

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00318 vom 19. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00318](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00318)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00318 du 19 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00318 del 19 dicembre 2016

## Erwägungen

### E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### E. 1.2

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. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.4**

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 anzu geben, 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.). 2.

## **E. 2**

Dagegen führte der Versicherte mit Eingabe vom 9. März 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiter hin eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten, eventuell sei die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit diese neu verfüge. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 7. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dem Beschwerdeführer sei aus versicherungsrechtlicher Sicht eine angepasste, leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit seit Juni 2015 zu 100 % zumutbar. Zum vorgebrachten Einwand führte die Verwaltung aus, im Gutachten des A.\_\_\_\_ werde nachvollziehbar erläutert, weshalb die früheren Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Symptomatik nicht schlüssig gewesen seien. Es bestünden Unsicherheiten,

gegenüber welchem Vorzustand vergleichend auszu gehen sei. Mit ausreichender Sicherheit könne die Arbeitsfähigkeit aber nur ab dem Begutachtungszeitpunkt, d.h. ab Juni 2015, beurteilt werden. Bei der Festsetzung des Valideneinkommens sei basierend auf der LSE Tabelle für das Jahr 2015 von einem Einkommen von Fr. 74'436.80 auszugehen. Der Beschwerdeführer hätte bei einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit im Jahr 2015 ein Invalideneinkommen von Fr. 65'599.35 erzielen können, womit ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad von 12 % resultiere (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, das orthopädische Teilgutachten des A.\_\_\_\_weise Widersprüche auf. Zudem werde nicht begründet, weshalb vom bidisziplinären Gutachten vom 21. Januar 2010 abgewichen werde. Eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes, die Voraussetzung für eine Revision wäre, werde nicht einmal behauptet. Das psychiatrische Teilgutachten leide unter den gleichen Mängeln. Es sei oberflächlich, was angesichts dessen, dass sich der Gutachter nur 45 Minuten Zeit genommen habe, nicht erstaune. Zwar werde ausgeführt, die Depression sei deutlich remittiert. Gleichzeitig werde aber darauf hingewiesen, dass schwer nachvollziehbar sei, weshalb im früheren bidisziplinären Gutachten vom 21. Januar 2010 von einer schweren Depression ausgegangen worden sei. Anhand der diagnostischen Kriterien hätte die Diagnose einer mittel- bis schwergradigen Depression damals nicht gestellt werden können. Es könne somit nicht von einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden. Der Sachverhalt präsentiere sich heute noch gleich wie bei der Begutachtung im Jahr 2010. Da es an einer erheblichen Veränderung der Verhältnisse fehle, sei die Verfügung vom 4. Februar 2016 aufzuheben und dem Beschwerdeführer weiterhin eine ganze Rente auszurichten (Urk. 1). 3. 3.1

Im bidisziplinären (psychiatrisch-rheumatologischen) Gutachten vom 21. Januar 2010 wurde beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) sowie eine mittel- bis schwergradige Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 32.2) diagnostiziert (Urk. 6/75 S. 11).

Die Psychiaterin, Dr. Y.\_\_\_\_, führte aus, der Explorand habe affektiv bedrückt bis resigniert gewirkt. Zwar sei er bei der Untersuchung kooperativ gewesen, er habe jedoch unsicher und zaghaft gewirkt. Bei der Schilderung von Erlebtem sei er undifferenziert geblieben. Das Denken sei stark eingeengt auf das Leiden und die missliche Lebenssituation gewesen, während des gesamten Gesprächs sei die Mimik fast unbewegt geblieben. Der Antrieb sei vermindert und der Redefluss verlangsamt gewesen (Urk. 6/75 S. 10-11).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Y.\_\_\_\_ fest, aufgrund der mindestens mittelschweren Depression sei es dem Exploranden nicht möglich, die Schmerzen zu überwinden. Die depressive Erkrankung schränke die Arbeitsfähigkeit erheblich ein, insbesondere durch das Stimmungstief, die Antriebsstörung, die Konzentrationsstörung und die Grübeltendenz. Beim Exploranden müsse daher aus psychischen Gründen von einer 80%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 6/75 S. 12). 3.2

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, beim Exploranden würden ein chronifiziertes

Zervicovertebral -, ein Zervicobrachial - sowie ein Lumbospondylogensyndrom vorliegen (Urk. 6/75 S. 20).

Der Explorand habe brennende, tief in der Muskulatur lokalisierte Schmerzen geschildert. Er könne wegen einer Einschränkung der Kopffrotation nicht mehr Auto fahren. Zunehmend störend seien auch Schulterbeschwerden, die bei Abduktion der Arme auftreten und diese erheblich einschränken würden. In den letzten Jahren seien zudem progredient lumbale Schmerzen beim Gehen und vor allem beim Bücken in beide Beine ausstrahlend aufgetreten (Urk. 6/75 S. 18).

Klinisch finde sich bei dem Exploranden eine Fehllhaltung/ Fehllform der Wirbelsäule im Sinne eines haltungsinsuffizienten Hohl- und Rundrückens in Kombination mit einer Skoliose, die sich auch radiologisch bestätigt habe. Zervikal würden sich eine Einschränkung der Kopffrotation nach links sowie eine Einschränkung der Extension zeigen. Am peripheren Gelenkstatus sei ein massiver Schulterschmerz beidseits auffälligster Befund. Die Arme könnten weder aktiv noch passiv über ca. 80° – 90° abduziert und eleviert werden. Auch die Anteversion sei eingeschränkt. Neurologisch würden sich weder Reflexdifferenzen noch motorische Defizite zeigen (Urk. 6/75 S. 18-19).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, aus rheumatologischer Sicht bestehe – bei erheblicher Diskrepanz zwischen objektivierbaren, somatisch abstützbaren Befunden und subjektiver Schmerzempfindung – eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, wobei diese bei einem günstigen Verlauf mittel- und längerfristig steigerungsfähig sei. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten, die eine regelmässige Extension der Halswirbelsäule sowie eine monotone oder repetitive Abduktionsstellung der Schultern voraussetzen würden (Urk. 6/75 S. 19-20).

3.3 Gestützt auf dieses bidisziplinäre Gutachten hielt der RAD dafür, dass der Versicherte seit Oktober 2006 zu 80 % und seit Sommer 2007 zu 90 % arbeitsunfähig in jeder beruflichen Tätigkeit sei. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass bereits in einem Jahr eine erneute Beurteilung erfolgen solle (Urk. 6/77 S. 6).

#### 4.1.1

Im A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 19. August 2015 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 6/109 S. 21): - Chronische Nacken-Schulter-Arm-Hand-Beschwerden beidseits (ICD-10 M 54.2/M 79.60) - Rundrücken samt Protraktion von Kopf und Schultern - Radiologisch keine relevante Veränderung an zervikothorakaler Wirbelsäule und rechter Schulter (MRI 27.6.2005 und 2.11.2006 sowie Röntgen 14.5.2008, 9.12.2009 und 16.6.2015)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit listeten die Gutachter folgende Diagnosen auf (Urk. 6/109 S. 22): - leichte depressive Episode (ICD-10 F 32.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R 52.9)

4.1.2 Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der affektive Kontakt zum Exploranden sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei depressiv, die Mimik und Gestik seien wenig ausgeprägt und die affektive Modulation eingeschränkt gewesen. Der Explorand habe mit eher leiser Stimme und knappen Sätzen, aber ausreichend geantwortet. Er habe eine verminderte Freudeempfindlichkeit, Schlafstörungen in der Nacht und Müdigkeit am Tag angegeben. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien intakt, das Denken formal

geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen bestanden ( Urk. 6/109 S. 11).

Diagnostisch bestehe beim Exploranden eine leichte depressive Episode, die durch eine verminderte Freudeempfindlichkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Appetitstörung und einen verminderten Selbstwert gekennzeichnet sei. Zudem bestehe eine ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat, aufgrund derer sich der Explorand nicht mehr arbeitsfähig fühle. Ein gewisser sozialer Rückzug in die Familie habe stattgefunden. Es seien indessen durchaus Ressourcen vorhanden, mit Kontakten in der Familie, in der Nachbarschaft und mit einem Kollegen, zudem aber auch mit einer mehrjährigen Berufserfahrung. Vor einem Jahr sei der Explorand noch einmal Vater eines dritten Sohnes geworden ( Urk. 6/109 S. 11).

Weiter nahm Dr. B.\_\_\_\_ zur Selbsteinschätzung des Exploranden und zu früheren psychiatrischen Einschätzungen Stellung. Er führte aus, der Explorand fühle sich nicht arbeitsfähig, was durch psychiatrische Befunde nicht begründet werden könne. Er sei während der Untersuchung ruhig dagesessen, ohne Anzeichen von Beschwerden zu zeigen. Er habe angegeben, selber kurze Strecken mit dem Auto fahren zu können, was gegen das Vorliegen von Konzentrationsstörungen spreche. Zudem habe er durchaus gute Kontakte zur Familie und könne trotz der subjektiv starken Beschwerden und Depressionen Flugreisen in die Heimat unternehmen. Er habe zwar angegeben, regelmässig Medikamente einzunehmen, der Medikamentenspiegel sei jedoch nicht nachweisbar gewesen.

Hinsichtlich der früheren psychiatrischen Beurteilungen gab Dr. B.\_\_\_\_ an, es sei schwer nachvollziehbar, dass eine schwere Depression vorgelegen habe, weil in diesem Fall Tätigkeiten und Aktivitäten kaum mehr möglich gewesen wären und es wahrscheinlich zu einer stationären Behandlung gekommen wäre. Zwar sei auch der behandelnde Psychiater, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in einem Bericht aus dem Jahr 2014 von einer schweren Depression mit einer Arbeitsunfähigkeit von 80 %

ausgegangen. Er habe dabei aber die Resultate des BDI-Selbstbeurteilungsfragebogens aufgeführt. Da in diesem vor allem die subjektiven Befindlichkeiten abgebildet seien, könne im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Begutachtung nicht darauf abgestützt werden. Dem Exploranden könne keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung attestiert werden, wie dies in früheren fachärztlichen Beurteilungen erfolgt sei. Dafür wären deutliche, schwere, psychosoziale oder emotionale Belastungen wie auch schwere Konflikte erforderlich, die beim Exploranden nicht ausgewiesen seien (Urk. 6/109 S. 12-13).

Zur der Arbeitsfähigkeit führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe beim Exploranden keine Einschränkung. Es könne ihm zugemutet werden, in einer somatisch angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung zu arbeiten (Urk. 6/109 S. 12). 4.1.3

Im orthopädischen Teilgutachten führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, aus, bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich eine mässig bis deutlich eingeschränkte Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte gezeigt, wobei die zervikale Beweglichkeit während der Anamneseerhebung offensichtlich weitestgehend freigelungen sei. Die gesamte Untersuchung habe im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen problemlos durchgeführt werden können. Auffallend sei die anfangs freie Beweglichkeit der Schultergelenke gewesen, während bei sofortiger Wiederholung eine massive Ein

schränkung demonstriert worden sei. Die klar vermehrte Beschwielung an den Händen sei mit einer längerdauernden Schonung derselben keinesfalls vereinbar. Radiologisch würden weitgehend unauffällige Verhältnisse an zervikaler, thorakaler und lumbaler Wirbelsäule, den Iliosakralgelenken und der rechten Schulter vorliegen. Die diffusen Beschwerden würden sich klinisch und radiologisch kaum begründen lassen, wobei ein gewisser Leidensdruck bei der Fehllage im Sinne eines Rundrückens mit Protraktion von Kopf und Schultern nachvollziehbar sei (Urk. 6/109 S. 17).

Weiter führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, den früheren medizinischen Beurteilungen könne zugestimmt werden. So sei Dr. Z.\_\_\_\_ im Gutachten vom 21. Januar 2010 ebenfalls zum Schluss gekommen, dass sich die Beschwerden allein mit den somatischen Befunden nicht erklären lassen könnten. Dr. Z.\_\_\_\_ sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit als Gipser und von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Steigerungspotenzial in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen. Dieser Einschätzung könne er insgesamt zustimmen, wobei zu betonen sei, dass der Explorand nun wieder Autofahren könne und im Untersuchungszeitpunkt eine klare Handbeschwielung vorgelegen habe (Urk. 6/109 S. 19).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung liege dagegen aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/109 S. 17 f.). 4.1.4

Sowohl Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, als auch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellten dem Beschwerdeführer keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. So führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, der Neurostatus beim Exploranden sei unauffällig. Hingegen würden die Verschwielungen beider Hände für ausreichende Restaktivitäten und das Ergebnis des Rey-Testes für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung sprechen. Aus neurologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen. Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, aus allgemeininternistischer Sicht würden sich keine Hinweise für eine Arbeitsunfähigkeit ergeben, wobei auch in den Akten keine abweichenden Diagnosen genannt würden (Urk. 6/109 S. 9 und 21). 4.1.5

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde im A.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Januar 2015 festgehalten, für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten, wie die früher ausgeübte Tätigkeit als Gipser, seien ihm jedoch nicht mehr zumutbar (Urk. 6/109 S. 23). 4.2

#### 4.2.1

Das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Januar 2015 vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen; die Gutachter tätigten sorgfältige, allseitige Untersuchungen (Urk. 6/109 S. 7-8, 9-11, 13-16, 19-20) und berücksichtigten die geklagten Beschwerden sowie die Vorakten (Urk. 6/109 S. 4-7). Zudem setzten sie sich mit der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers sowie mit den früheren ärztlichen Beurteilungen ausführlich auseinander (Urk. 6/109 S. 12-13, 18-19, 23-24).

Da es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens praxisgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1), ist das Vorbringen des Beschwerdeführers, eine psychiatrische

Exploration von bloss 45 Minuten Dauer werde der Komplexität seiner psychischen Erkrankung nicht gerecht, vor dem Hintergrund der vollständigen und schlüssigen gutachterlichen Beurteilung unbehelflich. Immerhin trifft es zu, dass der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss. Dabei kann beispielsweise für die Beurteilung einer somatoformen Schmerzstörung eine zwanzigminütige Untersuchung ausreichen, wenn keine konkreten Hinweise vorliegen, dass sich die kurze Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_942/2009 vom 29. März 2010 E. 5.2). Solche werden in der Beschwerde nicht genannt und sind auch nicht ersichtlich. 4.2.2

Im orthopädischen Teilgutachten wurde schlüssig dargetan, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden weder klinisch noch radiologisch begründet werden könnten und einzig für schwere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Bereits im Gutachten vom 21. Januar 2010 war Dr. Z.\_\_\_\_ zum gleichen Schluss gelangt. Im Unterschied zu Dr. Z.\_\_\_\_ attestiert Dr. D.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer nun jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte und mittelschwere Tätigkeiten. Aus dem Gutachten geht hervor, dass diese Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes zurückzuführen ist. So führt e

Dr. D.\_\_\_\_ aus, es sei zu berücksichtigen, dass der Explorand inzwischen wieder Autofahren könne und er zudem eine klare Handbeschwellung aufweise, die im früheren Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht dokumentiert worden sei. Damit begründet e

Dr. D.\_\_\_\_ klar, worauf seine Schlussfolgerung, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert, gründet. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und beruht auf objektiven Befunden, weshalb die diesbezüglichen Einwendungen des Beschwerdeführers unbehelflich sind.

#### 4.2.3

Dr. B.\_\_\_\_ stellte dem Beschwerdeführer die Diagnose einer leichten depressiven Episode gemäss ICD-10 F. 32.0 und unterlegte diese in überzeugender Weise mit einem ausführlichem Befund (E. 4.1.2). Er nahm auch zum Bericht des behandelnden Arztes, Dr. C.\_\_\_\_, aus dem Jahr 2014 Stellung und erläuterte einleuchtend, dass darauf nicht abgestützt werden könne, weil darin vor allem subjektive Befindlichkeiten abgebildet würden.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist das Gutachten in sich schlüssig. Dass Dr. B.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert und gleichzeitig bemerkt, dass die Prognose eher ungünstig sei, stellt keinen Widerspruch dar, weist er doch darauf hin, dass diese auf die ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung zurückzuführen sei (Urk. 6/109 S. 11). Auch die vom Beschwerdeführer zusätzlich eingereichten Kommentare des behandelnden Psychiaters, Dr. C.\_\_\_\_, zum A.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 3) vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern, zumal die Kritik stellenweise das notwendige Mass an Sachlichkeit vermissen lässt. Es erscheint nicht abwegig, aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer halbstündige Autofahrten unternehmen kann, auf seine allgemeine Konzentrationsfähigkeit zu schliessen. Denn nur wer über die erforderliche psychische Leistungsfähigkeit – und damit auch Konzentrationsfähigkeit – verfügt, darf überhaupt ein Motorfahrzeug führen (Art. 14 des Strassenverkehrsgesetzes, SVG).

Nicht zu überzeugen vermag auch der Einwand, aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer Flugreisen unternahme und soziale Kontakte habe, könne auf keine Ressourcen geschlossen werden. So geht aus den Unterlagen hervor, dass der Beschwerdeführer bei der Beurteilung im Jahr 2010 gegenüber Dr. Y. \_\_\_ angegeben hatte, kaum das Haus zu verlassen und keinen Kontakt zu Kollegen zu unterhalten ( Urk. 6/75 S. 9-10). Bei der Begutachtung im August 2015 hingegen schilderte er, Kontakte in der Nachbarschaft und zu einem Kollegen zu pflegen. Zudem reise er jedes Jahr während der Schulferien im Sommer jeweils für drei bis vier Wochen nach G. \_\_\_ ( Urk. 6/109 S. 10 und 14). Dass der Beschwerdeführer wieder soziale Kontakte aufnehmen konnte und fähig ist, Reisen zu unternehmen, deutet durchaus auf vorhandene Ressourcen hin , weshalb der Einwand von Dr. C. \_\_\_ nicht verfährt. Zudem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftrags - rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patien - tinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die Kritik erweist sich daher unbegründet.

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, aus den Ausführungen von Dr. B. \_\_\_ gehe hervor, dass keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei, sondern lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vorliege. Zwar trifft es zu, dass Dr. B. \_\_\_ Zweifel daran äusserte , dass im Beurteilungszeitpunkt eine mittel- bis schwergradige Depression vorgelegen habe . Indessen handelt es sich dabei nur um eine Einschätzung, die zwar zutreffen könnte, jedoch aufgrund des Umstandes, dass damals sowohl der behandelnde Arzt als auch der Gutachter und der RAD-Arzt das Vorliegen einer mittel- bis schwergradigen Depression bejahten, nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der Rentenzusprache trotz möglicher Zweifel an den damaligen Einschätzungen eine die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränkende mittel- bis schwergradige Depression vorlag , die zwischenzeitlich remittiert ist. 4.2.4

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Gutachten vom 19. August 2015 erweist sich als schlüssig. Damit steht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 %

zuzu muten ist. 5.

## **E. 5**

), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. April 2016 angezeigt wurde (Urk.

### **E. 5.1**

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 aus geglichener 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. 5.2**

Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im relevanten Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich erzielen würde. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Einkommen auszugehen, das vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung erzielt wurde (SVR 2008 IV Nr. 35 S. 118 E. 3.3.3).

Der Beschwerdeführer arbeitete vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Gipser und erzielte im Jahr 2006 ein Einkommen von Fr. 73'450.- (Urk. 6/10). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2015 ein an die Entwicklung der Nominallöhne für männliche Arbeitskräfte von 2'014 Punkten im Jahr 2006 auf 2'226 Punkte im Jahr 2015 angepasstes

Valideneinkommen von Fr. 81'181.- erzielt hätte (vgl. die auf der Website des Bundesamtes für Statistik [[www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)] unter der Rubrik „03 – Arbeit und Erwerb“ und der Unterrubrik „Löhne, Erwerbseinkommen“ publizierten Lohnentwicklungsdaten). Damit ist dem Einkommensvergleich ein Valideneinkommen in dieser Höhe zugrunde

zu

legen.

### **E. 5.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in

der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist vorliegend ein statistischer Tabellenlohn heranzuziehen. Angesichts der Ausbildung des Beschwerdeführers ist auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert), Kompetenzniveau 1, abzustellen und somit von einem standardisierten monatlichen Einkommen von Fr. 5'210.- auszugehen (LSE 201 2, S. 35, Tabelle TA1, TOTAL, Kompetenzniveau 1). Auf gerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne

für männliche Arbeitskräfte von 2188 Punkten im Jahr 2012 auf 2226 Punkten im Jahr 2015 (vgl. die auf der Website des Bundesamtes für Statistik [www.bfs.admin.ch] unter der Rubrik „03 – Arbeit und Erwerb“ und der Unter rubrik „Löhne, Erwerbseinkommen“ publizierten Lohnentwicklungsdaten) ergibt dies ein Bruttoeinkommen von Fr. 66'309.- (Fr. 5'210.- / 40 x 41,7 x 12 / 2188 x 2226).

Angesichts der nur noch beschränkten Einsatzfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund seiner Rückenproblematik rechtfertigt sich ein Abzug vom errechneten Jahreseinkommen im Umfang von 10 %. Weitere persönliche oder berufliche Merkmale, welche sich auf die Lohnhöhe im Kompetenzniveau

auswirken könnten, sind nicht ersichtlich. Es resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 59'678.- (Fr. 66'309.- x 0.9).

#### **E. 5.4**

Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 59'678.- resultiert im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 81'181.- eine Erwerbseinbusse von Fr. 21'503.-, was einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von

gerundet 26 % entspricht. Die angefochtene Verfügung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marco Mona -  
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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
Curiger

## **E. 7**

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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