

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00892 vom 30. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00892](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00892)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00892 du 30 juin 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00892 del 30 giugno 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Mit Verfügung vom 13. Oktober 1997 (Urk. 5/2 = 11/24 und 11/25) war dem 1961 geborenen X.\_\_\_\_ von der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, eine ganze Rente der Invalidenversicherung nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 67 % mit Wirkung ab dem 1. Februar 1997 zugesprochen worden (samt Zusatz- und Kinderrenten; vgl. Feststellungsblatt vom 19. Juni 1997 [Urk. 11/19] und Mitteilung des Beschlusses an die zuständige Ausgleichskasse vom 20. Juni 1997 [Urk. 11/20]). Die vom Versicherten, vertreten durch Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli, Zürich, am 12. November 1997 gegen die gleichzeitig angeordnete Auszahlung nachzuzahlender Rentenbetreffnisse an die Y.\_\_\_\_-Versicherungen erhobene Beschwerde (Urk. 5/1 = 11/26/1-7) war vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 13. Dezember 1999 (Urk. 5/20 = 11/37) abgewiesen worden, soweit darauf eingetreten worden war (Proz.-Nr. IV.[19]97.00822). Eine von der Verwaltung mit Formular 'Fragebogen für Rentenrevision' vom 1. Juli 1998 (Urk. 3/3 = 11/36; von der Rechtsvertreterin des Versicherten beantwortet am 6. Juli 1998) von Amtes wegen eingeleitete Überprüfung des Rentenanspruchs war mit Rücksicht auf das seinerzeit noch laufende Beschwerdeverfahren ausgesetzt worden.

In der Folge war von der Verwaltung mit Formular 'Fragebogen für Rentenrevision' vom 6. Juni 2000 (Urk. 11/38; von der Rechtsvertreterin des Versicherten beantwortet am 13. Juni 2000) eine neuerliche Rentenrevision eingeleitet worden, wobei dem Versicherten nach erfolgter Abklärung (worunter: Bericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Arzt für Rheumatologie, '\_\_\_\_', vom 19. Juni 2000 [Urk. 3/4 = 11/39]) am 11. Juli 2000 mitgeteilt worden war, die Überprüfung des Invaliditätsgrades habe keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben (Urk. 11/42; vgl. Feststellungsblatt vom 7. Juli 2000 [Urk. 11/41]).

1.2 Am 26. Januar 2004 wurde von der Verwaltung mit Formular 'Fragebogen für Revision der Invalidenrente/Hilflosenentschädigung' (Urk. 11/45) eine erneute Überprüfung des Rentenanspruchs anhand genommen, worauf nach Beantwortung der gestellten Fragen durch die Rechtsvertreterin des Versicherten am 10. Februar 2004 und Beizug der Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 17./19. Februar 2004 (Urk. 3/5 und 11/46) und 4./5. März 2004 (Urk. 3/6 = 11/47) sowie nach Einholung der RAD-Stellungnahme vom 18. Mai 2004 (Urk. 11/48; gezeichnet: IV-Ärztin Dr. med. A.\_\_\_\_) am 25. Mai 2004 die Herabsetzung der bisherigen ganzen auf eine Dreiviertelsrente verfügt wurde; dies bei unverändert 67 % betragendem Invaliditätsgrad und mit Wirkung ab dem 1. Juli 2004 (Urk. 11/51; vgl. Feststellungsblatt vom 19. Mai 2004 [Urk. 11/48] und Mitteilung des Beschlusses an die zuständige Ausgleichskasse vom 21. Mai 2004 [Urk. 11/49], samt "Verfügungsteil 2" [Urk. 11/50]). Die vom Versicherten dagegen am 16. September 2004

erhobene Einsprache (Urk. 11/54/1-6; vgl. Urk. 11/55) wurde mit Entscheid vom 14. Dezember 2004 (Urk. 6/2 = 11/61) abgewiesen (Disp.-Ziff. 1), unter gleichzeitigem Entzug der aufschiebenden Wirkung eines allfälligen Rechtsmittels (Disp.-Ziff. 3; vgl. Feststellungsblatt vom 14. Dezember 2004 [Urk. 11/59]). Die vom Versicherten dagegen wiederum mit Eingabe vom 28. Januar 2005 (Urk. 6/1 = 11/66/3-11) eingelegte Beschwerde (mit dem Hauptbegehren um Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente  $\frac{1}{4}$ ber den 30. Juni 2004 hinaus [S. 2]) wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 31. März 2005 (Urk. 6/11 = 11/68/1-18) in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 14. Dezember 2004 mit der Feststellung aufgehoben wurde, dass der Versicherte für die Zeit vom 1. Juli bis zum 30. September 2004 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe; im Übrigen wurde die Sache an die Verwaltung zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen,  $\frac{1}{4}$ ber den Rentenanspruch des Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2004 neu verfähige (Disp.-Ziff. 1; Proz.-Nr. IV.2005.00125).

1.3. Im Nachgang zum vorerwähnten Gerichtsentscheid vom 31. März 2005 sprach die Verwaltung dem Versicherten mit Verfassung vom 1. Februar 2006 (Urk. 11/88) eine ganze Invalidenrente für die Zeit von 1. Juni bis 30. September 2004 zu (Invaliditätsgrad: 67 %; vgl. Mitteilung des Beschlusses an die zuständige Ausgleichskasse vom 5. Dezember 2005 [Urk. 11/85]). Sodann bestätigte sie mit Verfassung vom 1. Februar 2006 (Urk. 11/89) den Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. Oktober 2004 (Invaliditätsgrad: 67 %).

Im Übrigen holte die Verwaltung zunächst die Verlaufsberichte von Dr. Z. \_\_\_ vom 29. August 2005 (samt Beilage; Urk. 3/7 und 11/73) und von Dr. med. B. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, '\_\_\_', vom 13./14. Oktober 2005 (Urk. 11/74) ein (vgl. Urk. 11/71-72). Hernach ordnete sie eine medizinische Abklärung bei der MEDAS C. \_\_\_, '\_\_\_', an (Mitteilungen vom 28. Oktober 2005 [Urk. 11/76]; vgl. Urk. 11/75 und 11/78), welche Anordnung auf Opposition des Versicherten (vgl. Urk. 11/80) hin nochmals  $\frac{1}{4}$ berprüft (vgl. Urk. 11/82) und mit Zwischenverfassung vom 14. Dezember 2005 (Urk. 7/2 = 11/86) bekräftigt wurde (vgl. auch Urk. 3/8-9 und 11/87). Die vom Versicherten gegen die verfassungswegige Gutachtensanordnung am 30. Januar 2006 erhobene Beschwerde (Urk. 7/1 = 11/90/3-16) wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 15. Juni 2006 (Urk. 7/13 = 11/103) abgewiesen, soweit darauf eingetreten wurde (Disp.-Ziff. 1; Proz.-Nr. IV.2006.00115).

1.4. Nach verschiedenen Weiterungen (vgl. Urk. 3/10, 11/97-102, 11/104-106 und 11/109) erstattete die MEDAS C. \_\_\_ am 11. Dezember 2006 ihr Gutachten (gezeichnet: Dres. med. D. \_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, und E. \_\_\_, Facharzt für Innere Medizin; Urk. 3/11 und 11/114/2-22; samt radiologischem Befundbericht von Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt für Radiologie, Institut für medizinische Radiologie und Nuklearmedizin, '\_\_\_', vom 21. September 2006 [Urk. 11/113/1], rheumatologischem Konsiliarbericht von Dr. D. \_\_\_ vom 28. September 2006 [Urk. 3/11 Anhang und 11/113/2-6] und psychiatrischem Konsiliarbericht von Dr. med. G. \_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, '\_\_\_', vom 30. November 2006 [Urk. 3/11 Anhang und 11/113/7-9]).

In der Folge stellte die Verwaltung dem Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Februar 2007 (Urk. 3/12 = 11/119; samt Begleitschreiben vom 6. Februar 2007 [Urk. 3/12 = 11/120] und Mitteilung vom 9. Februar 2007 [Urk. 11/122]) die Ausrichtung einer halben Rente auf der

Basis eines Invaliditätsgrades von 52 % mit Wirkung ab 1. Oktober 2004 in Aussicht (vgl. Stellungnahme der Berufsberatung vom 9. Februar 2007 [Urk. 11/118] und Feststellungsblatt vom 9. Februar 2007 [Urk. 11/117]; vgl. auch Urk. 11/121). Nach Eingang der Stellungnahme des Versicherten vom 16. März 2007 (Urk. 3/13 = 11/126) verfügte die Verwaltung am 4. April 2007 im angelegentlichsten Sinne (Urk. 3/14 = 11/129; vgl. Feststellungsblatt vom 11. April 2007 [Urk. 3/18 = 11/128]). Am 19. April 2007 nahm sie ihre Leistungsentscheidungsweise zurück (vgl. Urk. 3/15 = 11/136; vgl. auch Urk. 11/131) und setzte schliesslich mit Verfügung vom 16. Mai 2007 (Urk. 2 = 11/137) die laufende Dreiviertelsrente mit Wirkung ab 1. Juli 2007 auf eine halbe Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 52 % herab (vgl. Mitteilung an die zuständige Ausgleichskasse vom 17. April 2007 [Urk. 11/134], samt Begründungsbeiblatt ["Verfügungsteil 2"; Urk. 11/133]).

## E. 2

2.1. Hiergegen liess der nach wie vor durch Rechtsanwältin Bugada Aebli vertretene Versicherte beim hiesigen Gericht mit Eingabe vom 15. Juni 2007 (Urk. 1; samt Beilagen [Urk. 3/3-18], worunter das Gutachten von Prof. Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, '\_\_\_', vom 23. Oktober 2006 [Urk. 3/16], samt Ergänzung vom 15. Januar 2007 [Urk. 3/17]) Beschwerde erheben, mit folgenden Rechtsbegehren (S. 2):

"1. In Aufhebung der Verfügung vom 16. Mai 2007 sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer auch ab 1. Juli 2007 eine ganze IV-Rente auf der Basis eines über 70 % liegenden Invaliditätsgrades auszurichten.

2. Es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin für die Stellungnahme zum Vorbescheid rechtswidrig eine nicht erstreckbare Frist ansetzt.

3. Es sei festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör verletzt hat.

4. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für das Privatgutachten und die Ergänzung zu erstatten.

5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Verwaltung."

2.2. Mit Gerichtsverfügung vom 19. Juni 2007 (Urk. 8) wurden die (Rest-)Akten der sozialversicherungsgerichtlichen Vorverfahren Proz.-Nrn. IV.1997.00822, IV.2005.00125 und IV.2006.00115 in Sachen der Parteien beigezogen (Disp.-Ziff. 1).

Die Verwaltung schloss mit Vernehmlassung vom 31. Juli 2007 (Urk. 10; samt Aktenbeilage [Urk. 11/1-137]) auf Abweisung der Beschwerde; eventuell beantragte sie, es sei dem Beschwerdeführer in teilweiser Gutheissung der Beschwerde der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 65 % mit Wirkung ab 1. Juli 2007 zuzuerkennen (S. 1 und 3).

Mit Replik vom 10. Oktober 2007 (Urk. 15; samt Beilagen [Urk. 16/1-3]) liess der Beschwerdeführer seine eingangs gestellten Anträge bekräftigen (S. 1 und 7). Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Zuschrift vom 22. Oktober 2007 (Urk. 19) auf Erstattung einer Duplik verzichtet hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Gerichtsverfügung vom 23. Oktober 2007 (Urk. 20) geschlossen (Disp.-Ziff. 1).

### E. 3

3.1.1. Bezüglich der anwendbaren Rechtsgrundlagen zur Rentenrevision (Art. 41 IVG [in der bis zum 31. Dezember 2002 in Kraft gestandenen, nunmehr aufgehobenen Fassung], Art. 17 ATSG [in Kraft seit 1. Januar 2003], Art. 88a IVV und Art. 88 bis IVV), hinsichtlich der sich im Zusammenhang mit der Einführung des ATSG per 1. Januar 2003 stellenden intertemporalrechtlichen Fragen (Art. 82 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 329 und 445) sowie betreffend die mit dem Inkrafttreten der 4. IV-Revision per 1. Januar 2004 bewirkten Rechtsänderungen (namentlich betreffend die mit dieser Gesetzesnovelle erfolgte Neuabstufung der massgebenden Invaliditätsgrade; Art. 28 Abs. 1 IVG) kann zunächst auf die Ausführungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. März 2005 (Urk. 6/11 = 11/68/1-18 Erw. 1.3) verwiesen werden. Die am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen des IVG vom 6. Oktober 2006 und der IVV vom 28. September 2007 (5. IV-Revision) sind nach den allgemeinen Übergangsrechtlichen Grundsätzen vorliegend nicht anwendbar (Datum des hier angefochtenen Entscheids: 16. Mai 2007; vgl. BGE 132 V 215 Erw. 3.1.1).

3.2.1. Hervorzuheben und zu präzisieren ist Folgendes:

Ob eine relevante Sachverhaltsänderung, mithin eine massgebende Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes oder erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes; BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b und 113 V 275 Erw. 1a, mit Hinweisen), eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföhrung (respektive des zugehörigen Einspracheentscheides; BGE 133 V 108 Erw. 5.4), wobei 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 und alt Art. 41 IVG darstellt (BGE 112 V 372 Erw. 2b, mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des BGer vom 3. November 2008 [9C\_562/2000] Erw. 2.1, mit Hinweis).

Der Revisionsordnung nach Art. 17 ATSG geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hatte, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 178 Erw. 2a; seit 1. Januar 2003: Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverföhrung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverföhrung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverföhrung der Verwaltung mit dieser substituierten Begröndung schätzen (BGE 125 V 369 Erw. 2, mit Hinweisen; vgl. BGE 128 V 272 Erw. 5b/bb und Urteil des BGer vom 3. November 2008 [9C\_562/2008] Erw. 2.2, mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine

allgemein gÄ¼ltige betragliche Grenze fÄ¼r die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten UmstÄ¼nde des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 480 Erw. 1c; vgl. Urteil des damaligen EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichtes [EVG] vom 25. September 1996 [I 129/96]).

3.3Ä¼Ä¼Ä¼ Alsdann ist zu ergÄ¼nzen, was folgt:

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht fÄ¼r die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berÄ¼cksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begrÄ¼ndet sind. Ausschlaggebend fÄ¼r den Beweiswert ist grundsÄ¼tzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 131 V 231 Erw. 5.1, 125 V 351 Erw. 3a und 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das Ä¼rztliche Gutachten, 4. Aufl., Bern 2003, S. 24 f.). In Bezug auf Berichte von HausÄ¼rztinnen und HausÄ¼rzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in ZweifelsfÄ¼llen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Aufgrund der analogen Erfahrungstatsache und der im Rahmen der BeweiswÄ¼rdigung relevanten Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (vgl. BGE 124 I 170 Erw. 4; Urteile des BGer vom 7. Februar 2008 [9C\_801/2007] Erw. 3.2.2 und 3. Januar 2008 [8C\_286/2007] Erw. 4) sind die ArbeitsunfÄ¼higkeitsbescheinigungen behandelnder (Spezial-)Ä¼rzte ebenfalls mit Bedacht zu wÄ¼rdigen (vgl. hierzu etwa Urteile des EVG vom 24. Januar 2000 Erw. 3b/cc [I 128/98; publiziert in: AHI 2001 S. 114], 21. Februar 2005 [I 570/04] Erw. 5.1 und 15. Februar 2005 [I 513/04] Erw. 3.4, je mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1Ä¼Ä¼Ä¼ Vergleichswesentlich ist vorliegend der zum Zeitpunkt der ursprÄ¼nglichen Berentung gemÄ¼ss VerfÄ¼gung vom 13. Oktober 1997 (Urk. 5/2 = 11/24 und 11/25; vgl. Feststellungsblatt vom 19. Juni 1997 [Urk. 11/19]) vorgelegene Zustand, wÄ¼hrend die Situation zur Zeit der formlosen RentenbestÄ¼tigung gemÄ¼ss Mitteilung vom 11. Juli 2000 (Urk. 11/42; vgl. Feststellungsblatt vom 7. Juli 2000 [Urk. 11/41]) fÄ¼r die Beurteilung irrelevant bleibt. Gleichermassen unbeachtlich ist die Sachlage zum Zeitpunkt der VerfÄ¼gungen vom 1. Februar 2006 (Urk. 11/88-89), welche nicht auf einer eigentlichen materiellen NeuprÄ¼fung des Rentenanspruchs (mit rechtskonformer SachverhaltsabklÄ¼rung, BeweiswÄ¼rdigung und evtl. DurchfÄ¼hrung eines Einkommensvergleichs) beruhten. Unerheblich sind ebenfalls die Gegebenheiten zur Zeit der wiedererwÄ¼gungsweise zurÄ¼ckgenommenen VerfÄ¼gung vom 4. April 2007 (Urk. 3/14 = 11/129; vgl. Urk. 3/15 = 11/136; vgl. auch Urk. 11/131).

4.2Ä¼Ä¼Ä¼ Laut VerfÄ¼gung vom 13. Oktober 1997 (Urk. 5/2 = 11/24 und 11/25) betrug der seinerzeit ermittelte InvaliditÄ¼tsgrad 67 %. Aus dem Feststellungsblatt vom 19. Juni 1997 (Urk. 11/19) geht hervor, dass diese Festlegung auf der Annahme beruhte, der BeschwerdefÄ¼hrer sei in seinen angestammten Haupt- (SanitÄ¼r-Hilfsmonteur) und

Nebenerwerbstätigkeiten (Aushilfs-Raumpfleger) gesundheitsbedingt voll arbeitsunfähig, während ihm die Verrichtung einer behinderungsangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit zu 50 % zumutbar sei, womit sich ein Invalideneinkommen von Fr. 21'133.-- erzielen lasse, so dass verglichen mit einem Valideneinkommen von insgesamt Fr. 64'453.-- (= Fr. 53'625.-- [Haupterwerb] + Fr. 10'828.-- [Nebenerwerb]) ein Invaliditätsgrad von 67 % resultiere (= 100 % : Fr. 64'453.-- x Fr. 43'320.-- [= Fr. 64'453.-- - Fr. 21'133.--]). In medizinischer Hinsicht war im Feststellungsblatt vom 19. Juni 1997 (Urk. 11/19) auf die Arztberichte von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 18. März 1997 (Urk. 11/12) und 9. Juni 1997 (Urk. 11/18) sowie von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. April 1997 (Urk. 11/11) Bezug genommen worden, in erwerblicher Hinsicht auf die Arbeitgeberberichte der R.\_\_\_\_, '\_\_\_\_', vom 23. April 1997 (Urk. 11/14) und der I.\_\_\_\_ AG, '\_\_\_\_', vom 22. Mai 1997 (Urk. 11/16) sowie auf einen Triage-Bericht der Berufsberatung vom 30. Mai 1997 (vgl. Urk. 11/17). Sowohl in medizinischer als auch in erwerblicher Hinsicht waren zudem verschiedene weitere Unterlagen aktenkundig (vgl. Urk. 11/1-4, 11/6-8, 11/10/3-7 und 11/15/2-3). Die am 25. August 1997 durchgeführte Rückenoperation (Spondylodese L4/5) war zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenentscheids (13. Oktober 1997) bereits erfolgt, jedoch unberücksichtigt geblieben; zwar hatte Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 9. Juni 1997 (Urk. 11/18) auf in der Klinik J.\_\_\_\_, '\_\_\_\_', nächstens vorgesehene Eingriffe hingewiesen, doch wurde dieser Hinweis ignoriert, und es wurde gemäss Feststellungsblatt vom 19. Juni 1997 (Urk. 11/19) mit Mitteilung an die zuständige Ausgleichskasse vom 20. Juni 1997 (Urk. 11/20) der Erlass der Rentenverfügung vom 13. Oktober 1997 (Urk. 5/2 = 11/24 und 11/25) veranlasst. Zwischen Mitteilung und Rentenverfügung erfolgte dann die fragliche Versteifungsoperation vom 25. August 1997.

## E. 5.1

5.1.1.1. Der den Beschwerdeführer regelmässig behandelnde Dr. Z.\_\_\_\_ hatte präoperativ eine 50%ige, möglicherweise auf 75-100 % steigerbare Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer geeigneten, körperlich leichten Tätigkeit attestiert (Urk. 11/8 und 11/12) und - wie erwähnt (vgl. oben Erw. 4.2) - am 9. Juni 1997, mithin noch vor dem ursprünglichen Rentenentscheid (vom 13. Oktober 1997), auf die bevorstehende Versteifungsoperation hingewiesen und dabei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit postuliert (Urk. 11/18). Im Juni 2000 erachtete er die vormals veranschlagte 50%ige Restarbeitsfähigkeit unter Bezugnahme auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers als nicht mehr zumutbar (Urk. 11/39). Im Februar und März 2004 sowie im August 2005 wies Dr. Z.\_\_\_\_ auf anhaltende LWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in die Beine und weitreichende Beweglichkeitseinschränkungen hin und verneinte jede Restarbeitsfähigkeit (Urk. 11/46, 11/47 und 11/73). In seiner Stellungnahme zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 8. März 2005 (Urk. 16/1) betonte Dr. Z.\_\_\_\_ zudem mit Verweis auf heftige Bewegungs- und Ruheschmerzen, dass eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit weder vorhanden noch zu erwarten sei.

Hausärztin Dr. B.\_\_\_\_, welche im April 1997 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezüglich der angestammten Tätigkeit attestiert und die Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit angedeutet, jedoch offen gelassen hatte (Urk. 11/11), berichtete im Oktober 2005 über einen in Bezug auf die Rückenbeschwerden unveränderten, zur Unzumutbarkeit jeglicher Berufstätigkeit führenden Zustand (Urk. 11/74).



zuletzt bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit abgestellt oder das Ergebnis der am 25. August 1997 erfolgten Rückenoperation und der entsprechenden Nach- und Verlaufskontrollen (mit seitens der Verantwortlichen der Klinik J.\_\_\_\_ schon im Januar 1998 attestierter 100%iger Restarbeitsfähigkeit und bei - auch laut Prof. Dr. H.\_\_\_\_ - einige Zeit anhaltender Beschwerdeverminderung) abgewartet werden müssen. Dass im Oktober 1997 verfügt, dabei eine anhaltende 50%ige Restarbeitsfähigkeit unterstellt und eine unbefristete ganze Rente zugesprochen worden war, beruht auf einer nicht rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung; dies unbesehen des bereits für Juni 1998 vorgesehen Revisionszeitpunkts. Damit fehlt es an einer tauglichen Vergleichsbasis für die Beantwortung der Frage, ob beziehungsweise inwieweit seit dem ursprünglichen Rentenentscheid eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. In diesem Sinne erweist sich die ursprüngliche Rentenzusprache als offensichtlich unrichtig. Da die erhebliche Bedeutung der Berichtigung im Fall periodischer Dauerleistungen regelmässig zu bejahen ist (vgl. BGE 119 V 475 Erw. 1c mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des BGer vom 4. Januar 2008 [9C\_655/2007] Erw. 2), ist bei dieser Ausgangslage der zu beurteilende Rentenanspruch nicht unter dem eingeschränkten Blickwinkel der (materiellen) Revision zu prüfen, sondern es sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs insgesamt und mit Wirkung 'ex nunc et pro futuro' zu beurteilen (BGE 110 V 291 Erw. 3; vgl. Urteil des BGer vom 2. Juli 2007 [9C\_215/2007] Erw. 6.1).

## E. 5.2

5.2.1 In dem von der Beschwerdegegnerin als beweiskräftig erachteten MEDAS-Gutachten vom 11. Dezember 2006 (Urk. 3/11 = 11/114/2-22) wurden gestützt auf die zur Verfügung gestellten sowie ergänzend erhobene Vorakten (S. 1 ff. Ziff. 1.1), unter Hinweis auf die vom Beschwerdeführer gemachten anamnestischen und leidensbezogenen Angaben (S. 11 ff. Ziff. 1.2), nach Darlegung der erhobenen klinischen, laboriellen und radiologischen Befunde (S. 16 f. Ziff. 2.1-3; vgl. radiologischer Befundbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 21. September 2006 [Urk. 11/113/1]) sowie mit Verweis auf die getätigten spezifischen konsiliarischen Abklärungen (S. 17 f. Ziff. 4.2; vgl. rheumatologischer Konsiliarbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 28. September 2006 [Urk. 3/11 Anhang und 11/113/2-6] und psychiatrischer Konsiliarbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 30. November 2006 [Urk. 3/11 Anhang und 11/113/7-9]) folgende "Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit" gestellt (S. 19 Ziff. 4.1):

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom linksbetont mit/bei:

- lumbosakraler Übergangsanomalie mit Sakralisation von L5;
- Status nach Spondylodese auf der untersten freien Etage (L4/5) am 25.08.1997;
- Segmentinstabilität auf der zweituntersten freien Etage (L3/4);
- S-förmiger Torsionsskoliose leichten Grades.

Alsdann wurden folgende "Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert" aufgeführt (S. 19 Ziff. 4.2):

- Diabetes mellitus 2 (familiäre Belastung; Diagnose 2004; medikamentös gut eingestellt);
- Übergewicht (169 cm/79.5 kg/BMI 28).

Darüber hinaus wurde als Nebenbefund ein Status nach Pilonidalfistel-Operation (Sakraldermoid) 1994 vermerkt (S. 20 Ziff. 4.3).

In der zusammenfassenden Beurteilung wurde im Wesentlichen festgehalten, dass der trotz eines Arbeitsfähigkeitsattestes der Klinik J. \_\_\_ berentete Beschwerdeführer nach der ursprünglichen Rentenzusprache mehrmals medizinisch untersucht worden sei, wobei die Untersucher zu unterschiedlichen Beurteilungen gekommen seien. Die meisten Untersucher hätten jedoch durchblicken lassen, dass zumindest die Verrichtung einer körperlich leichten Tätigkeit möglich sein sollte, was aber leider nicht realisiert worden sei. Der im Jahr 2004 manifest gewordene familiäre Diabetes mellitus sei mit Medikamenten und Diät gut eingestellt. Die Abklärung des im Sommer 1996 akut ausgebrochenen Rückenleidens habe eine ausgeprägte Segmentdegeneration L4/5 bei einem Übergangswirbel ergeben. Der Erfolg der bei klarer Indikation durchgeführten (Versteifungs-)Operation sei zunächst gut gewesen, bevor wieder Schmerzen aufgetreten seien, welche wiederholt und umfassend durch mehrere Spezialisten und Institutionen abgeklärt worden seien. Der bei der Begutachtung offen, intelligent und adäquat wirkende Beschwerdeführer weise keine Symptome einer Schmerzausweitung auf. Namentlich habe der in der rheumatologischen Untersuchung kooperative, gut bewegliche und differenzierte Angaben machende Beschwerdeführer keinerlei Zeichen einer Überlagerung oder Abwehr gezeigt; die entsprechende Untersuchung habe keine Hinweise auf radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptome ergeben. Im Gegensatz zu der von PD Dr. O. \_\_\_ im Jahr 2000 auf der Grundlage von Funktionsaufnahmen der LWS festgestellten hochgradigen, schweren epifusionellen Instabilität L3/4 hätten im Rahmen der aktuellen, insbesondere der rheumatologischen Untersuchungen keine klinischen Zeichen einer Instabilität ausgemacht werden können (keine Klagen über rezidivierende Hexenschüsse, kein lokaler Rückenschmerz, kein Aufrichtephänomen nach Inklination der LWS). Eigens erstellte Funktionsaufnahmen hätten eine leichte Hypermobilität epifusionell im Segment L3/4 mit minimalem Dorsalgleiten von L3 in Reklination ergeben. Aus rheumatologischer Sicht sei somit nicht nachvollziehbar, warum früher von einer hochgradigen Instabilität gesprochen worden sei; eine solche liege weder klinisch noch radiologisch noch anamnestisch vor. Mit Blick auf den Bewegungsapparat seien dem Beschwerdeführer rückensbelastende Tätigkeiten wie früher als Sanitär-Monteur oder Raumpfleger klarerweise nicht mehr zumutbar. Ebenso klar sei hingegen, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, wechselbelastende, rückschonende Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei, zumal die Klinik J. \_\_\_ schon Ende 1998 zu dieser Beurteilung gekommen sei. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der anderweitig gewonnene Eindruck einer differenzierten, psychisch gesunden Persönlichkeit bestätigt, so dass keine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Insgesamt sprächen die medizinischen Fakten für eine seit Jahren bestehende relativ hohe Restarbeitsfähigkeit. Trotzdem sei dem Beschwerdeführer 1997 eine ganze Invalidenrente zugesprochen worden, auf welcher er seither seine Existenz aufgebaut habe. Da sich an der Gesamtsituation nichts geändert habe, könne keine Besserung ausgemacht werden, sondern seien die früher als beurteilungsrelevant erachteten Atteste einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar (S. 18 f. Ziff. 3).

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde seitens der MEDAS-Verantwortlichen präzisierend dargelegt, die zuletzt vor über zehn Jahren ausübte Tätigkeit als

Sanitär-Hilfsmonteur wie auch die damals verrichtete Nebentätigkeit als Raumpfleger seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar; Schwerarbeit sei nicht mehr möglich (Arbeitsfähigkeit in Schwerarbeit: 0 %). Hingegen sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, wechselbelastende, rucksackenschonende Tätigkeit zu 70 % zumutbar. Medizinische Massnahmen seien nicht notwendig, doch bedürfte der seit jeher über eine hochgradige Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit verfügende Beschwerdeführer unbedingt beruflicher Massnahmen. Die attestierte Arbeitsfähigkeit (von 70 %) sei ab dem 7. Dezember 2006, dem Tag der Schlussbesprechung, zu datieren. Prognostisch werde die Situation des Bewegungsapparates wohl noch über viele Jahre hinweg gut sein, wobei die bestehende leichte Instabilität möglicherweise nicht fortschreite. Allerdings würde voraussichtlich auch bei fortschreitender Instabilität eine Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer körperlich leichten, rucksackenschonenden Tätigkeit gegeben sein, das heisst es sei eine sehr gute Prognose bezüglich der künftigen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zu stellen (S. 20 Ziff. 5).

5.2.2.2 Demgegenüber führte Privatgutachter Prof. Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Hauptbericht vom 23. Oktober 2006 (Urk. 3/16) gestützt auf die ihm von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zur Verfügung gestellten und zusammenfassend wiedergegebenen Unterlagen (vgl. S. 1 f. und Anhang), unter Darstellung des Beschwerdebildes (S. 2 f.) und Wiedergabe der in verschiedenen Körperhaltungen und -lagen erhobenen Befunde (S. 3 ff.) sowie nach kritischer Würdigung der vorhandenen bildgebenden Unterlagen und mit Hinweis auf einen diesbezüglichen Weiterungsbedarf (S. 6) folgende "Diagnosen und Probleme" auf (S. 6 f.):

1. Topographisch umschriebener ligamentärer Irritationszustand der Segmenthöhe L3/4 auf der Grundlage einer überwiegend wahrscheinlichen qualitativen Instabilität:

- mit:

- unter fortgesetzter Bewegungsaktivität innerhalb der LWS sich entwickelnden Nachschmerzen;

- begleitenden massig-ausgeprägten Ligamentosen und Ansatzentzündungen ab der Mitte der BWS bis und mit dem proximalen Kreuzbein;

- einer zusätzlichen ausgeprägten schmerzarmen Hypomobilität der Segmenthöhe L5/S1;

- einer deutlichen allgemeinen Versteifung der unteren 2/3 der LWS in die Kyphose und Rotation > Lordose;

- extrem verkürzten und unter Dehnbelastung schmerzhaften Becken-/Oberschenkel-Muskeln: Mm. ischiocruralia, M. rectus femoris, M. iliopsoas;

- einer diffusen, nicht segmentalen Hyposensibilität der Haut des gesamten linken Beines sowie einer nur leichtgradig verminderten distalen Vibrationsempfindlichkeit links gegenüber rechts;

- ausgeprägtesten spondylogenen Schmerzausstrahlungen ausgehend von der Höhe L3/4 bis zur Ferse;

- Â Â Â einer zusätzlichen myotendinotischen Überlastungs-Symptomatik des rechten Gesäßes samt Oberschenkel;
- Â Â Â Diagnose 2: Irritationszustand des linken ISG;
- Â Â Â ohne:
- Â Â Â radikuläre neurologische Ausfälle;
- Â Â Â wesentliche Muskelatrophien des linken Beines;
- Â Â Â Hinweise auf eine generalisierte Weichteilüberempfindlichkeit beziehungsweise -schmerzhaftigkeit;
- Â Â Â ISG-Blockierungen;
- Â Â Â Dysfunktionsschmerzen der mittleren LWS;
- Â Â Â Schmerzen ausgehend vom lumbosakralen Übergang;
- Â Â Â schmerzhaftige Probleme ausgehend von den Hüftgelenken;
- Â Â Â bei:
- Â Â Â Status nach interkorporeller Spondylodesierung L4/5 am 25.08.1997;
- Â Â Â einer röntgenologisch eindeutigen Verschiebung des 3. Lendenwirbelkörpers über dem 4. nach dorsal um ~2.5 mm auf den (nicht gehaltenen) Aufnahmen im Stehen in maximaler Flexion und Extension: 21.09.2006;
- Â Â Â einem flachen, weitgehend versteiften Verlauf der mittleren und unteren LWS, einer leichten Zwischenlordose sowie einem oberen, nach kranial progredienten Rundrücken;
- Â Â Â einer Linkskonvexität der BWS samt anschliessendem Rechts-Shift;
- Â Â Â röntgenologisch dokumentierter Sakralisation LWK V;
- Â Â Â vorbestandenem Raphe-Schluss-Problem: Sakralisation und Pilonidal-Fistel;
- 2.Â Ligamentärer Irritationszustand des linksseitigen ISG S1 < S2 < S3:
- Â Â Â mit:
- Â Â Â arthrogenen Ausstrahlungen bis zur Ferse;
- Â Â Â einem zusätzlichen myofascialen Syndrom des M. piriformis;
- Â Â Â ohne:
- Â Â Â Blockierung der beiden ISG;
- Â Â Â bei:
- Â Â Â vgl. Diagnose 1;
- 3.Â Medizinische Diagnosen: mit oralen Antidiabetica behandelter Diabetes mellitus und PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit);
- 4.Â Nikotinabusus.

Nach "Therapeutischen Überlegungen" (S. 7 f.) kam Prof. Dr. H.\_\_\_\_ zu folgender "Beurteilung" (S. 8 f.): Ausgangspunkt der sich über Jahre hinziehenden Entwicklung

zum heute bewegungsbelastungsabhängigen Schmerzzustand innerhalb der Segmenthöhe L3/4 (d.h. am kranialen Abschluss der Spondylodese L4/5) sei überwiegend wahrscheinlich eine Entwicklungsstörung der untersten LWS, die einerseits in Form einer Sakralisation LWK 5 und andererseits der bereits erfolgreich operierten Pilonidal-Fistel (Rappe-Fistel) zum Ausdruck gekommen sei beziehungsweise komme. Die operative Sanierung des ersten beweglichen und tragenden Bewegungssegmentes L4/5 im August 1997 mittels einer interkorporellen Spondylodese habe typischerweise lediglich die spondylogene Schmerzausstrahlung ins linke Bein, nicht aber den retrospektiv als ligamentäre Irritation zu deutenden Schmerzzustand der LWS zu beheben vermocht. Wie in der Literatur immer wieder beschrieben, habe die erfolgreiche Spondylodesierung auf der Grundlage der Hebelwirkung der kaum mehr beweglichen unteren LWS über die Zeit summiert zu einer biomechanischen Bewegungsüberbeanspruchung des kranial sich anschliessenden Bewegungssegmentes - hier L3/4 - geführt, wobei diese Bewegungsüberbeanspruchung nicht nur zu einem heute klinisch erfassbaren Irritationszustand des Bewegungssegmentes, sondern überwiegend wahrscheinlich auch zu einer qualitativen, kaum dagegen zu einer quantitativen Instabilität geführt habe. Immerhin würden bereits die nicht gehaltenen Aufnahmen im Stehen in maximaler Flexion und Extension am Ende der Lordosierung eine auf dieser Höhe auffällige Verschiebung des Lendenwirbelkörpers L3 über L4 nach dorsal zeigen, das heisst exakt auf Höhe der klinischen Problematik. Aufgrund der derzeit noch relativ kurzen Dauer der Nachschmerzen nach fortgesetzter Bewegungsbelastung sei das Vorhandensein einer erosiven Osteochondrose klinisch unwahrscheinlich, nie dagegen vollständig sicher auszuschliessen. Aufgrund der relativen Schonung des linken Beines sei es insbesondere in der letzten Zeit zu einer myotendinotischen Überlastung der Muskulatur des rechten Beckenquartels sowie Oberschenkels gekommen. Abgesehen von dem nicht ganz auszuschliessenden echten Lasègue auf der linken Seite, würden sich keinerlei weitere neurologische Symptome zeigen, die auf eine Radikulopathie hinweisen würden. Die verminderte Haut- und Tiefensensibilität mit nicht segmentaler Begrenzung im Bereich des gesamten linken Beines sei Ausdruck der schmerzhaft gewordenen Weichteilstrukturen des linksseitigen Beckenquartels samt Bein. Ein konsequent rehabilitativ auszurichtendes Vorgehen, welches überwiegend vom Beschwerdeführer selbst durchgeführt werden müsste, habe sich zu Beginn unter striktester Vermeidung steter Aktivierung des ligamentären Irritationszustandes auf die Unterbrechung der bis heute andauernden Progredienz zu beschränken, um ausgehend von einem stabileren Belastungszustand die Beschwerdeintensität auf lange Sicht möglicherweise kontinuierlich verringern zu können. Aus physikalisch-funktioneller Sicht sei von einer Ausdehnung der operativen Stabilisierung auf die Höhe L3/4 abzuraten, weil dadurch der pathophysiologisch entscheidende Hebel des spondylodesierten Wirbelsäulenabschnittes vergrössert und damit für die Zukunft das Problem erneut um ein Segment nach kranial verlagert werde. Aus heutiger Sicht sei eine spätere Arbeitsbelastung in bescheidenem Umfang im Sitzen unter Vermeidung grösserer Rumpfbewegungen nicht auszuschliessen.

In seinem in Kenntnis des MEDAS-Gutachtens erstatteten Zusatzbericht vom 15. Januar 2007 (Urk. 3/17) nahm Prof. Dr. H. \_\_\_ zur Veränderung der medizinischen Situation im Zeitraum von der am 25. August 1997 durchgeführten Spondylodese L4/5 bis Herbst 2004 Stellung (S. 1 f.) und äusserte sich nochmals zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (S. 2 f.). Dabei führte er aus, laut Angaben des

Beschwerdeführers habe sich durch die am 25. August 1997 ausgeführte Spondylodese-Operation L4/5 der als neuralgieform zu charakterisierende Beinschmerz links für die Dauer von maximal einem Jahr entscheidend vermindert, bevor sich im Rahmen der aktiven Rehabilitation sukzessive spondylogene bis gegen die Ferse ausstrahlende Schmerzen aufgebaut hätten. In den Jahren 2003 und 2004 seien Kieser-Trainings durchgeführt worden, welche wegen begleitend aufgetretener, bei Instabilitäten unter zu hoher Bewegungsbelastung der LWS typischer Verschlechterungen hätten vorzeitig abgebrochen werden müssen. Die progredient sich verschlechternde Belastbarkeitssituation werde durch wiederholte konsiliarische Überweisungen durch Dr. Z. \_\_\_ dokumentiert (1998 z.H. PD Dr. K. \_\_\_ und 2001 z.H. PD Dr. O. \_\_\_). Während PD Dr. K. \_\_\_ am 19. Mai 1998 (d.h. rund 9 Mte. nach der Spondylodeseoperation) auf die Möglichkeit einer Dekompensation der Stabilitätsverhältnisse aufmerksam gemacht habe, habe PD Dr. O. \_\_\_ diese befürchtete Instabilität auf Höhe L3/4 am 19. Februar 2001 tatsächlich festgestellt. Dr. Z. \_\_\_, welcher den Beschwerdeführer kontinuierlich und regelmässig untersucht und beurteilt habe, habe diesen am 26. Februar 1998 als für leichte, rückenchonende Tätigkeiten in wechselnder Position zu 100 % arbeitsfähig erachtet. In seinem Bericht vom 19. Juni 2000 habe er dann eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten attestiert, wobei er auf eine sich verschlechternde Situation hingewiesen und den Beschwerdeführer in einem späteren Verlaufsbericht vom 17. Februar 2004 schliesslich für nicht mehr arbeitsfähig erklärt habe. Der solchermassen klar dokumentierte progrediente Verlauf lasse sich auch über Herbst 2004 hinaus weiterverfolgen, indem aufgrund der relativen Schonung bei der Kraftübertragung auf das linke Bein die Beschwerden ausgehend vom rechten Beckenquartel und sich ausbreitend in den rechten Oberschenkel zugenommen hätten. Aufgrund der derzeitigen Belastbarkeitssituation mit nicht vollständig institutionalisierter Rehabilitation (aktive dynamische Stabilisierung der Bewegungsaktivität innerhalb der LWS; Tragen eines Lendenmieders; Weichteilbehandlungen im Beckenquartelbereich) seien dem Beschwerdeführer vormittags zwei 1-stündige Arbeitseinsätze in wechselnder, vorwiegend sitzender Position unter Vermeidung grosserer Rumpfbewegungen und mit höchstens mittelschwerer Belastung des Schulterquartels sowie mit dazwischen liegenden Pausen von 1-1.5 Stunden medizinisch-theoretisch zumutbar, wobei die gleiche Belastung nachmittags auf einen einzigen Einsatz zu beschränken sei; dies ergebe eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitsbelastbarkeit von 15 Stunden beziehungsweise ungefähr 30 %. Die auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich körperlich leichter Tätigkeiten lautende MEDAS-Einschätzung vom 11. Dezember 2006 basiere auf mehreren Fehlbeurteilungen. So sei beim rheumatologischen Konzil vom 28. September 2006 auf eine segmental-manuelle Belastung der einzelnen Bewegungssegmente der mittleren und unteren LWS verzichtet und seien die Hauptbeschwerden beim palpatorisch am wenigsten schmerzhaften lumbosakralen Übergang lokalisiert worden. Alsdann sei auf die als ein klinisches Hauptsymptom zu interpretierende reaktive Schmerzverstärkung im Anschluss an Bewegungsbelastungen (wie beispielsweise im Bewegungsbad) mit keinem Wort eingegangen worden; eine diagnostisch-pathophysiologische Verwertung habe schon gar nicht stattgefunden. Weiter seien Aussagen von PD Dr. K. \_\_\_ und PD Dr. O. \_\_\_ unvollständig und mit Bezug auf das hinter dem Schmerzzustand stehende biomechanische Problem verharmlosend zitiert worden. Die durch Bewegungsaktivität verursachbaren Schmerzzustände (meist im Nachhinein) sowie die damit verbundene Invalidität seien keine direkten Folgen der bildgebend zu dokumentierenden und

messbaren Weite der abnormen Beweglichkeit zwischen den Wirbelkörpern, sondern der ungenügenden Kompensation auch quantitativ geringer Instabilitäten durch eine koordinativ aufzutrainierende Muskulatur; dem Hinweis auf die geringe Weite der Verschiebung zwischen den Wirbelkörpern komme keine Beweiskraft bezüglich Schmerzhaftigkeit zu. Es entspreche einer typischen klinischen Erfahrung, dass minimale (d.h. nur qualitative) Instabilitäten mehr Beschwerden verursachen könnten als manifeste Instabilitäten, wobei eher geringgradige Instabilitäten sich als irritativ-ligamentäre Schmerzzustände im Nachhinein manifestierten, während größere (d.h. quantitative) Instabilitäten sich durch Dysfunktionsschmerzen zu erkennen gäben, und der Beschwerdeführer unter charakteristischen Nachschmerzen leide. Die Arbeitsbelastbarkeit werde weniger durch einzelne Belastungsphasen in aufrechter Haltung mit dazugehörigen Rumpfbewegungen begrenzt als vielmehr durch die Addition mehrerer, wenngleich durch Pausen getrennter, über den Tag beziehungsweise über die Woche verteilter Belastungsphasen; dies infolge sich zunehmend summierender Nachschmerzen.

### E. 5.3

5.3.1 Im Rahmen der spezialärztlichen Abklärung durch Dr. G. wurden trotz konstaterter psychosozialer Belastungsfaktoren (Ausreise von Frau und Kindern nach S., knappe finanzielle Verhältnisse) keinerlei Anzeichen für eine affektive oder somatoforme Störung ausgemacht; mangels eines krankheitswertigen psychischen Gesundheitsschadens wurde aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit postuliert (vgl. Konsiliarbericht vom 30. November 2006 [Urk. 11/113/7-9]), welche Einschätzung im MEDAS-Hauptgutachten übernommen wurde. Damit kann eine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf das (Rest-)Arbeitsvermögen ausgeschlossen werden, zumal auch der Beschwerdeführer nichts Gegenteiliges behauptet.

Aus den im Juni 1997 vorgefundenen und im Sinne einer alkoholischen Hepatopathie gedeuteten erhöhten Leberwerten wurde ärztlicherseits - soweit ersichtlich - nie eine Einschränkung im Leistungsvermögen abgeleitet; es deutet nichts darauf hin und wird vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht, dass diesbezüglich inzwischen irgendeine Veränderung stattgefunden hätte (vgl. Urk. 11/114/4). Das Gleiche gilt ebenso für den im Jahr 2004 manifest gewordenen und zwischenzeitlich medikamentös und diätetisch gut eingestellten Diabetes mellitus sowie die dadurch und durch langjährigen Nikotinabusus (2-3 Pakete Zigaretten pro Tag) begünstigte PAVK (periphere arterielle Verschlusskrankheit), welche zuletzt sogar zu einer gesteigerten Bewegungsaktivität des Beschwerdeführers geführt haben (vgl. Urk. 11/74, insbes. 11/74/1). Hinsichtlich der im Sinne einer beginnenden Alterssichtigkeit (Presbyopie) interpretierten Augenprobleme und bezüglich des ausgemachten Übergewichts (BMI 28) finden sich in den medizinischen Akten ebenfalls keine Hinweise auf eine sich daraus ergebende namhafte Einschränkung des (Rest-)Arbeitsvermögens (vgl. Urk. 11/114/15). Eine von Dr. Z. im April 1998 veranlasste Knieabklärung hatte einen normalen Befund gezeitigt, ohne dass diesbezüglich eine zwischenzeitliche Veränderung dokumentiert wäre (vgl. Urk. 11/113/4 und 11/114/19), so dass auch von dieser Seite keine relevante Einschränkung des (Rest-)Leistungsvermögens resultiert.

Massgebend für die strittige Rentenfrage bleibt folglich in medizinischer Hinsicht allein die zu gewärtigende Rückenproblematik. Zusätzliche relevante Problemkreise, wie etwa die vom Beschwerdeführer im sozialversicherungsgerichtlichen Vorverfahren

Proz.-Nr. IV.2005.00125 (Urk. 6/0-13; vgl. Urk. 11/54/1-6, 11/55, 11/59, 11/61 und 11/66/3-11) im Sinne einer leistungsrelevanten gesundheitlichen Verschlechterung angeführten internistischen Probleme, sind mithin auszuschliessen.

5.3.2.2 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte MEDAS-Gutachten erfüllt die an die Beweistauglichkeit medizinischer Berichte gestellten Anforderungen. Die vom Beschwerdeführer gegen die fachliche Qualifikation der involvierten Gutachter erhobenen Vorbringen erweisen sich als haltlos. Namentlich handelt es sich beim zuständigen Rheumatologen Dr. D. um einen anerkannten und bisweilen auch als Gerichtsgutachter waltenden Experten mit langjähriger Erfahrung in versicherungsmedizinischen Fragen. Anhaltspunkte für die beschwerdeweise geltend gemachte fehlende Objektivität sind nicht ersichtlich. Dem vom Beschwerdeführer erhobenen Vorwurf, die MEDAS-Gutachter hätten zwar unangebrachte sozialpolitische beziehungsweise pseudo-psychologische Überlegungen von sich gegeben, aber jede objektive, den Umständen angemessene Auseinandersetzung vermissen lassen, kann nicht gefolgt werden. Mit der dokumentierten Vornahme allseitiger Untersuchungen, Abfrage und Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie Kenntnisnahme und Würdigung der massgeblichen Vorakten hat die erforderliche sachliche Auseinandersetzung mit dem konkreten Fall stattgefunden, und die gutachterlich geäusserten Bedenken in Bezug auf die Lebenssituation des Beschwerdeführers ändern nichts an der Überzeugungskraft der gezogenen Schlussfolgerungen.

Das Untergutachten von Dr. D. ist wie auch das Hauptgutachten selbst den gängigen Gepflogenheiten entsprechend aufgebaut und abgefasst, während das Elaborat von Prof. Dr. H. in klinisch-methodischer und diagnostischer Hinsicht einige Eigentümlichkeiten aufweist. Dass Prof. Dr. H. den Beschwerdeführer länger und damit gründlicher untersucht hätte als die MEDAS-Verantwortlichen, findet in den Akten keine Stütze; namentlich ist nicht ersichtlich, dass die Privatexpertise auf einer weitergehenden funktionellen Evaluation (o.Ä.) gründeten würde, welche den rein subjektiv erhobenen Umfang der Nachschmerzen beziehungsweise irritativ-ligamentären Schmerzzustände veranschaulichen und die diesen zugeschriebene Bedeutung untermauern sowie das weitreichende Schonverhalten des Beschwerdeführers rechtfertigen könnte. Inwiefern die bei MEDAS-Gutachter Dr. D. vermisste "segmentale-manuelle - diagnostische - Belastung der einzelnen Bewegungssegmente der mittleren und unteren LWS" zur entsprechenden Objektivierung beigetragen haben soll, ist nicht nachvollziehbar (vgl. Stellungnahme von IV-Arzt med. pract Q. vom 3. April 2007 [Urk. 11/128/2]).

Der Übergangsanomalie mit Sakralisation L5 und Segmentinstabilität L3/4 wurde im MEDAS-Gutachten angemessen Beachtung geschenkt. Dabei wurde im Einzelnen dargelegt und anhand neu angefertigter radiologischer Funktionsaufnahmen begründet, warum die Instabilität im Gegensatz zur früheren Beurteilung von PD Dr. O. nicht als quantitativ hochgradig zu qualifizieren ist. Diese Einschätzung wird letztlich auch von Prof. Dr. H. geteilt, der zwar diagnostische Weiterungen in Betracht zog, das Vorliegen einer quantitativen Instabilität - wie auch einer erosiven Osteochondrose - aber gleichzeitig als unwahrscheinlich bezeichnete; auch hat Prof. Dr. H. trotz Relativierung bezüglich der vorgefundenen Lasègue-Zeichen in Übereinstimmung mit den MEDAS-Gutachtern erhebliche radikuläre Symptome verneint. Im Übrigen wurden von den MEDAS-Gutachtern Befunde betreffend den Muskel-, Band- und Sehnenapparat sowie

die Haut- und Weichteilstruktur erhoben und berücksichtigt, wobei die im Vergleich zur Beurteilung von Prof. Dr. H. \_\_\_ geringer ausgefallene qualitative Bewertung der damit zusammenhängenden Erscheinungen in plausibler und nachvollziehbarer Weise mit verschiedenen klinischen und anamnestischen Feststellungen belegt worden ist.

Demgegenüber mutet bezüglich des von Prof. Dr. H. \_\_\_ besonders hervorgehobenen qualitativen Elements seltsam an, dass der Privatgutachter mit Rücksicht darauf Ende Oktober 2006 zunächst jede Arbeitsfähigkeit verneinte, indem er sich lediglich für eine nicht auszuschliessende "spätere Arbeitsbelastung in bescheidenem Umfang im Sitzen unter Vermeidung grosserer Rumpfbewegungen" aussprach, aber bereits Mitte Januar 2007 bei unveränderten Verhältnissen eine immerhin 30%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit möglich hielt.

Die Stellungnahmen von PD Dr. O. \_\_\_ gemäss den vom Beschwerdeführer replicando beigebrachten Konsiliarberichten vom 4. Dezember 2000 (Urk. 16/2) und 19. Februar 2001 (Urk. 16/3) sind von den MEDAS-Verantwortlichen zutreffend wiedergegeben und in die Würdigung einbezogen worden, während Prof. Dr. H. \_\_\_ von einem als relativ gering bezeichneten Nachschmerzaufkommen direkt auf eine volle beziehungsweise hochgradige Unzumutbarkeit schloss, ohne auf die von PD Dr. O. \_\_\_ aufgeworfenen Coping-Defizite einzugehen. Die von Prof. Dr. H. \_\_\_ für eine seit 1997 stete und weiterhin anhaltende Beschwerdepogredienz ins Feld geführten Argumente vermögen im Lichte der vom Beschwerdeführer gegenüber den MEDAS-Gutachtern als im Wesentlichen gleichförmig beschriebene Situation und namentlich aufgrund der zufolge Diabetes mellitus und PAVK zuletzt sogar gesteigerten Bewegungsaktivitäten ebenfalls nicht zu überzeugen. Dass die MEDAS-Gutachter das Untersuchungsergebnis von PD Dr. K. \_\_\_ tendenziös oder gar falsch zitiert hätten, vermag im Lichte der von Prof. Dr. H. \_\_\_ gegebenen Zusammenfassung nicht einzuleuchten. Ausserdem haben die MEDAS-Gutachter und insbesondere der involvierte Rheumatologe den beim Beschwerdeführer erfragten Umstand, dass in der Vergangenheit nebst schmerzverstärkenden gymnastischen Heimübungen auch erfolglose oder kontraproduktive medizinische Kräftigungstherapien durchgeführt wurden, durchaus zur Kenntnis genommen; die von Prof. Dr. H. \_\_\_ besonders hervorgehobene Schmerzverstärkung nach (Bewegungs-)Belastung wurde vom Beschwerdeführer während der MEDAS-Abklärung vorgebracht und in die gutachterliche Beurteilung einbezogen.

Die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 15. Februar 2005 (Urk. 11/68/20-22) eingeholte Stellungnahme von Dr. Z. \_\_\_ vom 8. März 2005 (Urk. 11/68/23 = 16/1) vermag schon deshalb nicht zu überzeugen, weil Dr. Z. \_\_\_ einerseits von dem inzwischen relativierten Untersuchungsergebnis von PD Dr. O. \_\_\_ ausging und andererseits die von PD Dr. O. \_\_\_ dennoch attestierte Teilarbeitsfähigkeit ausser Acht liess. Da sich Dr. B. \_\_\_ in ihren Stellungnahmen zur Rückenproblematik deklariertermassen schwergewichtig an Dr. Z. \_\_\_ orientierte, kann auf die entsprechenden Meinungsäusserungen ebenfalls nicht abgestellt werden. Wie dem letzten Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 13./14. Oktober 2005 (Urk. 11/74, insbes. 11/74/1) ausserdem zu entnehmen ist, soll der Beschwerdeführer seine Beschwerdesituation seinerzeit so dargestellt haben, dass ihm mittlere bis schwere körperliche Tätigkeiten nicht möglich seien, was e contrario auf eine subjektive Bejahung der Möglichkeit zur Verrichtung körperlich leichter, rückschonender Tätigkeiten schliessen lässt. Diese subjektive



Wert von (rund) Fr. 73'961.-- (= Fr. 65'623.-- : 1'818 Pkte. x 2'049 Pkte.; vgl. Die Volkswirtschaft 5-2009 S. 95 Tabelle B10.3 und 6-2004 S. 91 Tabelle B10.3); für die Vorjahre ergeben sich folgende Beträge (gerundet):

2006:   Fr. 72'698.-- (= Fr. 65'623.-- : 1'818 Pkte. x 2'014 Pkte.);

2005:   Fr. 71'904.-- (= Fr. 65'623.-- : 1'818 Pkte. x 1'992 Pkte.);

2004:   Fr. 71'290.-- (= Fr. 65'623.-- : 1'818 Pkte. x 1'975 Pkte.).

### E. 6.3

6.3.1   Die Beschwerdegegnerin ermittelte ein Invalideneinkommen von Fr. 34'409.-- (per 2005); dies unter Berücksichtigung einer behinderungsbedingten Lohneinbusse von 15 % (Urk. 2 = 11/137; vgl. Urk. 11/133 sowie Urk. 3/18 = 11/128). Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber einen behinderungsbedingten Abzug von mindestens 20 % geltend machen (Urk. 1 S. 15 Rz 3.4 und Urk. 15 S. 6 f. "Ad 5").

6.3.2   Da beim Beschwerdeführer kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben ist, weil er nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, sind zur Ermittlung des Invalideneinkommens praxisgemäss Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch herausgegebenen Lohnstrukturserhebungen (LSE) heranzuziehen (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb; vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Dabei wird auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 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, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsl bliche durchschnittliche Arbeitszeit von w hentlich 41.9 Stunden, seit 1999 von 41.8 Stunden, seit 2001 von 41.7 Stunden, seit 2004 von 41.6 Stunden und seit 2006 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 5-2009 S. 94 Tabelle B9.2 und 6-2008 S. 90 Tabelle 9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb und 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Demnach ist für 2007 von einem von einfache und repetitive Vollzeitt tigkeiten (Anforderungsniveau 4) verrichtenden Männern erzielten statistischen Jahresverdienst von Fr. 60'144.50 auszugehen (= Fr. 4'732.--/Mt. : 40 h x 41.7 h x 12 Mte. + 1.6 %; vgl. Die Volkswirtschaft 5-2009 S. 95 Tabellen B10.1 und B10.2). Die entsprechenden Werte der Vorjahre betragen (vgl. auch Die Volkswirtschaft 12-2006 S. 83 Tabelle B10.1):

2006:   Fr. 59'197.30 (= Fr. 4'732.--/Mt. : 40 h x 41.7 h x 12 Mte.);

2005:   Fr. 57'830.80 (= Fr. 4'588.--/Mt. : 40 h x 41.6 h x 12 Mte. + 1.0 %);

2004:   Fr. 57'258.25 (= Fr. 4'588.--/Mt. : 40 h x 41.6 h x 12 Mte.).

Umgerechnet auf ein Pensum von 70 % resultieren Beträge von Fr. 42'101.15 (2007), Fr. 41'438.10 (2006), Fr. 40'481.55 (2005) beziehungsweise Fr. 40'080.80 (2004).

6.3.3   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 Erw. 5.2).

Rechnet man mit dem von der Beschwerdegegnerin gewährten Einschlag von 15 %, resultiert für 2007 ein Invalideneinkommen von Fr. 35'786.-- (= Fr. 42'101.15 - 15 %), was wiederum zu einer Einkommenseinbusse von Fr. 38'175.-- (= Fr. 73'961.-- - Fr. 35'786.--) respektive zu einem Invaliditätsgrad von 52 % führt (nach den anerkannten Regeln der Mathematik gerundet: vgl. BGE 130 V 121 ;  $100 \% : Fr. 73'961.-- \times Fr. 35'786.-- = 51.62 \%$ ). Die entsprechenden Kennzahlen für 2004-2006 lauten:

Valideneinkommen:

Invalideneinkommen:

Einkommenseinbusse:

Invaliditätsgrad:

2004:

Fr. 71'290.--

Fr. 34'069.--

Fr. 37'221.--

52 % (52.21 %)

2005:

Fr. 71'904.--

Fr. 34'409.--

Fr. 37'495.--

52 % (52.15 %)

2006:

Fr. 72'698.--

Fr. 35'222.--

Fr. 37'476.--

52 % (51.55 %)

Zwar liegt kein die Verwertung des Restleistungsvermögens schmälern des multifaktorielles Leiden mit multiplen Beeinträchtigungen verschiedener körperlicher und psychischer Funktionen vor, doch erscheint der zugebilligte behinderungsbedingte Abzug insgesamt und unter Berücksichtigung aller Aspekte - wie Teilzeitarbeit (70 %), Alter (Jahrgang 1961), Ausländerstatus (Niederlassungsbewilligung C; vgl. Urk. 11/9-10), persönliche Ressourcen und beruflicher Werdegang (9-jährige Grundschulausbildung in S.\_\_\_\_, keine Berufs- oder Anlehre, Hilfsarbeits- und Reinigungstätigkeit, bescheidene Sprachkenntnisse; vgl. Urk. 11/4, 11/9, 11/14-16 und 11/113-114), vormals mehrjährige Tätigkeit beim gleichen Arbeitgeber (ab 1. Oktober 1991; vgl. Urk. 11/9, 11/15-16), mittlerweile langdauernde Arbeitsmarktabstinenz (seit 1996), eingeschränktes Einsetzbarkeits- und Belastungsprofil mit vermehrtem Pausen- und Ruhebedürfnis (etc.) - als eher zu gering. Die Frage kann aber letztlich offen bleiben, da weder bei Gewährung des vom Beschwerdeführer geforderten (mindestens) 20%igen noch bei Zubilligung des - unter den vorliegenden Umständen nicht gerechtfertigten - Maximalabzugs von 25 % die für eine Dreiviertelsrente massgebende Schwelle von 60 % erreicht würde:

./ 20 %

Valideneinkommen:

Invalideneinkommen:

Einkommenseinbusse:

Invaliditätsgrad:

2004:

Fr. 71'290.--

Fr. 32'065.--

Fr. 39'225.--

55 % (55.02 %)

2005:

Fr. 71'904.--

Fr. 32'385.--

Fr. 39'519.--

55 % (54.96 %)

2006:

Fr. 72'698.--

Fr. 33'150.--

Fr. 39'548.--

54 % (54.40 %)

2007:

Fr. 73'961.--

Fr. 33'681.--

Fr. 40'280.--

54 % (54.46 %)

./ 25 %

Valideneinkommen:

Invalideneinkommen:

Einkommenseinbusse:

Invaliditätsgrad:

2004:

Fr. 71'290.--

Fr. 30'061.--

Fr. 41'229.--

58 % (57.83 %)

2005:

Fr. 71'904.--

Fr. 30'361.--

Fr. 41'543.--

58 % (57.78 %)

2006:

Fr. 72'698.--

Fr. 31'079.--

Fr. 41'619.--

57 % (57.25 %)

2007:

Fr. 73'961.--

Fr. 31'576.--

Fr. 42'385.--

57 % (57.31 %)

6.4. Demnach erweist sich die mit Wirkung ab 1. Juli 2007 verhängte Herabsetzung auf eine halbe Rente als rechtmässig. Von Weiterungen (von Amtes wegen) im Zusammenhang mit der von der Beschwerdegegnerin von 1. Oktober 2004 bis 30. Juni

2007 ausgerichteten Dreiviertelsrente ist abzusehen (vgl. oben Erw. 1.1).

## E. 7

7.1. Zusammengefasst führt dies zur Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten werden kann.

7.2. Das am 15. Juni 2007 angehobene Verfahren ist zulasten des unterliegenden Beschwerdeführers kostenpflichtig und bleibt ausgangsgemäss entschädigungsfrei (§ 33 f. des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 69 Abs. 1 bis IVG und Art. 61 lit. g ATSG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2. Die Gerichtskosten werden auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

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 dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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