13. November 2014 [Urk.

7/84]).

Mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2014 stellte die IV-Stelle die Einstellung der Rente per Ende des auf die Zustellung des Entscheids folgenden Monats in Aussicht (Urk. 7/92). Nachdem der Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 7/98), reichte die Gutachterstelle – nach Aufforderung durch die Verwaltung (Urk. 7/101) – am 26. Mai 2015 eine Stellungnahme ein (Urk. 7/102). Mit Verfügung vom 20. Juli 2015 hielt die IV-Stelle an der angekündigten Renteneinstellung fest (Urk.

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

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 ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener 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. 1.4

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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. 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).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer revisionsrechtlich relevanten Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche 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).

E. 1.5

hievore). Nach einleuchtender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gelangten die Experten zur begründeten Schlussfolgerung, dass in einer körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Was die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit anbelangt, gingen sie davon aus, dass die vorhandenen Gesundheitsstörungen sich insofern einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, als der Beschwerdeführer – vollzeitlich – nur noch in der Lage sei, einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille über 15 Kilogramm und über Taillenhöhe bis zehn Kilogramm, ohne Einnahme von Zwangshaltungen, ohne Zurücklegen von längeren Gehstrecken, ohne Gehen auf unebenen Böden, ohne Besteigen von Gerüsten und Leitern und ohne wesentliche Einschränkungen für die Belastung der oberen Extremitäten nachzugehen (Urk. 7/84/1-31 S. 29). Dies vermag angesichts der erhobenen Befunde durchaus zu überzeugen.

Nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist hingegen die 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer eigentlich den körperlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers optimal adaptierten Tätigkeit,

die die Y.____ - Experten mit dem

Erfordernis zusätzlicher Pausen begründen. Schmerzen an sich begründen nämlich rechtsprechungsgemäss noch keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E.

3.3) und den aus den Befunden am Achsenskelett und des Knies zu schliessenden funktionellen Einschränkungen wurde mit dem von den Gutachtern formulierten Anforderungsprofil angemessen Rechnung getragen. Ausserdem geht aus der Expertise nicht hervor, dass der zusätzliche Pausenbedarf durch Schmerzexazerbationen bedingt ist. Diesbezüglich ist zudem zu beachten, dass die Gehilfe

vom Beschwerdeführer auf der rechten Seite benutzt wird, obwohl sie für links verordnet wurde (Urk. 7/54/1-4 S. 4 und Urk. 7/84/1-31 S.

23). Vermehrte Pausen werden sodann auch nicht (wegen einer verstärkten Schwellneigung) mit dem Hochlagern des Knies begründet. 5.2.5.2.1

Der Umstand, dass das polydisziplinäre Y.____ -Gutachten unter anderem ein rheumatologisches und kein orthopädisches Gutachten umfasst (Urk. 1 S. 6), tut der Beweiskraft der betreffenden Expertise keinen Abbruch. Dies gilt umso mehr, als der den Beschwerdeführer seit 2011 behandelnde Prof. Dr. E.____ selbst Facharzt für Rheumatologie ist. Die beiden Fachdisziplinen stehen sodann nicht etwa für unterschiedliche Konzepte, wie

ein Gesundheitsschaden und dessen Folgen zu betrachten sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 3.3). (Chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates bilden ausserdem Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteil des Bundesgerichts 9C_203 /2010 vom 21. September 2010 E.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. September 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2015 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 20. Oktober 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Renteneinstellung – unter Hinweis auf das Gutachten des Y.____ vom 13. November 2014 – damit, dass der Beschwerdeführer infolge einer Verbesserung seines Gesundheitszustands in einer leidensangepassten Tätigkeit grundsätzlich wieder vollschichtig arbeitsfähig sei, wobei angesichts eines erhöhten Pausenbedarfs eine Leistungsfähigkeit von 80 % bestehe. Das Invalideneinkommen betrage daher Fr. 50'617.--. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 77'631.-- ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 35 %, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, sein Gesundheitszustand habe sich massiv verschlechtert. Das Y.____-Gutachten vom 13. November 2014 sei nicht geeignet, eine Verbesserung zu belegen; vielmehr sei darin eine Verschlechterung dokumentiert. Denn im Vergleich zum Zeitpunkt des Erlasses der ursprünglichen Verfügung beinhalte die Expertise weitere Diagnosen. Es werde sodann eine bestehende schwere Osteoporose festgestellt, welche per definitionem zu Frakturen führe. Erstaunlich sei zudem, dass die Adipositas per magna ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibe (Urk. 1 S. 5 ff.). 3.

E. 3

Die Unfallversicherung stellte ihre Leistungen mit Wirkung per 31. Dezember 2013 ein. Die dagegen am 30. September 2014 erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts abgewiesen (Prozess-Nr. UV.2014.00231).

E. 3.1.1

Die ursprüngliche Rentenzusprache vom 26. Oktober 2011 (Urk. 7/35 und Urk. 7/41) basierte im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Akten:

Dr. med.

Z.____, Chefarzt am Spital A.____, stellte in seinem Bericht vom 25. Februar 2011 (Urk. 7/18 S. 5) folgende Diagnosen: - Durchblutungsstörung Femur rechts nach direktem Trauma am 12. Juli 2010 - im Verlauf nun auch Knochenmark ödem mit Enhancement am Tibia plateau

medialseits, ausgeprägter als lateralseits, Stressreaktion mit Fraktur im Bereiche des Tibiakopfes ohne Sinterung - Meta tarsale II und III- Schmerzen, Ermüdungsfrakturen - Adipositas

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Bezüglich einer Prognose der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf müsse zugewartet werden. 3. 1. 2

Dr. med. B.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Medizin , nannte in seinem Bericht vom 2. März 2011 (Urk. 7/19 S. 15) nachstehende Diagnosen: - Verdacht auf aseptische Knochennekrose im medialen Femurkondylus bei direktem Trauma am 1 2. Juli 2010 - Erste Konsultation bei mir am 1 7. Juli 2010 nach Trauma am 1 2. Juli 2010 - Überweisung an Fachorthopäde Dr. med. Z.____ , Chefarzt Orthopädie Spital A.____ , am 6. September 2010 (Beilage, inkl. MRI) - Berichte Dr. med. Z.____ : - 1 3. September 2010 - 2 5. November 2010 - 1 6. Dezember 2010 inkl. MRI - 1 9. Januar 2011 - 2 1. Februar 2011 inkl. MRI - chron. Schmerzproblematik mit dep . Entwicklung - Übergewicht - Nikotin, Nikotinstopp November 2010

Er bescheinigte eine seit 3 0. Juli 2010 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. 3. 1. 3

In seiner aufgrund der Akten verfassten Stellungnahme vom 1 8. März 2011 gelangte Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst zum Schluss, mit der Diagnose eines Knochenmarködems/-nekrose des medialen Femurkondylus und des medialen Tibiaplateaus liege seit 3 0. August 2010 ein relevanter Gesundheitsschaden vor. Die Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit betrage 0 % seit 3 0. Juli 2010 (Urk. 7/28 S. 3).

E. 3.1.4

Dr. B.____

stellte in seinem Bericht vom 6. Juni 2011 (Urk. 7/25 S. 5) folgende Diagnosen: - Durchblutungsstörung Femur rechts nach direktem Trauma am 1 2. Juli 2010 - im Verlauf nun auch Knochenmark ödem mit Enhancement am Tibia plateau

medialseits ausgeprägter als lateralseits , Stressreaktion mit Fraktur im Bereiche des Tibiakopfes ohne Sinterung

Er gab an, für weitere Informationen sei mit dem behandelnden Facharzt direkt Kontakt aufzunehmen.

E. 3.1.5

Dr. C.____ hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 2 0. Juni 2011 fest, es könne weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % für jegliche Tätigkeit ausgegangen werden. Bei sich langsam besserndem Gesundheitszustand sollte in einem halben Jahr eine medizinische Neuevaluation erfolgen (Urk. 7/28 S. 4).

E. 3.2.1

Die am 2 0. Juli 2015 verfügte Renteneinstellung beruhte auf nachstehenden medizinischen Berichten:

Dr. B.____ nannte am 7. September 2012 folgende Diagnosen (Urk. 7/50 S. 4): - Durchblutungsstörung Femur rechts nach direktem Trauma am 1 2. Juli 2010 - im Verlauf nun auch Knochenmark ödem mit Enhancement am Tibia plateau

medialseits ausgeprägter als lateralseits , Stressreaktion mit Fraktur im Bereiche des Tibiakopfes ohne Sinterung - sekundäres

m yotendinotisches

Schmerzsyndrom Rücken / Beine beid seits wahrscheinlich bei Fehl-/Überbelastung - Streckentlastung notwendig - Übergewicht

Er gab an, es sei keine Arbeitsbelastung im Sinne einer vom Beschwerdeführer durchführbaren Arbeit im erlernten Beruf (Baugewerbe) mehr möglich.

E. 3.2.2

Dr. Z.____ stellte in seinem Bericht vom 22. Februar 2013 (Urk. 7/53/6-7) folgende Diagnosen: - Status nach rezi diverierenden osteoporotischen Mikrofrakturen zuerst im medialen Femurkondylus und Tibiaplateau (September 2010), dann im lateralen Femurkondylus (September 2011) - Differentialdiagnose: Transiente Osteoporose bzw. rezidivierende Osteonekrose mit: - zusätzlicher Osteoporose der Lendenwirbelsäule - Osteopenie der Hüftregion beidseits - schwerem Vitamin D-Mangel ohne Hinweis für manifeste Osteomalazie - Status nach Therapie mit Fosamax September 2010 bis April 2011 mit Unverträglichkeit - Status nach Therapie mit Miacalcic September 2010 bis April 2011 - Chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1, Differentialdiagnose:

radikuläre Komponente nicht ausgeschlossen

Er führte aus, eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch seine Person mache keinen Sinn, da er den Beschwerdeführer seit bald elf Monaten nicht mehr gesehen habe, eine Beurteilung durch den Kreisarzt vorliege und eine Zweitmeinung an der D.____ erhoben werde.

E. 3.2.3

Prof. Dr. med. E.____ , F.____ , G.____ , nannte in seinem Bericht vom 18. April 2013 (Urk. 7/54/1-4) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Etablierte Osteoporose der Lendenwirbelsäule mit rezidivierenden Mikrofrakturen Tibiaplateau rechts und medialer Femurkondylus rechts - Rezidivierender schwerer Vitamin D-Mangel - Verdacht auf sekundäre Gonarthrose rechts - Verdacht auf primäre Coxarthrose rechts - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1

Er bescheinigte eine volle Arbeitsunfähigkeit für den angestammten Beruf als Gipser wie auch für sämtliche leidensangepasste Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer bleibe mit Sicherheit zu 100 % arbeitsunfähig. Als unterstützendes Hilfsmittel sei ein Gehstock links angezeigt (S. 1 ff.) .

E. 3.2.4

Das am 4. Juli 2014 im Spital A.____ aufgenommene MRI-Bild des rechten Kniegelenks zeigte ein komplett regredientes Knochenmarködem im medialen Femur sowie der Tibia rechts bei Status nach Morbus Ahlbäck . MR-morphologisch gebe es keine Anhaltspunkte für Spätfolgen (Urk. 7/84 S. 32).

E. 3.2.5

Gestützt auf die Ergebnisse ihrer internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und endokrinologischen Untersuchung stellen die Y.____ -Gutachter in ihrer Expertise vom 13. November 2014 (Urk. 7/84/1-31) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27): - 1. Status nach rezidivierenden

Mikrofrakturen Ti biaplateau und medialer Femurkondylus rechts

(ICD-10 M80.99) - MRI Kniegelenk rechts 4. Juli 2014 mit komplett regredientem

Knochenmarködem im medialen Femur sowie Tibia rechts - sekundäre Gonarthrose rechts femoropatellär (ICD-10 M17.9) - bei Diagnose 4 - 2. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.5) - radiomorphologisch im MRT LWS vom 3. September 2014 im Segment L3/L4 leichte Osteochondrose und rechtsseitige Diskusprotrusion mit leichter Recessusstenose, beginnende Facettengelenksarthrosen; im Segment L4/L5 Osteochondrose und geringe Facettengelenksarthrose, bilaterale leichte Recessusstenosen (wahrscheinlich anlagebedingte enge rezessale Verhältnisse), leichte Facettengelenksarthrosen; im Segment L5/S1 paramedian rechtsseitige Diskushernie mit Verlagerung der rechten S-Wurzel, zudem leichte rechtsseitige foraminale Stenose ohne eindeutige Kompression der rechten L5-Wurzel - 3. Anamnestisch Verdacht auf primäre Coxarthrose rechts (ICD-10

M16.1) - 4. Manifeste Osteoporose (ICD-10 M80.8) - Differentialdiagnose sekundär (Hypogonadismus, Hypercortisolismus), primär - Risikofaktoren: chronischer Nikotin- und Alkoholkonsum, eingeschränkte Kalziumzufuhr, Hypogonadismus, Diabetes mellitus - bei Diagnose 1 - Status nach Ulnafraktur rechts 2005 - Antiresorptive Behandlung mit Zoledronat seit Januar 2012, Calcium-/Vitamin D-Supplementation

Den nachstehenden Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 28): - 1. Metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 37 kg/m²) (ICD-10 E66.0) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Dyslipidämie, bisher unbehandelt

(ICD-10 E78.2) - erhöhter HbA1c-Wert mit 7,5 % (Norm <6,3 %) - Verdacht

auf

Diabetes

mellitus Typ II (ICD-10 E11.9) - 2. Fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 30 py) (ICD-10 F17.1) - 3. Klinisch und im EKG gehäufte ventrikuläre Extrasystolie, kontrollbedürftig - 4. Normogonadotroper

Hypogonadismus, abklärungsbedürftig (ICD-10 E29)

Die internistische Untersuchung habe – so Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin – das Bild eines 49-jährigen Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben. Die klinische Untersuchung des Herzens, der Lunge und des Abdomens (soweit das Abdomen bei Adipositas beurteilbar) sei unauffällig geblieben. Aus allgemeininternistischer Sicht würden vor allem Befunde im Rahmen des bei erheblicher Adipositas progredienten metabolischen Syndroms vorliegen. Per se resultiere aus der Adipositas und den grundsätzlich gut behandelbaren internistischen Begleiterkrankungen, bei auch nicht gegebener subjektiver Beschwerdelage, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

(S.

E. 4

.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in

Erwägung: 1.

E. 4.1

und 9C_270/2012 vom 23. Mai

2012 E.

4.2) und können daher von Fachärzten beider medizinischer Disziplinen hinlänglich beurteilt werden. 5.2.2

Die Rüge des Beschwerdeführers, die psychiatrische Beurteilung basiere auf einer mangelhaften Anamnese (Urk. 1 S.

7), erweist sich als unzutreffend. Dem psychiatrischen Teilgutachten kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. I.____ erwähnte, dass er seit zwei Jahren Citalopram einnimmt. Citalopram ist ein Antidepressivum aus der Gruppe der selektiven Serotonin- Wiederaufnahmehemmer (SSRI; www.compendium.ch

und www.wikipedia.org

). Dass der Psychiater die von Prof. Dr. E.____ – der über keinen Facharzttitel in Psychiatrie verfügt –

in seinem Bericht vom 18. April 2013 erwähnte chronische Depression, die im Übrigen nicht einmal in der vom nämlichen Arzt erstellten Diagnoseliste Aufnahme fand (Urk. 7/54/1-4 S. 1 f.), nicht diskutierte (Urk. 1 S. 7), schmälert die Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung nicht. 5.2.3

Unbegründet ist der Vorwurf des Beschwerdeführers, der neurologische Gutachter habe den Bericht von Prof. Dr. E.____

nicht gelesen (Urk. 1 S. 9), verweist doch Dr. K.____ in seinem Teilgutachten explizit darauf (Urk. 7/84/1-31 S. 21). Aufgabe des Arztes und Teil einer fachgerechten Begutachtung ist sodann, die Konsistenz der angegebenen Beschwerden zu prüfen. Der Umstand, dass der Neurologe auf Symptomausweitungen und aggravatorische Verhaltensweisen hinweist, zeugt daher weder von der Voreingenommenheit des Experten noch von einer nicht lege artis gewählten Vorgehensweise bei der Begutachtung (vgl. Urk. 1 S. 9).

5.2.4

Die vom Endokrinologen abgegebene Beurteilung, wonach die Adipositas ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibt, steht sodann mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Einklang. So begründet Fettleibigkeit grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Hingegen muss sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalles als invalidisierend betrachtet werden, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteile des Bundesgerichts I 839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3).

Zu ergänzen ist sodann, dass selbst Prof. Dr. E.____ in seinem Bericht vom 18. April 2013 die Adipositas nicht bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführt (Urk. 7/54/1-4 S. 1). 5.2.5

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers betrifft, die Arbeits(un)fähigkeit der nebst dem Knochenödem bestehenden Diagnosen werde nicht beurteilt (Urk. 1 S.

12), ist darauf hinzuweisen, dass aus dem Y.____ -Gutachten eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit hervor geht (Urk.

7/84/1-31 S. 29). Ausserdem – und damit entgegen dem Vorhalt des Beschwerdeführers (Urk. 1 S.

12) – legt der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar dar, inwiefern auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Prof. Dr. E.____ vom 18. April 2013 nicht abgestellt werden kann (Urk. 7/84/1-31 S. 20). Daneben nahm Letztgenannter keine einleuchtende und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor, die insbesondere die massive generalisierte Einschränkung der Beweglichkeit erklären würde. Diesbezüglich ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass die Y.____ -Gutachter von einer erheblichen Schmerzausweitung respektive einer Selbstlimitierung bei der Bewegungsprüfung berichteten, welche Prof. Dr. E.____ offenbar entgangen war. Auch ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, wonach behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 und 125 V 351 E. 3b/cc).

5.2.6

Einzig die Möglichkeit von wieder auftretenden Mikrofrakturen (Urk. 1 S.

E. 4.2.1

Aus den Akten ist zu schliessen, dass der Rentenzusprache hauptsächlich

die Diagnose eines Knochenmarködems des medialen Femurkondylus und des medialen Tibiaplateaus – der Hausarzt bestätigte die am 2. März 2011 geäusserte Verdachtsdiagnose einer septischen Knochennekrose (Urk. 7/19 S. 15) in seinem Bericht vom 6. Juni 2011 nicht mehr (Urk. 7/25 S. 5) – und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jede Tätigkeit zugrunde lag (vgl. insbesondere Urk. 7/28 S. 3), wovon anfänglich auch der Beschwerdeführer ausging (Urk. 7/60).

E. 4.2.2

Das von der Unfallversicherung eingeholte, im Rahmen des Revisionsverfahrens angelegte MRI des rechten Kniegelenks vom 4. Juli 2014 zeigte ein komplett regredientes Knochenmarködem im medialen Femur sowie der Tibia rechts; MR-morphologisch waren keine Anhaltspunkte für Spätfolgen ersichtlich (Urk. 7/84 S. 32), wobei Dr. C.____ bereits im Juni 2011 von einem sich in Bezug auf die Kniebeschwerden bessernden Gesundheitszustand ausging (Urk. 7/28 S.

4).

Ungeachtet der verschiedenen, neu im Y.____ -Gutachten vom 13. November 2014 genannten Diagnosen ist damit von einer im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevanten

Tatsachenänderung (Revisionsgrund; Wegfall der Diagnose eines Knochenödems des medialen Femurkondylus und des medialen Tibiaplateaus) auszugehen

(vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 5.2, je mit weiteren Hinweisen). Die diesbezüglich vorgebrachten Rügen des Beschwerdeführers erweisen sich als unbehelflich . Zu ergänzen ist einzig, dass vorliegend – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) – gerade objektive Befunde vorhanden waren, die eine Veränderung zur postkonstitutionellen Situation zeigten und hierin – wie von den Y.____-Gutachtern in ihrer Stellungnahme vom 26. Mai 2015 ausgeführt (Urk. 7/102 S. 2) – der Unterschied zu Sachverhalten besteht, bei denen ursprünglich kaum objektive Befunde festzustellen waren.

E. 4.2.3

Darüber hinaus ist zu den für die Rentenzusprache massgebenden Beschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts und eine manifeste Osteoporose hinzugekommen (vgl. Urk. 7/84/1-31 S. 28), was sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt und geeignet ist, zu einer abweichenden Beurteilung des Rentenanspruchs zu führen. Darin ist ebenfalls eine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts zu sehen. Der Umstand, dass es sich dabei um ein neu diagnostiziertes Leiden handelt, steht nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung einer Rentenaufhebung nicht entgegen (BGE 141 V 9).

E. 4.2.4

Da folglich ein Revisionsgrund gegeben ist, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln. 5. 5.1

Das auf einlässlichen internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen, neurologischen und endokrinologischen Untersuchungen beruhende, die fallrelevanten

Vorfälle sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende Gutachten des Y.____ entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Vor dem Hintergrund, dass die von den Y.____-Gutachtern attestierte 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer eigentlich den körperlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers optimal adaptierten Tätigkeit nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist (vgl. E. 5.1), wäre im Rahmen der Invaliditätsbemessung den gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Ermittlung des Invalideneinkommens gestützt auf das LSE-Anforderungsniveau 4, das die tiefsten Lohnansätze enthält, und allenfalls aufgrund eines zusätzlichen Leidens abzugs Rechnung zu tragen.

E. 6.2

Wie es sich damit genau verhält, kann dann offen bleiben, wenn sich selbst unter Berücksichtigung einer 20%igen Leistungseinschränkung im Ergebnis ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad ergibt. Hiezu ergibt sich Folgendes:

E. 6.2.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn für männliche Arbeitskräfte an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heran. Dies ist aufgrund dessen, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4) und einen Durchschnittswert darstellt, nicht zu beanstanden (vgl. Urk. 1 S. 15).

E. 6.2.2

Richtig ist zwar (vgl. Urk. 1 S. 15), dass die Rechtsprechung unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilweise erwerbstätig sein können, einen Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 anerkennt (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2). Davon zu unterscheiden ist jedoch der Fall des Beschwerdeführers, dem die Arbeit ganztags zumutbar ist mit einer Leistungseinschränkung von 20%. In dieser Konstellation rechtfertigt sich praxisgemäss kein über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgehender Abzug (Urteile des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2, 8C_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 9.2 und 8C_7/2015 vom 27. April 2015 E. 5.2.3). Unter dem Titel „Beschäftigungsgrad“ kann daher kein Abzug vorgenommen werden.

E. 6.2.3

Der Beschwerdeführer begründet den verlangten Leidensabzug vom mindestens 15% zudem mit dem Umstand, dass er als ehemaliger Schwerarbeiter nicht den Durchschnittslohn erzielen könne (Urk. 1 S. 15). Diesbezüglich ist zu beachten, dass die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer (weiteren) Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes führt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 – wie ausgeführt – bereits eine Vielzahl von leichten und mittel schweren Tätigkeiten umfasst.

E. 6.2.4

Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung 50 Jahre alt war, lässt sich kein Abzug unter dem Merkmal Alter

be gründen, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 4 sogar eher lohnerhöhend auswirkt und die Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers darauf schliessen lässt, dass er jahrzehntelang im Baugewerbe tätig war und über eine dementsprechend grosse berufliche Erfahrung verfügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.2). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss zudem als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

E. 6.2.5

Keinen Abzug rechtfertigen sodann die Nationalität und die Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 15). Der

M. ___ - sprachige Versicherte arbeitete von 1994 bis 2010 in der Schweiz (Urk. 7/7 und Urk. 7/84/1-31 S. 7), wobei ihn seine Sprachkenntnisse offensichtlich nicht an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit gehindert haben.

Hilfsarbeitertätigkeiten setzen sodann keine fundierten (deutschen) Sprachkenntnisse voraus, wobei der Gebrauch der

M.____ Sprache ohnehin im Rahmen der betreffenden Arbeiten

verbreitet sein dürfte. Der Beschwerdeführer verfügt zudem über die Aufenthaltsbewilligung B (Urk. 7/10).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin ging von einem Invalideneinkommen von Fr. 50'671.-- aus (Urk. 2). Im Vergleich zum – vom Beschwerdeführer nicht bestrittenen (Urk. 1 S.

14) – Valideneinkommen von Fr. 77'631. -- resultiert damit selbst unter Berücksichtigung einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad. Zu keinem anderen Ergebnis würde die Aufrech tung des Invalideneinkommens auf die im Jahr 2015 gültige Nominallohnentwicklung sowie eine durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche führen, weshalb darauf verzichtet werden kann. 7.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 8

00.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 Dr. Cristina Schiavi - 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, 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLocher

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