

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00517 vom 7. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00517

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00517 du 7 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00517 del 7 settembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

#BeginnXX001 < Invaliditätsbegriff bei Erwerbstätigen;

Gesetzestext < letzte Revision: 08/15 # 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 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).

#EndeXX001# 1. 2

#BeginnXX100 < Rentenrevision, Gesetzestext

und Voraussetzungen < letzte Revision: 9/13# 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 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

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 Einspruch, 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 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). #EndeXX100#

E. 1.3

Bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden ist von medizinischer Seite die Frage zu beantworten, wie - ausgehend von den einschlägigen Indikatoren - das Leistungsvermögen einzuschätzen ist (BGE 141 V 281 E. 5.2.2). Die genannten Indikatoren beziehen sich auf die folgenden Aspekte (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Gesundheitsschädigung: - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit:

Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext - Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Ferner sollen Gutachten eine einlässliche Begründung der gestellten Diagnose enthalten (BGE 141 V 281 2.1.1) und sich zu allfälligen Ausschlussgründen im Sinne einer Aggravation oder ähnlicher Erscheinungen (beispielsweise erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese;

Angabe intensiver Schmerzen, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; Nichtbeanspruchung medizinischer Behandlung und Therapie; demonstrativ vorgetragene, auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirkende Klagen; behauptete schwere Einschränkungen im Alltag, jedoch intaktes psychosoziales Umfeld) äussern (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

E. 1.4

#BeginnUV053 <Beweiswert medizinisches Gutachten, allgemein < letzte Revision: 12/15# Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). #EndeUV053# 2.

E. 2

Ziff. 1); eventuell sei sie zu verpflichten, die Rente im bisherigen Umfang auch ab Mai 2016 auszurichten, und subeventuell sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen beziehungsweise die Sache zwecks Ergänzung des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und die aufschiebende Wirkung der Beschwerde wiederherzustellen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2-3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. Juli

2016 zur Kenntnis gebracht wurde.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, sie habe die 2009 zugesprochene Rente gemäss den Schlussbestimmungen zu r IV-Revision 6a überprüft (S. 1 Mitte). Gemäss den eingeholten Gutachten sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 3 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das psychiatrische Gutachten leide an bestimmten Mängeln (S. 8 f. Ziff. 4). Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen, vielmehr bestehe seit der Begutachtung von 2013 aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Erwerbsunfähigkeit (S. 9 Ziff. 5). Es werde bestritten, dass die Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a anwendbar seien (S. 9 f. Ziff. 1). Auch fehle eine umfassende Abklärung des aktuellen medizinischen Sachverhalts (S. 12 Ziff. 2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verhält, und gestützt worauf dieser zu beurteilen ist.

E. 3

Am 30. Januar 2016 erlitt der Beschwerdeführer eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) Grad II, worüber am 3. März 2016 berichtet wurde (Urk. 7/211 = Urk. 3/4), worauf er bei der Beschwerdegegnerin am 29. April 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machte (Urk. 7/212). Diese sistierte sodann - antragsgemäss - das entsprechende Verfahren (Urk. 7/214). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, C.____, erstatteten am 9. Februar

2009 ein polydisziplinäres Gutachten (Urk.

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.

E. 7

/93). 4. 4.1

Am 15./19. Oktober 2012 fand in der Rheumaklinik des D.____ ein Assessment statt, über das am 20. Dezember 2012 berichtet wurde (Urk. 7/117/1-8). Dabei wurden folgende, hier verkürzt angeführte, arbeitsrelevante Diagnosen genannt (S. 2 Ziff. 1): -

zervikobrachiales Syndrom links - Verdacht auf CPPD- Arthropathie, Erstmanifestation (EM) zirka 2007, Erst diagnose (ED) August 2012 - Periarthropathia

humeroscapularis

tendinopathica links - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2)

Als weitere Diagnose wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) genannt (S. 2 Ziff. 2).

Es wurde unter anderem berichtet, der Patient habe bei den Tests eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt; die demonstrierte Belastbarkeit sei nur minimal (S. 2 Ziff. 3).

Mangels exakter Angaben über die letzte berufliche Tätigkeit (Mitarbeiter Gepäckabfertigung Flughafen) sei es schwierig, die heute verbliebene Arbeitsfähigkeit zu quantifizieren. Unter der Annahme, dass es sich dabei um eine mindestens mittelschwere, vorwiegend gehende und stehende Tätigkeit mit vorübergehenden Zwangspositionen beim Beladen der Flugzeuge handle, dürfte er bestenfalls noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreichen (S. 4 Ziff. 5.1).

Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Argumente, welche gegen eine ganz tägige Arbeitsfähigkeit in einer mindestens leichten wechselbelastenden Tätigkeit sprächen. Allerdings müsse eine Beschwerdezunahme im Tagesverlauf angenommen werden, die eine Leistungsminderung von maximal 20 % begründen könne. Daraus ergebe sich aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 80 %. Zusätzlich bestehe eine psychische Problematik von Krankheitswert (schwere depressive Episode), aufgrund derer der Patient derzeit nicht arbeitsfähig sei, womit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (S. 4 Ziff. 5.2). 4.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 8. Februar

2013 (Urk. 7/120) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 10. Mai 2006 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Verdacht auf sonstige andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8)

Betreffend Behandlung nannte er monatliche, in Krisensituationen wöchentliche, Termine (Ziff. 1.5).

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in den bisher ausgeübten Tätigkeiten seit Mai 2006 (Ziff. 1.6) und sinngemäss auch in angepassten Tätigkeiten (Ziff. 1.9). 4.3

Am 3. September 2013 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin, auf welches diese jedoch nicht abstellte, was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 28. Januar 2015 bestätigt wurde (Urk. 7/161 S. 13 E. 6.2). 4.4

Am 30. September 2015 erstattete Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Chef der Abteilung für Rehabilitation und Rheumatologie, Kantonsspital H.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/183).

Er nannte folgende Diagnosen (S. 24 Ziff. 4): - Arthrosen der MCP II und III beidseits, Differentialdiagnose (DD) CPPD- Arthropathie - Erstsymptome ab zirka 2005, Erstdiagnose 2012 Rheumaklinik D.____ - bisher keine Hinweise für eine generalisierte CPPD-Arthritis oder andere chronisch entzündlich rheumatische Erkrankung - chronische Cervicobrachialgie beidseits - keine Hinweise für neurologische Läsionen - fragliche Periarthropathia

humeroscapularis

tendinopathica

links - Sonographie August 2012: abgeflachte Sehnenstruktur Supraspinatus links - substituierte Hypovitaminose D

In seiner Beurteilung führte der Gutachter unter anderem aus, die aktuelle Untersuchung zeige keine wesentlichen Unterschiede zu den Voruntersuchungen vom September 20

E. 12

und Mai/Juni 20

E. 13

im D.____

und den aktuellen Untersuchungen in der Klinik I.____. Das Bild sei über alle Untersuchungen bis hin zur Untersuchung im

C.____ 2008 kongruent. Es könnten kaum objektive Befunde erhoben werden, die Kooperationsmöglichkeiten seien eingeschränkt, die Widersprüchlichkeit hoch (S. 25 Mitte).

Letztlich liege als Diagnose nur eine diskrete Arthrose der MCP II - und III - Gelenke beidseits vor, die sich über die letzten 3 Jahre nicht wesentlich verändert habe (S. 26 oben).

Der Beschwerdeführer schildere, dass er zuletzt am Flughafen J.____ als Maschineningenieur tätig gewesen sei (nach drei Monaten im Gepäcktransport habe er in die Maschinenprüfung ohne Heben und Tragen schwerer Gegenstände wechseln können; S. 19 unten). Aus rheumatologischer Sicht bestehe für Arbeiten ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 10 kg eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 6).

Eine Einschränkung von 20 %

infolge Beschwerdezunahme im Tagesverlauf, wie seitens der Rheumaklinik D.____

am 20. Dezember 2012 attestiert, müsse aus heutiger Sicht nicht gemacht werden. Eine solche Beschwerdezunahme werde bei mehrfachem Nachfragen vom Beschwerdeführer nicht geschildert. Das Fehlen einer Atrophie der Muskulatur im linken Arm bei über mindestens 3 Jahre dokumentierten Beschwerden lasse darauf schließen, dass der linke Arm auch nicht geschont werde, weshalb aus heutiger Sicht eine solche Einschränkung nicht gemacht werden müsse (S. 27 oben).

Auf die Frage nach Veränderungen seit November 2009 führte der Gutachter aus, zwischen 2009 und 2012 (Erstbeurteilung Rheumaklinik D.____) seien neu Schmerzen in den Händen aufgetreten; die im Gutachten beschriebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe dokumentiert seit 2012 (S. 27 Ziff. 8.1).

Im C.____-Gutachten von 2009 seien keine somatischen Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit gefunden worden. 2012 sei eine CPPD- Arthropathie diagnostiziert worden, ab 2012 liege folglich eine somatische Diagnose mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Seit 20 Jahren werde übereinstimmend attestiert, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und den objektivierbaren klinischen Befunden bestehe; dies habe sich bis heute nicht geändert (S. 28 Ziff. 8.2). 4.5

Am 11. Dezember 2015 erstattete Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt Psychiatrisches Zentrum L.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/190). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 5 ff.), telefonische Auskünfte des Hausarztes und der Ehefrau (S. 14 f.), die - unter Beizug einer Dolmetscherin gemachten (S.

2) - Angaben des Beschwerdeführers (S.

E. 16

f.), und die von ihm am 17. November 2015 erhobenen Befunde (S. 17 ff.).

Der Gutachter nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 lit. e): - dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2) - chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S.

26

lit.

e): - abnormes Krankheitsverhalten auf dem Boden der abnormen Persönlichkeitsstruktur (mit diversen Phänomenen der dysfunktionalen Stressbewältigung) - Onychophagie (F98.8) intern = Nägelkauen - Nikotinabhängigkeit - somatische Komorbidität : vgl. rheumatologisches Teilgutachten

In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, beim Exploranden bestehe einerseits eine chronische Schmerzstörung (mit nur sehr diskretem organischem Substrat) und andererseits eine Persönlichkeitsanomalie, welche die Art und Weise der Bewältigung seiner Beeinträchtigungen massgeblich beeinflusse (S.

27 oben).

Sodann begründete er, von den Kriterien der ICD-10 ausgehend, die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung (S. 27 ff.). Die früher verschiedentlich diagnostizierten depressiven Episoden könnten - trotz weitgehend fehlender antidepressiver Medikation - für den aktuellen Moment nicht bestätigt werden (S.

30 Mitte). Würde man auf einer separaten Diagnose einer affektiven Störung bestehen, so würde diejenige einer Dysthymie zumindest aus heutiger Sicht die Verhältnisse beim Exploranden recht gut widerspiegeln (S.

31 Mitte). Unter Hinweis auf massgebende medizinische Literatur und die Angaben in den Akten (S.

32 ff.) führte der Gutachter weiter aus, das über die Jahre präsentierte, zum Teil wechselhafte Beschwerdebild erscheine unter dem Strich als eher wenig authentisch, wobei zumindest aggravatorische Tendenzen vorhanden seien (S. 36

oben). Aus näher dargelegten Gründen (S.

36

f.) kam der Gutachter zum Schluss, es seien weder besonders gravierende Begleitfaktoren noch eine extreme Ressourcenschwäche im Spiel (S.

37 Mitte). Unter Bezugnahme auf die von der Rechtsprechung eingeführten Indikatoren (vorstehend E.

1. 3) gelangte er ferner zum Schluss, dass das präsentierte Aktivitätsniveau nicht dem zumutbaren Maximum entspreche, das aus medizinischer

Sicht vertretbar wäre (S. 38 unten).

Betrachte man die zuletzt ausgeübte Tätigkeit des Exploranden als Luftfracht-Mitarbeiter, so seien aus psychiatrischer Sicht bezüglich seiner grundsätzlichen Einsetzbarkeit - über die von somatischer Sicht gemachten Einschränkungen (Heben schwerer Lasten) hinaus - keine Einschränkungen zu machen. Immerhin habe die aktuelle Untersuchung netto 6 ½ Stunden gedauert, dazu komme noch der Reiseweg von M.____ nach N.____ und retour. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wäre ein leicht abgestufter Einstieg bedenkenswert mit einer Einstiegsphase von 80 % (S. 39 Mitte).

In einer angepassten Tätigkeit mit weniger Hektik, einem reizärmeren Milieu, mit etwas reduzierten physischen Kraft- und Ausdauerleistungen - zu denken wäre an eine vorwiegend sitzende oder wechselbelastende Industrietätigkeit mit hochroutinisierten, berechenbaren Arbeitsabläufen und keiner Notwendigkeit von hochdifferenzierter Teamarbeit - wäre mittelfristig ein 100%iges Arbeitspensum vorstellbar, wobei der vermutlich bestehenden Dekonditionierung auf psychischer Ebene allenfalls mit einer 20%igen Leistungsverminderung initial - jedoch nur für eine Einstiegsphase von zirka drei Monaten - Rechnung getragen werden könnte (S. 39 f.). 4.6

Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte in seinem Bericht vom 12. Februar 2016 (Urk. 7/199) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 19. Januar

2016 (S.

1 Mitte), und nannte die folgenden, hier verkürzt angeführten, Diagnosen (S. 1): - chronisches therapieresistentes cervikobrachiales Syndrom links - chronische CPPD-Arthropathie (Verdacht auf) - Uhrglasnägel unklarer Ätiologie - Depression

Unter Hinweis auf die von ihm veranlasste Bildgebung der Hände (S. 3 f.) führte er unter anderem aus, die Diagnose einer CPPD-Arthropathie dürfe ohne den Nachweis von Calciumpyrophosphat-Verkalkungen als Hauptmerkmal nicht gestellt werden; in Ermangelung dieses Nachweises bleibe sie lediglich ein Verdacht (S. 4 Mitte).

Die signifikanten Arthropathie-Veränderungen stellten für feinmotorische wie auch für mittelschwere Tätigkeiten ein deutliches Hindernis dar. Bezüglich der Hände sehe er keine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und den von ihm erhobenen Befunden. Aus seiner Sicht sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten leichten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht gerechtfertigt (S. 4 unten). 4. 7

Dr. med. P.____, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte am 14. März 2016 aus, der Bericht von Dr. O.____ enthalte keine klinischen Befunde, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten; die in den Vordergrund gestellten Veränderungen der Hände seien im rheumatologischen Gutachten vom September 2015 (S. 22 f.) ausführlich festgehalten und in der nachfolgenden Beurteilung berücksichtigt worden (Urk. 7/205 S. 2 unten). 5. 5.1

Der Beschwerdeführer stellte die Beweistauglichkeit des von der Beschwerde gegnerin eingeholten bidisziplinären Gutachtens und insbesondere des psychiatrischen Gutachtens in Frage.

Als mangelhaft wurde in der Beschwerde (Urk. 1) insbesondere gerügt, dass das psychiatrische Gutachten in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl der Einschätzung durch Dr. F.____ im Gutachten von 2013 (vgl. vorstehend E.

4.3) als auch derjenigen durch den behandelnden Psychiater Dr. E.____ (vgl. vorstehend E. 4.2) widerspreche (S.

7 Ziff. 2), dass von den beiden genannten Ärzten keine fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt worden seien (S.

8 Ziff. 4) , und dass eine umfassende Auseinandersetzung mit deren Beurteilung fehle (S. 9 Ziff. 5). 5.2

Die Kritik am psychiatrischen Gutachten ist nicht stichhaltig. So dürfte der Beschwerdeführer insbesondere übersehen haben, dass die Beurteilung durch Dr. F.____ nicht massgebend ist; auf das von ihm 2013 erstattete Gutachten wurde richtigerweise nicht abgestellt, was im - unangefochten gebliebenen - Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Januar

2015 ausdrücklich festgehalten wurde. Soweit in der Beschwerde mit Feststellungen von Dr. F.____ argumentiert wird, ist deshalb darauf zu verweisen. Dies gilt auch für den Standpunkt des Beschwerdeführers, es sei eine volle Arbeitsunfähigkeit seit der Begutachtung durch Dr. F.____ anzunehmen (Urk. 1 S. 9 Ziff. 5).

Dass der psychiatrische Gutachter überhaupt fremdanamnestiche Angaben einholt , ist sodann praxismässig nicht zwingend notwendig (Urteil e des Bundes gerichts 8C_603/2013 vom 9. April

2014 E.

4.1, 8C_602/2013

vom 9. April 2014

E. 3.2, 9C_263/2013 vom 28. November

2013 E.

5.3 , 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3). Umso weniger kann ein Mangel darin erblickt werden, dass der Gutachter Auskünfte nicht vom behandelnden Psychiater (der bereits schriftlich berichtet hat) und auch nicht vom Vorgutachter (dessen Gutachten infolge Mangelhaftigkeit Anlass zur erneuten Begutachtung gegeben hat) eingeholt hat .

Soweit schliesslich beschwerdeweise damit argumentiert wurde, die Beurteilung durch den Gutachter decke sich nicht mit derjenigen durch den behandelnden Psychiater, ist an die Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (Urteil des Bundesgerichts 9C_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1; BGE 124 I 170 E. 4) zu erinnern, womit angesichts der durch das auftragsrechtliche Vertrauensverhältnis begründeten Nähe (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc) des - vorliegend seit annähernd 10 Jahren - behandelnden Psychiaters zum Patienten eine abweichende Beurteilung wenig überraschend erscheint und nicht das gleiche Gewicht hat wie die gutachterliche

Stellungnahme . 5.3

Da die beschwerdeweise gegenüber dem bidisziplinären Gutachten erhobenen Einwände nicht stichhaltig und auch darüber hinaus keine Mängel ersichtlich sind, bleibt festzuhalten, dass das Gutachten alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Damit ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass aus psychiatrischer Sicht eine dissoziale Persönlichkeitsstörung und ein chronisches Schmerzsyndrom bestehen, welche sowohl in der früheren Tätigkeit als Maschinenprüfer in der Luftfrachtpedition als auch in anderweitig angepasster Tätigkeit - abgesehen von einer Einschränkung von 20 % in einer dreimonatigen Einstiegsphase in folge Dekonditionierung

- keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben (vorstehend E. 4.5).

Aus rheumatologischer Sicht besteht für Arbeiten ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 10 kg eine volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E.

4.3). Daran ändert die abweichende Einschätzung durch den seit kurzem behandelnden Rheumatologen (vorstehend E.

4.6) nichts, denn dafür, dass

die von ihm angeführte Handproblematik über eine Einschränkung bezüglich feinmotorischer und mittelschwerer Tätigkeiten hinaus zusätzlich den quantitativen Umfang der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen soll, ist keine Begründung ersichtlich. 5.4

Der Rentenzusprache

von 2009 lag die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 70 % aufgrund einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode und eines Verdachts auf eine somatoforme Schmerzstörung zugrunde; aus dem ebenfalls diagnostizierten Cervikalsyndrom folgte eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vorstehend E. 3.1).

Aktuell wurden in psychiatrischer Hinsicht eine dissoziale Persönlichkeitsstörung und ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert und eine volle Arbeitsfähigkeit in nicht allzu anspruchsvollen Tätigkeiten attestiert (vorstehend E. 4.3). Aus rheumatologischer Sicht besteht aufgrund von 2012 diagnostizierten Finger gelenksarthrosen und der Cervicobrachialgie eine Beschränkung auf Tätigkeiten ohne repetitive Lasten über 10 kg (vorstehend E. 4.2).

Der Vergleich des aktuellen Sachverhalts mit dem 2009 gegebenen führt zum Schluss, dass revisionsrelevante Veränderungen erfolgt sind. In somatischer Hinsicht ist eine Handproblematik hinzugetreten, welche zwar den Umfang der Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt, aber das Profil angepasster Tätigkeiten beeinflusst. Psychiatrisch sind heute andere Diagnosen zu stellen als 2009, welche die Arbeitsfähigkeit, jedenfalls in angepasster Tätigkeit, im Unterschied zu 2009 im Umfang nicht mehr beeinträchtigen. 5.5

Angesichts der genannten Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen ist eine erneute Anspruchsprüfung zulässig und geboten (vorstehend E.

1.2). Ein Abstellen auf die Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a, wonach bestimmte Rentenzusprachen überprüft und angepasst werden können, ohne dass revisionsrelevante Veränderungen eingetreten sind, erweist sich damit als entbehrlich. Wie es sich mit den

diesbezüglich unterschiedlichen Parteistandpunkten verhält, kann somit offen bleiben. 5.6
Das Valideneinkommen wurde 2009 mit Fr. 61'200.-- beziffert (Urk. 7/88 S.

1). Der zwischenzeitlichen Nominalentwicklung (www.bsv.admin.ch

, Tab. T 39 Entwicklung der Nominallöhne) vom Indexstand (Männer) 2'136 (2009) auf 2'226 (2015) angepasst, beläuft es sich auf rund Fr. 63'779.-- im Jahr 2015. 5.7

Dem Beschwerdeführer sind gemäss medizinischer Beurteilung nur noch körperlich leichte (Gewichtslimite 10 kg) und nicht allzu anspruchsvolle Tätigkeiten zumutbar. Das Invalideneinkommen ist deshalb unter Verwendung der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu bestimmen. Im Jahr 2014 betrug das mittlere von Männern auf dem tiefsten Kompetenzniveau erzielte Einkommen Fr. 5'312.-- pro Monat (www.bsv.admin.ch

, LSE 2014, Tab. TA1_tirage_skill_level, Niveau 1). Auf ein Jahr umgerechnet sowie angepasst an die Nominallohnentwicklung (Indexstand 2014: 2'220) und die durchschnittliche Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (www.bsv.admin.ch

, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) ergibt dies rund Fr. 66'633.-- im Jahr 2015.

Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Fingerarthrosen vermutlich bei feinmotorischen Tätigkeiten beeinträchtigt sein könnte, kann mit einem Abzug vom statistischen Tabellenlohn im Umfang von 10 % zusätzlich Rechnung getragen werden, womit sich das hypothetische Invalideneinkommen auf rund Fr. 59'969.-- beläuft (Fr. 66'633 x 0.9). 5.8

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'779.-- (vorstehend E. 5.6) und einem Invalideneinkommen von Fr. 59'969.-- (vorstehend E. 5.7) beträgt die Einkommenseinbusse

Fr. 3'810.--, was einen Invaliditätsgrad

von rund 6 % ergibt.

Dies begründet keinen Rentenanspruch mehr.

Die verfügte Renteneinstellung erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.____ - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Mosimann Tiefenbacher

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