

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00472 vom 28. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00472

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00472 du 28 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00472 del 28 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1961 geborene X.____ war vom 7. Juli 1982 bis 17. Mai 2001 als Maurer bei der Y.____ tätig (Urk. 7/9). Am 1. April 1998 erlitt er einen Unfall. Es wurde eine traumatisierte Handgelenkarthrose bei Scaphoid pseudarthrose rechts diagnostiziert. Die SUVA kam für die Heilbehandlung auf und richtete Taggelder aus. Mit Verfügung vom 15. Februar 1999 sprach sie dem Versicherten für die verbleibende Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 1. April 1998 eine einer Erwerbseinbusse von 25 % entsprechende Invalidenrente ab 1. Januar 1999 und eine auf einer Integritätseinbusse von 5 % beruhende Integritätsentschädigung zu (Urk. 7/6 S. 94 ff.). Am 21. Mai 2001 meldete die Arbeitgeberin des Versicherten der SUVA einen Rückfall (Urk. 7/6 S. 93). Am 6. Juli 2001 wurde eine Scaphoidresektion und 4-corner-fusion (Urk. 7/6 S. 78) und am 24. Mai 2002 eine Handgelenksdenervation durchgeführt (Urk. 7/6 S. 48). Die SUVA kam für die Heilbehandlung auf und richtete weitere Taggelder aus.

Am 27. Dezember 2002 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle zog die Akten des Unfallversicherers bei und tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen. Mit Verfügung vom 9. April 2003 lehnte sie einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen ab (Urk. 7/14). In der Folge veranlasste sie eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. Z.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/44). Das Gutachten wurde am 4. Mai 2005 erstattet (Urk. 7/46).

Mit Verfügung vom 24. Juni 2005 erhöhte die SUVA die Invalidenrente per 1. April 2005 auf 64 % und sprach dem Versicherten eine Integritätsentschädigung von 20 % zu (Urk. 7/52).

Mit Verfügungen vom 10. Juni 2005 und 28. Juli 2005 sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine ganze Rente ab 1. Mai 2002 zu (Urk. 7/51 und Urk. 7/55) und bestätigte diese mit Mitteilung vom 27. August 2008 (Urk. 7/63). Im Juli 2014 leitete die IV-Stelle von Amtes wegen ein Revisionsverfahren ein. Sie holte aktuelle medizinische Berichte ein und ordnete eine interdisziplinäre Abklärung bei Dr. med. A.____, Rheumatologie FMH, und Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, an (Urk. 7/81). Das Gutachten wurde am 28. Mai 2015 erstattet (Urk. 7/84). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren stellte die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 11. März 2016 auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats ein (Urk. 7/93). Am 22. März 2016 teilte sie dem Beschwerdeführer mit, dass die Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung abgeschlossen sei (Urk. 7/97).

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).

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

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 seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 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 grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.4

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5

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. 1.6

). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter unter Beizug eines Dolmetschers und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Überdies sprechen sich die Gutachter ausreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat.

Der Einwand des Beschwerdeführers gegen die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens, wonach das psychiatrische Explorationsgespräch nur 15 Minuten gedauert habe, was unzureichend sei (Urk. 1 S. 12), vermag nicht durchzudringen. Selbst wenn die Untersuchung nicht - wie angegeben - eine Stunde gedauert haben sollte, war dem Gutachter doch eine genügende Befunderhebung möglich. In Bezug auf die Dauer der psychiatrischen Begutachtung ist ausser dem festzuhalten, dass der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss. Zuvorderst hängt der Aussagegehalt einer Expertise

davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies – wie hier – zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_352/2013 vom 3. Juli 2013 E. 4).

Die Behauptung des Beschwerdeführers, dass der rheumatologische Gutachter keine persönliche Untersuchung vorgenommen habe (Urk. 1 S. 11), ist aktenwidrig und angesichts der erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar. 4.2

Gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ ist davon auszugehen, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert hat. Von psychiatrischer Seite her ist aufgrund des Gutachtens von Dr. B.____ hingegen von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit seit dem Gutachten von Dr. Z.____ auszugehen. Entsprechend ist eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Da ein Revisionsgrund vorliegt, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 4.3

In somatischer Hinsicht geht aus sämtlichen medizinischen Berichten übereinstimmend hervor, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit weiterhin nicht zumutbar ist. Gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ sind Arbeiten nicht mehr zumutbar, die mit Vibrationen verbunden sind, die Umwendebewegungen im Handgelenk oder das Abstützen der Hände voraussetzen, die mit dem Besteigen von Leitern und Gerüsten verbunden sind oder bei denen repetitiv zu bewegendes Gewichte schwerer als 1 kg sind. Eine angepasste Tätigkeit beschränkt sich auf leichtest körperlich belastende Arbeiten und

lässt die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Gemäss Dr. A. ___ besteht für eine angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %.

Auch aus kardiologischer Sicht bestehen keine weitergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Gemäss Bericht der Kardiologie des D. ___ vom 21. November 2014 sollte ein Schichtdienst vermieden werden. Ansonsten seien von kardialer Seite leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit wechselnder Belastung möglich (Urk. 7/79). 4.4

Aus psychiatrischer Sicht geht aus dem Gutachten hervor, dass in Bezug auf die im Jahr 2005 diagnostizierte depressive Episode von einer Remission auszu gehen ist. Dr. B. ___ diagnostizierte eine somatoforme Schmerzstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er führte diesbezüglich aus, die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert, jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 7/84 S. 29). Da der medizinische Gutachter trotz des Vorliegens eines syndromalen Leidens keine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit eruieren kann, ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden von erheblicher Schwere im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den syndromalen Beschwerdebildern (BGE 141 V 281) von vornherein nicht gegeben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_96/2016 vom 22. April 2016) und eine Prüfung der Standardindikatoren erübrigt sich. Aus psychiatrischer Sicht ist somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszu gehen. 4.5

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Akten besteht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) – kein weiterer Abklärungsbedarf.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 11. März 2016 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 22. April 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin die bisherige Rente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur Prüfung der Eingliederungsmöglichkeiten an die IV-Stelle zurückzuweisen. Subeventualiter sei die Sache zur polydisziplinären medizinischen Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Mai 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich die psychischen Beschwerden, welche ausschlaggebend für die Rentenzusprache gewesen seien, gebessert hätten. Aufgrund der neuen medizinischen Beurteilung sei ihm eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Da der Invaliditätsgrad 23 % betrage, bestehe kein Rentenanspruch mehr (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen im Wesentlichen geltend, Dr. A. ___ könne eine Veränderung zum Besseren weder mit eigenen Abklärungen noch mit anamnestischen Daten belegen. Es zeige sich vielmehr, dass seine Beurteilung eine unterschiedliche Wertung darstelle, die revisionsrechtlich nicht beachtlich sei. Dem Gutachten von

Dr. B.____ fehle es an genügender Abklärungstiefe. Weiter mangle es dem Gutachten an einer genügenden Auseinandersetzung mit der Situation im Zeitpunkt der Rentenzusprache und im Untersuchungszeitpunkt, was angesichts der kurzen Dauer der Befragung nicht erstaune. Gestützt auf diese Gutachten sei keine revisionsweise Aufhebung der Rente möglich. Die Beschwerdegegnerin wäre zudem gehalten gewesen, vor der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen durchzuführen (Urk. 1 S. 10 ff.). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzu gehen . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist zunächst, ob wegen einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes und der sich daraus ergebenden Arbeitsfähigkeit die Voraussetzungen für eine Revision der laufenden Rente gegeben sind. Zeitliche Vergleichsbasis zu den mit der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2016 beurteilten Verhältnissen bildet der Sachverhalt, auf dessen Grundlage dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 10. Juni 2005 und 28. Juli 2005 eine ganze Rente zugesprochen worden war.

E. 3.2.1

Die ursprüngliche Rentenverfügung beruhte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den folgenden Berichten:

E. 3.2.2

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, nannte in seinem Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 12. Juli 2002 die folgenden Diagnosen: - Status nach traumatisierter Handgelenksarthrose bei Scaphoidpseudarthrose rechts nach Sturz auf die rechte Hand vom 1. April 1998 mit fortgeschrittener SLAC-wrist rechts - Status nach Scaphoidresektion und 4-corner-fusion rechts vom 06.07.01 - Status nach Handgelenksdenervation rechts vom 24.05.02

Er führte aus, aufgrund der Unfallfolgen am rechten dominanten Handgelenk sei dem Beschwerdeführer kein voller Arbeitseinsatz als Maurer und Schaler mehr zuzumuten. Es sei hier sicherlich eine Umschulung beziehungsweise Umplatzierung zu diskutieren. Die rechte dominante Hand sei nicht mehr voll belastbar. So seien alle Arbeiten, die mit Umwendebewegungen im Handgelenk einhergingen, nicht mehr durchzuführen. Die Abstützfunktion sei ebenfalls eingeschränkt. Das Arbeiten mit vibrierenden oder Vibrationen erzeugenden Maschinen und das Tragen von Lasten über 10 kg sollten eingeschränkt werden. Auch Überkopfarbeiten mit Abstützfunktionen seien nicht mehr möglich. Unter Berücksichtigung dieser Behinderung sei dem Beschwerdeführer ein ganztägiger Arbeitseinsatz zuzumuten (Urk. 7/6 S. 41 ff.).

E. 3.2.3

Im Bericht der chirurgischen Klinik des D.____ vom 6. Februar 2003 zuhanden der IV-Stelle wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit persistierende Handgelenksschmerzen rechts bei Status nach Handgelenksdenervation rechts am 24. Mai 2002 und Status nach Skaphoidektomie und 4-corner-fusion des rechten Handgelenkes am

6. Juli 2001 bei fortgeschrittener Handgelenksarthrose bei alter Skaphoid-Pseudoarthrose nach Sturz auf die rechte Hand zirka 1973, bestehend seit 30. März 1998 genannt. Es wurde ausgeführt, nachdem die Ruhigstellung des rechten Handgelenkes im Unterarmgips einen Rückgang der Beschwerden gebracht habe, sei dem Beschwerdeführer die vollständige Handgelenksarthrodese vorgeschlagen worden. Aufgrund des chronifizierten Schmerzverlaufs sei aber eine Schmerzfreiheit auch nach einer Arthrodese nicht zu erwarten und insbesondere sei keine Steigerung der Belastbarkeit des rechten Handgelenkes zu erwarten. In seinem Beruf als Maurer werde der Beschwerdeführer sicher nicht mehr arbeitsfähig werden und auch etwas weniger stark belastende manuelle Arbeiten dürften aufgrund des bisherigen Verlaufes nicht mehr möglich sein. Zurzeit werde die Handgelenksarthrodese vom Beschwerdeführer nicht gewünscht, insbesondere da nicht mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im alten Beruf gerechnet werden könne. Die Arbeitsfähigkeit als Maurer betrage bis heute 0 %. Dies sei auch für die Zukunft nicht zu verbessern. Auch operative Eingriffe würden hier nicht eine genügend schmerzfreie und belastbare rechte Hand ergeben können, welche die schwere manuelle Tätigkeit erlauben würden. In einer besser geeigneten Erwerbstätigkeit wäre der Beschwerdeführer zumindest halbtags ab sofort einsetzbar, eventuell unter Tragen einer Handgelenkmanschette und sofern mit der rechten Hand keine belastenden Tätigkeiten ausgeführt werden müssten. Die Handgelenksarthrodese könnte eventuell die Schmerzsituation bei einer leichten manuellen Tätigkeit günstig beeinflussen, so dass auch keine äussere Stabilisierung getragen werden müsste. In Frage kämen grundsätzlich einfachere Überwachungsaufgaben, sofern der Beschwerdeführer beispielsweise die Bedienung einer Maschine mit der linken Hand ausführen könne (Urk. 7/8).

E. 3.2.4

RAD-Arzt Dr. med. E. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. März 2003 fest, es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Arbeit (Urk. 7/48 S. 3).

E. 3.2.5

Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, nannte in seinem Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 26. August 2004 zusätzlich zu den bereits erwähnten Diagnosen die Diagnose einer schweren Arthrose des linken Handgelenkes bei vorbestehender Navikuläre-Pseudarthrose. Er hielt fest, auf der linken Seite bestehe ein ähnlicher Zustand wie rechts 1998. Es handle sich um eine Pseudarthrose des Os naviculare mit inzwischen eingetretener erheblicher Arthrose der proximalen Handwurzelreihe. Bei jetzt beidseitiger schwerer posttraumatischer Schädigung der Handwurzelreihe seien kaum noch manuelle Tätigkeiten abzuverlangen, die einem Minimum an körperlichem Einsatz bedürften. Jedenfalls sei der Maurerberuf nicht geeignet, um eine Arbeitsfähigkeit wieder zu realisieren (Urk. 7/24).

E. 3.2.6

RAD-Arzt Dr. E. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2004 fest, objektiv gesehen seien die Funktionen nicht erheblich eingeschränkt. Es ergebe sich keine Änderung der bisher angenommenen Arbeitsfähigkeit. Als Maurer bestehe allerdings keine Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 7/48 S. 4).

E. 3.2.7

Im psychiatrischen Gutachten vom 4. Mai 2005 stellte Dr. Z. ___ die folgenden Diagnosen:
- Leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (F32.11)

ICD-10) - Problem der Krankheitsbewältigung bei einem chronifizierten Schmerz syndrom (F54 ICD-10)

Er führte aus, es bestehe ein Gesundheitsschaden, der eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl auf ein psychisches als auch auf ein somatisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Psycho soziale Faktoren spielten eine untergeordnete Rolle und seien entstanden, als die Suva ihre Leistungen eingestellt habe. Eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Sommer 2004. Aus psychischen Gründen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 40 %. Eine Wiedereingliederung werde bei der jetzigen psychischen und somatischen Konstellation nicht realisierbar sein. Die handchirurgische Beurteilung der Zumutbarkeit einer leichten Tätigkeit scheine von theoretischer Bedeutung zu sein (Urk. 7/46).

E. 3.2.8

RAD-Arzt Dr. G.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 7. Mai 2005 fest, es müsse von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden (Urk. 7/48 S. 8).

E. 3.3.1

Im Rahmen des im Juli 2014 eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin einen Verlaufsbericht der Kardiologie des D.____ ein (Urk. 7/79) und liess den Beschwerdeführer bidisziplinär begutachten (Urk. 7/84).

E. 3.3.2

Im Bericht der Kardiologie des D.____ vom 21. November 2014 wurden die folgenden Diagnosen genannt: - Nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit oralen Antidiabetika eingestellt - St. n. inferiorem NSTEMI 18.07.2013 bei koronarer Zweigefässerkrankung mit PCI RPLS II - St. n. multiplen Operationen mit Invalidisierung

Es wurde ausgeführt, von kardialer Seite bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es sollte ein Schichtdienst vermieden werden. Ansonsten seien von kardialer Seite leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit wechselnder Belastung möglich (Urk. 7/79).

E. 3.3.3

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Mai 2015 stellte Dr. B.____ keine Diagnosen mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die folgenden: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit (Z56) - Status nach depressiver Episode, seit Jahren remittiert (F32.4)

Dr. B.____ führte aus, es sei heute weder anamnestisch noch befundmässig etwas festzustellen, das auf eine psychische Störung hinweisen würde. Die Kriterien des ICD-10 in Bezug auf eine depressive Episode seien nicht erfüllt. Es sei vielmehr seit Jahren von einer Remission auszugehen. Eine psychiatrische Behandlung sei nicht notwendig. Der Beschwerdeführer zeige Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung der Schmerzen, soweit sich die Schmerzproblematik nicht rheumatologisch erklären lasse. Er sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Die Schmerzen bildeten oft den Hauptfokus seines Interesses. Zudem komme es bei Lebensproblemen zu einer Verstärkung der Schmerzen. Es könne eine anhal

tende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert, jedoch nicht ein in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass keine psychische Komorbidität bestehe. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht günstig (Urk. 7/84 S. 26 ff.).

E. 3.3.4

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 28. Mai 2015 stellt Dr. A.____ die folgenden Diagnosen mit langandauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Posttraumatische Arthrosen der Hände - Koronare Zweigefässerkrankung

Dr. A.____ führte aus, die aktualisierten Röntgenaufnahmen der Hände dokumentierten fortgeschrittene posttraumatische Veränderungen radiocarpal und inter carpal beidseits, wobei rechtsseitig zudem postoperative Veränderungen nach einer im 2001 stattgehabten Four-Corner-Fusion zur Darstellung gelangten. Mit den aktuell bildgebend dokumentierten arthrotischen Veränderungen im Bereich der Handgelenke seien die Bewegungseinschränkungen der Handgelenke, die aktuell objektiviert werden könnten, plausibilisiert. Eine funktionelle Einschränkung sei aufgrund der Pathologien im Bereich der Handgelenke ausgewiesen und aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht sei nachvollziehbar, dass für körperlich belastende Arbeiten, wie sie früher im Baugewerbe ausgeübt worden seien, seit Jahren eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werde. Auch für leichtgradig körperlich belastende Arbeiten resultierten namhafte Einschränkungen der Zumutbarkeit, sofern die Hände eingesetzt werden müssten. An den Händen bestehe, abgesehen von den erwähnten Pathologien, kein klinischer Hinweis auf eine Arthrose im Bereich der Langfinger oder auf eine Irritation des Nervus medianus. Die Kraftabschwächung, die der Beschwerdeführer aktuell demonstriere, sei schmerzbedingt. Während der klinischen Untersuchung habe eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik eingesetzt, im Rahmen derer drei der fünf Waddell-Zeichen, als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, demonstriert worden seien. Insgesamt seien die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar zu beurteilen. Im Juli 2013 sei wegen einer Angina-pectoris-Symptomatik die Diagnose einer koronaren Herzerkrankung gestellt worden. Vom damals erlittenen infarcten Myokardinfarkt habe sich der Beschwerdeführer unterdessen erholt und er sei unter der eingeleiteten Medikation beschwerdefrei geworden. Wegen dieser Koronaropathie seien körperlich belastende Arbeiten, wie sie früher im Baugewerbe ausgeübt worden seien, nicht mehr zumutbar (Urk. 7/84 S. 10 ff.).

Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für viele der leichtgradig körperlich belastenden Arbeiten und für sämtliche Arbeiten, die mehr als leichtgradig körperlich belastend seien, wie zum Beispiel die früher im Baugewerbe ausgeübten beruflichen Tätigkeiten, seit Jahren nicht mehr zumutbar. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % begründet werden, wo bei das Zumutbarkeitsprofil in den letzten Jahren zunehmende Einschränkungen erfahren habe. Die angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leichtest körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Nicht mehr zumutbar seien

Arbeiten, die mit Vibrationen verbunden seien, die die Umwendebewegungen im Handgelenk oder das Abstützen der Hände voraussetzten, die mit dem Besteigen von Leitern und Gerüsten verbunden seien oder bei denen repetitiv zu bewegende Gewichte schwerer als 1 kg seien. Ideal seien zum Beispiel berufliche Tätigkeiten, die mit Überwachungsaufgaben einhergingen und bei denen zum Beispiel nur Knöpfe respektive Tasten mit den Fingern gedrückt werden müssten. (Urk. 7/84 S. 14 f.). 4.

4.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 28. Mai 2015 erfüllt die rechtsprechungs gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungen Grundlagen (vgl. E.

E. 3.5

mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss 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 Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 5.1

Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 5.2.1

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 gegen übergestellt 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. 5.2.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 5.2.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug von Lohnstatistiken erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 5.2.4

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

Einzel fall 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 Einzel fall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 5.3.1

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist vom Erwerbseinkommen auszu gehen, das der Beschwerdeführer vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielte. Das monatliche Einkommen des Beschwerdeführers an seiner letzten Arbeitsstelle als Maurer bei der Y.____ betrug Fr. 4'745.-- pro Monat bezieh ungsweise Fr. 61'685.-- pro Jahr (vgl. Arbeitgeberfragebogen vom 20. Februar 2003, Urk. 7/9). Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex der Saläre für männliche Arbeitskräfte von 1958 Punkten im Jahr 2003 auf 2226 Punkte im Jahr 2015 ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 70'128.--.

E. 5.3.2

Mangels eines tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens sind für die Berechnung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne heranzuziehen. Es ist vom standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für männliche Arbeitskräfte, Kompetenzniveau 1, auszugehen (Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] 2012). Somit ist von einem Einkommen von Fr. 5'210.-- pro Monat bzw. Fr. 62'520.-- pro Jahr auszugehen. Angepasst an die im Jahr 2015 betriebsübliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt dies Fr. 65'177.10. Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex der Saläre für männliche Arbeitskräfte von 2188 Punkten im Jahr 2012 auf 2226 Punkte im Jahr 2015 resultiert für ein Pensum von 100 % ein Bruttoeinkommen Fr. 66'309.05. Ausgehend von der im Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 % ergibt dies ein Einkommen von Fr. 53'047.25.

Da der Beschwerdeführer selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiter tätigkeiten in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, ist ein leistungsbedingter Abzug zu gewähren. Das medizinische Belastungsprofil führt vorliegend zu einer namhaften Eingrenzung des Spektrums der erwerblichen Tätigkeiten, die noch in Frage kommen, was beim Abzug vom Tabellenlohn zu berücksichtigen ist. Weitere Kriterien wie die fehlende Berufsausbildung und die mangelnden Sprachkenntnisse sind vorliegend nicht zu berücksichtigen, zumal einfache und repetitive Tätigkeiten weder gute Sprachkenntnisse noch ein besonderes Bildungsniveau erfordern (Urteil des Bundesgerichts 9C_633/2013 vom 23. Oktober 2013 E. 4.2). Der Faktor

Alter wirkt sich sodann bei Hilfsarbeitertätigkeiten nicht (zwingend) lohnenkend aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2015 E. 3.4.2), weshalb er eben falls nicht zu berücksichtigen ist. In Anbetracht sämtlicher abzugsrelevanter Kriterien erscheint ein leistungsbedingter Abzug von 15 % als gerechtfertigt.

Nach Gewährung eines leistungsbedingten Abzugs von 15 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 45'090.--.

E. 5.3.3

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 70'128.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 45'090.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 25'038.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet (vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2) 36 % entspricht.

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer aufgrund des fortgeschrittenen Alters und des langjährigen Rentenbezugs seine Restarbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung noch verwerten kann.

E. 6.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist vor einer Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente abzuklären, ob ein Eingliederungsbedarf besteht. Dabei ist vom Grundsatz der erwerblichen Verwertbarkeit einer verbesserten oder wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung auszugehen. In ganz besonderen Ausnahmefällen wurde dennoch nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Rente zugesprochen, bis mit Hilfe medizinisch-rehabilitativer und/oder beruflich-erwerblicher Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden konnte. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2 mit Hinweisen).

Diese Rechtsprechung hat das Bundesgericht dahingehend präzisiert, dass sie grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken ist, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3). Das bedeutet nicht, dass sich die versicherte Person auf eine Besitzstandsgarantie berufen kann, sondern lediglich, dass ihr zugestanden wird, dass ihre Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird. (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4 mit Hinweis).

Zu ergänzen bleibt, dass der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen einen Eingliederungswillen beziehungsweise eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraussetzt. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3, 9C_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 7 und 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 6.3

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Rentenaufhebung 54 Jahre alt und hat während 14 Jahren eine Rente bezogen. Somit erfüllt er die bundesgerichtlichen Voraussetzungen knapp nicht. Dennoch hat die Beschwerdegegnerin am 22. März 2016 eine Eingliederungsberatung durchgeführt. Anlässlich dieses Gesprächs gab der

Beschwerdeführer an, er fühle sich ausser Stande, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Sein psychischer und physischer Gesundheitszustand sei derart schlecht, dass es aktuell und bis auf weiteres undenkbar sei, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 7/95). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer in der Folge mit, dass die Unterstützung der beruflichen Eingliederung abgeschlossen werde (Urk. 7/97), was aufgrund der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit nicht zu beanstanden ist. Da der Beschwerdeführer einerseits die Kriterien des Alters und der Rentendauer nicht erfüllt und andererseits der Eingliederungswille fehlt, hat die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht ohne Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen eingestellt.

E. 7

Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 8

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen 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 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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

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 Leicht

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