

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00085 vom 4. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00085 du 4 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00085 del 4 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1965, reiste im Jahr 1989 in die Schweiz ein, absolvierte eine Anlehre als Bauarbeiter und arbeitete ab Dezember 1994 als Gipser bei der Y. AG (Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 7. Mai 1999 [Urk. 12/1 Ziff. 4.1 und Ziff. 6.2] sowie Arbeitgeberbericht vom 21. Mai 1999 [Urk. 12/6/1-3]). Am 3. Juli 1995 erlitt er einen Unfall, als er beim Arbeiten am Sockel einer Schulhauswand auf einer abhaldigen Wiese ausrutschte und in ein Loch trat (Unfallmeldung vom 4. Juli 1995, Urk. 12/3/156). Dabei zog er sich eine Kreuzbandläsion rechts zu (Bericht des Spitals Z. vom 18. Juli 1995, Urk. 12/3/153). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte die gesetzlichen Leistungen.

Nachdem der Beschwerdeführer ab 11. September 1995 vollzeitlich an den Arbeitsplatz zurückgekehrt war (Bericht von Dr. A., Spezialarzt FMH für Chirurgie, vom 2. Oktober 1995, Urk. 12/3/151), traten im Februar 1996 wieder Schwellungen und Schmerzen im rechten Kniegelenk auf (Bericht von Dr. A. vom 9. Februar 1996, Urk. 12/3/149). In der Folge wurde der Versicherte zweimal operiert: Am 8. Mai 1996 erfolgten im Spital Z. eine diagnostische Arthroskopie und Teilmenispektomie am medialen Hinterhorn, wobei eine Chondropathie ersten Grades mediales Tibiaplateau und Meniskushinterhornläsion medial am rechten Knie diagnostiziert wurden (Bericht des Spitals Z. vom 8. August 1996, Urk. 12/3/137). Am 17. Oktober 1997 führte Dr. med. B., Chirurgie FMH, wegen einer grossen Reläsion im medialen Hinterhorn sowie einer vorderen Kreuzbandläsion einen arthroskopisch assistierten vorderen Kreuzbandersatz mit Ligamentum patellae Transplantat sowie eine nochmalige Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns durch (Operationsbericht vom 20. Oktober 1997, Urk. 12/3/121).

In der Folge kam es - bei teilweiser Arbeitsausübung - wiederum zu Schwellungen im Knie und zu Arbeitsunfähigkeiten (Bericht von Dr. B. vom 18. Mai 1998, Urk. 12/3/112). Die begutachtenden Ärzte der Uniklinik C. sahen am 12. Januar 1999 (Urk. 12/3/85) keine Indikation für eine operative Sanierung im Sinne einer arthroskopischen Befreiung des Kreuzbandes, worauf SUVA-Kreisarzt Dr. D. in seiner Abschlussuntersuchung vom 12. Februar 1999 (Urk. 12/3/78-82 S. 3) ein nicht optimales Behandlungsergebnis konstatierte und das Vorliegen von erfolgsversprechenden therapeutischen Optionen verneinte. Dabei beschrieb er ein Belastungsprofil im Sinne einer vollschichtigen Zumutbarkeit von sitzenden sowie vorwiegend sitzenden Tätigkeiten mit kurzen Steh- und Gehphasen.

Die SUVA sprach X.____ hierauf mit Verfügung vom 31. Mai 1999 (Urk. 12/3/38-41) gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 25 % mit Wirkung ab 1. Juli 1999 eine Invalidenrente von Fr. 1'378.-- sowie wegen einer Integritätsseinbusse von 5 % eine Entschädigung von Fr. 4'860.-- zu.

Am 7. Mai 1999 (Urk. 12/1) hatte sich X.____ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst den Akten der Unfallversicherung (Urk. 12/3/1-211) und Auskünften bei der Arbeitgeberin (Urk. 12/6/1-3) einen Bericht der Uniklinik C.____ (vom 25. Mai/28. Juli 1999, Urk. 12/12) ein und stellte mit Vorbescheid vom 1. Oktober 1999 (Urk. 12/23) die Abweisung des Rentenbegehrens gestützt auf den von der SUVA verfügten Invaliditätsgrad von 25 % in Aussicht. Nach Einwanderhebung vom 29. November 1999 (Urk. 12/24) erachtete IV-Arzt Dr. med. E.____ am 20. Dezember 1999 (Urk. 12/25) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als gegeben, worauf die IV-Stelle einen Bericht von Dr. B.____ (Bericht vom 8. August 2000, Urk. 12/36/1) einholte und die Begutachtung des Versicherten durch die Uniklinik C.____ anordnete (Expertise vom 26. Oktober 2000, Urk. 12/41). Mit Verfügungen vom 29. November 2000 (Urk. 12/45 und Urk. 12/28/3-4) sprach die IV-Stelle X.____ ab 1. September 1998 eine ganze (Invaliditätsgrad 100 %) sowie ab 1. September 1999 eine halbe (Invaliditätsgrad 50 %) Rente zu.

Am 28. Februar 2002 (Urk. 12/51/1-2) zeigte X.____ der IV-Stelle eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes an, worauf diese einen Bericht beim Kantonsspital K.____ (vom 21. Mai 2002, Urk. 12/55/3-6) einholte und am 25. Juni 2002 (Urk. 12/57) die Weiterausrichtung der bisherigen Rente mitteilte.

Nach Eingang eines weiteren Revisionsgesuches vom 21. Juli 2004 (Urk. 12/65/1-2) holte die IV-Stelle den Bericht von Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, vom 13. März 2005 (unter Beilage von zwei Berichten der Uniklinik C.____, Urk. 68/1-7) sowie die aktuellen Akten der Unfallversicherung (darunter das Gutachten der G.____ Klinik vom 11. März 2005, Urk. 12/69/3-13) samt Ergänzungsbericht vom 18. Juli 2005 (Urk. 12/77) ein. Weiter gingen ihr die Einschätzungen des SUVA-Versicherungsmediziners Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom 5. Juli und 11. August 2005 (Urk. 12/79) sowie die von der SUVA veranlasste Kurzbegutachtung der Uniklinik C.____ vom 10. April 2006 (Urk. 12/82/3-11) zu. Die IV-Stelle holte sodann das Gutachten der MEDAS I.____ vom 7. August 2007 (Urk. 12/99) ein und nahm Einsicht in die Verfügung der SUVA vom 4. September 2007 (Urk. 12/103), mit welcher eine Erhöhung der Integritätsentschädigung auf gesamthaft 15 % gewährt und ein Rentenerhöhungsgesuch abgewiesen worden war.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 12/108 und Urk. 12/111) hob die IV-Stelle die Rentenverfügung vom 29. November 2000 samt Mitteilung vom 26. Juni 2002 wiedererwägungsweise auf und stellte die Rentenzahlungen per Ende des der Zustellung folgenden Monats ein (Verfügung vom 10. Dezember 2007, Urk. 2). Zur Begründung führte sie aus, es lägen reine Unfallfolgen vor, weshalb die Bemessung des Invaliditätsgrades mit der Unfallversicherung zu koordinieren sei, welche bei der Rentenzusprache 1999 von einer behinderungsangepassten Restarbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen sei. Diese Einschätzung sei von den MEDAS-Ärzten bestätigt worden, woraus sich ein Invaliditätsgrad von unter 40 % ergebe. Die medizinische Situation habe sich zwar nicht verändert, aber der damalige Entscheid

hätte mit der Unfallversicherung koordiniert werden müssen, weshalb der invalidenversicherungsrechtliche Rentenentscheid offensichtlich unrichtig gewesen sei und in Wiedererwägung gezogen werden müsse.

2. Hiergegen erhob X. durch Rechtsanwalt Urs Christen am 22. Januar 2008 Beschwerde mit den Anträgen, es sei ihm eine ganze IV-Rente, eventualiter eine Teilrente zuzusprechen; eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen anzuordnen. Sodann ersuchte er um Bestellung seines Rechtsvertreters als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1 S. 2). Nachdem die IV-Stelle am 14. Mai 2008 (Urk. 11) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 15. Mai 2008 (Urk. 13) als geschlossen erklärt.

3. Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

4. Die gegen die Verfügung der SUVA vom 4. September 2007 (betreffend Abweisung des Rentenerhaltungs-gesuches) erhobenen Rechtsmittel wurden abgewiesen, zuletzt mit heutiger Entscheidung des hiesigen Gerichtes (Prozess-Nr. UV.2008.00170).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 10. Dezember 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

E. 2

/

E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei

einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2.5 Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat wiederholt festgestellt, dass der Invaliditätsbegriff für die Sozialversicherungszweige der Unfall-, Invaliden-, Militär- und obligatorischen Berufsvorsorgeversicherung grundsätzlich der gleiche ist (BGE 119 V 470 Erw. 2b, 116 V 249 Erw. 1b mit Hinweisen). Aus der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs folgt, dass die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbständig vorzunehmen ist,

mit Bezug auf denselben Gesundheitsschaden praxisgemäss denselben Invaliditätsgrad zu ergeben hat (BGE 126 V 291 f. Erw. 2a mit Hinweisen). Da der Unfallversicherer bei der Invaliditätsbemessung indessen regelmässig weder die unfallfremden invalidisierenden

medialen Tibiaplateau, am lateralen Femurkondylus sowie retropatellär und die diversen degenerativen Zeichen an der Patella und an der Trochlea einen Teil der Beschwerdesymptomatik erklärten (S. 8).

Die Ärzte attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Arbeit als Bauarbeiter/Gipser und befanden eine abwechselnd sitzend, stehend und gehend ausübende Tätigkeit als zu 50 % zumutbar (S. 9).

3.1.2. Keinen Bezug (vgl. Urk. 12/42) nahm die Beschwerdegegnerin auf die ihr zum damaligen Zeitpunkt bereits vorliegenden Ergebnisse der SUVA-internen kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 12. Februar 1999 (Urk. 12/3/78-82), bei welcher Dr. D. ___ auf die wiederholten distorsionellen Knieverletzungen sowie die letzte Operation (Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes mit nochmaliger Teilmeniskektomie am Hinterhorn des medialen Meniskus) hinwies, seit welcher der zuvor zu 50 % arbeitsfähige Beschwerdeführer nie mehr arbeitsfähig geworden sei; ein entsprechender Versuch in seiner Arbeit als Gipser sei gescheitert. Dr. D. ___ führte aus, der Zustand sei seit Monaten stationär, wobei die Abklärung in der Uniklinik C. ___ keine Hinweise auf eine Notch-Problematik und ein derart diffus lokalisiertes Schmerzbild ergeben habe, dass von einer weiteren operativen Intervention zu Recht Abstand genommen werde. Das klinische Erscheinungsbild sei nicht besonders eindrücklich, der Beschwerdeführer zeige aber ein ausgeprägtes Schonhinken. Die Untersuchung zeige einen hauptsächlichlichen Schmerzpunkt an der Entnahmestelle des Knochenblockes an der Tuberositas tibiae, daneben lokale Schmerzen wiederum im Bereich des medialen Meniskushinterhornes, zudem ein leichtes patellares Syndrom und Schmerzen am ventralen femorotibialen lateralen Gelenkspalt. Das positive Grinding-Zeichen weise auf eine nicht ganz befriedigende Situation am dreimal resezierten Hinterhorn des medialen Meniskus hin.

Der Kreisarzt diagnostizierte (1) einen Status nach multiplen Kniedistorsionen, dreimaliger Hinterhornresektion am medialen Meniskus und vorderer Kreuzbandersatzplastik am rechten Knie, (2) Restbeschwerden im Femorotibialgelenk mediodorsal, an der Transplantatentnahmestelle über der Tuberositas tibiae und am Femorotibialgelenk antero-lateral sowie (3) eine minime Restinstabilität sagittal und ein leichtes Patellarsyndrom am rechten Knie.

Dr. D. ___ attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit auf Leitern, Treppen und Gerüsten, in einer Arbeit, welche das Anheben schwerer Lasten erfordert sowie in einer Tätigkeit in Kauerstellung oder in kniender Position. Eine sitzende Arbeit erachtete er ebenso als vollschichtig zumutbar wie eine vorwiegend sitzende mit kurzen Steh- und Gehphasen auf ebener Unterlage. Als ungünstig bezeichnete er wechselbelastende Tätigkeiten mit überwiegenden Geh- und Stehphasen, weshalb nur eine vorwiegend sitzende Tätigkeit in Frage komme.

3.1.3. Ebenso unerwähnt blieb in den Abklärungen der Beschwerdegegnerin der Bericht von Dr. D. ___ vom 23. Mai 2000 (Urk. 12/3/3-7), mit welchem dieser ein unverändertes klinisches Untersuchungsbild schilderte und das bisherige Zumutbarkeitsprofil als korrekt erachtete.

3.2. Nach dem Revisionsgesuch vom 28. Februar 2002 (Urk. 12/51/1-2) berichtete Dr. J. ___, Oberarzt am Kantonsspital K. ___, am 21. Mai 2002 (Urk. 12/55/3-6) von geklagten peripatellären Beschwerden im linken Kniegelenk, welche im Rahmen eines anterior knee pain im Sinne eines beginnenden femoropatellaren Schmerzsyndroms bei

Überlastung zu sehen seien. Seitens des rechten Kniegelenkes vermutete er eine beginnende mediale Degeneration sowie eine massive Symptomausweitung (ins gesamte rechte Bein) als Grund für die Schmerzen. Er erachtete eine - vom Beschwerdeführer geschilderte - 50%ige Berentung als korrekt und führte aus, vom orthopädischen Standpunkt aus sei die Arbeitsunfähigkeit als Bauarbeiter auch mit 50 % korrekt eingeschätzt, die Symptomausweitung lasse eine Rückkehr in den alten Beruf bei jetzt schon bestehender knapp fünfjähriger Arbeitsunfähigkeit als unrealistisch erscheinen.

E. 3.3

3.3.1 Nach dem zweiten Revisionsgesuch vom 21. Juli 2004 (Urk. 12/65/1-2) berichtete Dr. F. am 13. März 2005 (Urk. 12/68/1-2) von einem verschlechterten Gesundheitszustand mit wiederholten Schwellungs- und Schmerzzuständen in beiden Knien, teilweise auch lumbalen Rückenschmerzen, welche auf das konstante Schonhinken zurückzuführen seien. Seit September 2004 sei er in Behandlung in der Uniklinik C., wobei die intraartikulären Infiltrationen und mehrere Physiotherapien die Beschwerden nur kurzfristig leicht hätten verbessern können. In dieser Situation sei weder eine sitzende noch eine stehende Arbeit zumutbar.

3.3.2 Die Gutachter der G. Klink kamen am 11. März 2005 (Urk. 12/69/3-13) aufgrund des klinischen und radiologischen Befundes zum Schluss, dass das Transplantat der vorderen Kreuzbandplastik nicht korrekt platziert worden sei. Es sei zu weit ventral und zu steil positioniert und auch zu kurz. Die Beweglichkeit sei dadurch von vornherein limitiert und es komme unter anderem auch zu einem Impingement des Transplantates in der Notch. Die zunehmend aufgetretenen Beschwerden im linken Knie seien zum Teil durch leichte beginnende degenerative Veränderungen, vor allem aber durch die permanente Entlastung des rechten Beines und das dadurch gestörte Gangbild mitverursacht. Die Ärzte empfahlen eine arthroskopische Entfernung der Kreuzbandplastik, um wieder einen normalen Bewegungsumfang des rechten Kniegelenkes zu erreichen (S. 7 f.).

Die Ärzte diagnostizierten (1) einen Status nach mehrmaligen Kniestabilisationen rechts mit dreimaliger Hinterhornresektion am medialen Meniskus und vorderer Kreuzbandplastik, (2) eine deutliche Funktionsstörung des rechten Kniegelenkes bei Fehlpositionierung des Transplantates mit Bewegungseinschränkung und Impingement sowie Instabilität sagittal in Flexion und (3) eine beginnende Femoropatellararthrose. Sie attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aufgrund der erheblich beeinträchtigten Beweglichkeit sowie der Schmerzsymptomatik. Eine sitzende Tätigkeit erachteten sie aufgrund der Größe des Transplantats und des dadurch entstehenden Impingements bei flektierter Position auf längere Sicht als nicht zumutbar. Zusätzlich seien die Berufschancen des Beschwerdeführers aufgrund der mangelnden Schulbildung sehr eingeschränkt (S. 8 f.).

3.3.3 Dr. L. von der Uniklinik C. diagnostizierte in seinem Gutachten vom 10. April 2006 (Urk. 12/82/3-11) persistierende Knieschmerzen rechts bei beginnender medialer und patellafemorale Gonarthrose, bei Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion mit gleichzeitiger medialer Teilmeniskektomie Knie rechts, Status nach mehreren Kniestabilisationen sowie Status nach zweimaliger Kniearthroskopie mit medialer Teilmeniskektomie rechts (S. 5). Er führte die aktuell vorhandenen Beschwerden (diffuse Schmerzen im gesamten rechten Kniegelenk, schlechte

Beweglichkeit, S. 2) auf den Unfall vom 3. Juli 1995 zurück, namentlich auf die durchgeführten Operationen mit entsprechend kompliziertem Verlauf. Ob dafür eine Arthrofibrose oder ein sonstiges chronisches Schmerzsyndrom zu den Beschwerden geführt hat, konnte er nicht sagen, indes schloss er die Bohrkanalpositionierung als kausale Ursache für den aktuellen Zustand aus. Die geäußerten Beschwerden erachtete Dr. L. ___ nur als teilweise objektivierbar. Da mittlerweile fast sieben Jahre seit der Kreuzbandrekonstruktion und der aktuellen Bestandaufnahme vergangen waren, konnte er nicht sagen, inwieweit die natürlich vonstatten gegangene Chronifizierung der Schmerzsymptomatik als ausgeweitet erscheine (S. 5 f.).

Der Gutachter bezweifelte das Erreichen einer Beschwerdelinderung durch eine weitere medizinische Behandlung (S. 7) und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten. Eine leichte Arbeit in lediglich sitzender Position befand er als während kurzer Zeit möglich zumutbar (S. 8). Er erkannte schliesslich keine fehlerhafte Stellung des Transplantats, abgesehen von einer leicht zu steilen Position, welche indes nicht für den Verlauf verantwortlich sei (S. 9).

3.3.4 Die Ärzte der MEDAS I. ___ berichteten in ihrem Gutachten vom 7. August 2007 (Urk. 12/99) von anlässlich der internistischen und orthopädischen Untersuchung geklagten Schmerzen im rechten Bein, Rückenschmerzen und beginnenden Beschwerden im linken Bein, weswegen der Beschwerdeführer ständig die Position wechseln musste (S. 28 f.). Sie führten aus, die objektivierbaren Befunde ständen in keinem ausreichend nachvollziehbaren Zusammenhang zu den massiven Beschwerden, die der Beschwerdeführer beklage. Das demonstrative Verhalten bei der Untersuchung (demonstratives Hinken, aktives Gegenarbeiten bei Untersuchungsmanöver, S. 29) mache eine Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit schwierig. Die objektivierbaren Befunde begründeten eine eingeschränkte Belastbarkeit der Kniegelenke bei häufigem Steigen und beim Tragen schwerer Lasten. In psychiatrischer Hinsicht erkannten die Gutachter keine Erkrankung von versicherungsrechtlicher Relevanz, namentlich verneinten sie das Vorliegen einer somatoformen Störung trotz Diskrepanzen zwischen körperlichen Befunden und subjektiven Beschwerden (S. 30).

Die Gutachter beschrieben aus polydisziplinärer Sicht einen ungewöhnlichen Verlauf eines durch mehrfache Stürze und durch degenerative Veränderungen bedingten Kniegelenkbinnenschadens rechts mit mehrfachen Arthroscopien, Meniskus-Teilresektionen, einer vorderen Kreuzbandplastik wegen partieller Ruptur und ausbleibender Besserung der Schmerzsymptomatik, in den letzten Jahren mit Schmerzgeneralisierungstendenz. Ausserdem beständen jetzt auch beginnende degenerative Veränderungen im Kniegelenk links. Die bereits in früheren Gutachten und auch bei der aktuellen Untersuchung festgestellte Diskrepanz zwischen Intensität der Symptomatik sowie objektivierbaren Befunden und dem Krankheitsverhalten des Beschwerdeführers wiesen auf psychische und Verhaltensfaktoren beim vorliegenden Beschwerdekomples hin (S. 31).

Sie diagnostizierten eine initiale und retropatellare Arthrose im rechten Kniegelenk bei Status nach dreifacher Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns, bei Status nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion im rechten Kniegelenk, eine Gonalgie links bei Verdacht auf degenerative, mediale Meniskushinterhornläsion, chronische Lumbalgien unklarer Ätiologie sowie persistierende Bewegungseinschränkungen im rechten Ellbogengelenk bei Status nach

traumatischer Läsion (ca. 1978). Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie unter anderem psychische Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54, S. 25).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, gesamthaft müssten Einschränkungen für die angestammte Tätigkeit (schweres Heben und Tragen, häufiges Steigen und Arbeiten im Knien) festgestellt werden, andere Arbeiten seien aus polydisziplinärer Sicht uneingeschränkt zumutbar. Die abweichenden Ansichten seien mit persistierenden und auch in Ruhe vorhandenen Schmerzen, Schmerzintensität und subjektiven Einschränkungen erklärt worden. Dies sei nicht durch eine Schmerzchronifizierung im Rahmen der körperlichen Erkrankungen und auch nicht durch eine krankheitswertige psychische Störung zu begründen, sondern vielmehr Folge eines unangünstigen Symptom- und Bewältigungsverhaltens mit dem vom Beschwerdeführer teils direkt, teils indirekt geäußerten Ziel der weiteren Entlastung und einer besseren materiellen Absicherung (S. 31).

E. 4

4.1 In Bezug auf die erstmalige Rentenzusprache (ganze Rente ab 1. September 1998 und halbe Rente ab 1. September 1999, Urk. 12/28/3-4) ist festzuhalten, dass die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 1998 nicht zweifellos unrichtig war: Nach der Operation durch Dr. B. am 17. Oktober 1997 (vorderer Kreuzbandersatz mit Ligamentum patellae Transplantat, Teilresektion des medialen Meniskushinterhorns, Urk. 12/3/121) kam es zu Schwellungen im Knie (Urk. 12/3/112), weshalb in Juni 1998 eine MRI-Untersuchung durchgeführt wurde und der SUVA-Kreisarzt im Juli 1998 (Urk. 12/3/62-63) eine Beurteilung durch die Uniklinik C. (vom Januar 1999, Urk. 12/3/85) veranlasste. In dieser Phase war noch nicht klar, was die Ursache für das Schmerzleiden und inwieweit dem Beschwerdeführer eine Arbeitstätigkeit zumutbar war. Hierzu mussten verschiedene medizinische Abklärungen vorgenommen werden. Bei dieser Aktenlage ist die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit - wenn auch nicht ohne Weiteres nachvollziehbar - jedenfalls nicht zweifellos unrichtig.

E. 4.2

4.2.1 Ab Mitte 1999 ergibt sich eine andere Situation: Die SUVA sprach dem Beschwerdeführer mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 31. Mai 1999 ab 1. Juli 1999 gestützt auf einen Erwerbsunfähigkeitsgrad von 25 % eine entsprechende Invalidenrente zu (Urk. 12/3/38-41). Dabei ging sie von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer dem Knieleiden angepassten Tätigkeit aus (sitzend auszuführende Tätigkeit mit kurzen Steh- und Gehphasen auf ebener Unterlage ohne Arbeiten auf Leitern, Treppen und Gerüsten, ohne Heben schwerer Lasten sowie ohne Arbeiten in Kauerstellung oder in kniender Position, vgl. Urk. 12/3/38-40 S. 2).

Da die Rentenverfügung der Beschwerdegegnerin nachher ergangen ist, wäre sie rechtsprechungsgemäss verpflichtet gewesen, eine Koordination mit der Unfallversicherung durchzuführen.

4.2.2 Dr. med. E. von der Beschwerdegegnerin hielt am 20. Dezember 1999 (Urk. 12/25/1) hierzu fest, zusätzlich zu den unfallbedingten Beschwerden (im rechten Knie) leide der Beschwerdeführer an einem Asthma, was die Arbeitsfähigkeit indes nicht dauernd beeinträchtige. Daneben bestehe eine Handgelenksproblematik. Aus reiner

Unfallsicht sei die Bewertung einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit zu hart, einer bloss 50%igen indes zu mild. Unter Berücksichtigung der Zusatzfaktoren leuchte eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit ein. Hierbei handle es sich nur um eine subjektive Interpretation anhand des Dossiers.

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten der Uniklinik C.____ vom 26. Oktober 2000 (Urk. 12/41) bestätigte dann den Verdacht auf eine relevante Einschränkung durch eine Handgelenksproblematik nicht. Wohl konstatierten die Gutachter eine herabgesetzte Kraft bei der Extension der Endphalanx am linken Daumen nach einer lange zurück liegenden Sehnennaht des Extensor pollicis longus an der linken Hand, schlossen hieraus aber nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit, was denn auch nicht nachvollziehbar wäre.

4.2.3 Damit steht fest, dass sowohl der Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung als auch der Beschwerdegegnerin einzig die Unfallfolgen zugrunde zu legen sind, welche sich in der Problematik des rechten Knies erschließen. Hierzu legte nun SUVA-Kreisarzt Dr. D.____ am 12. Februar 1999 (Urk. 12/3/78-82) einlässlich dar, weshalb dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist, was er am 23. Mai 2000 (Urk. 12/3/3-7) bestätigte.

Diese Einschätzung sowie die Invaliditätsbemessung durch den Unfallversicherer ist nach dem Gesagten grundsätzlich verbindlich für die Beschwerdegegnerin. Insbesondere basierten sie nicht auf einem Vergleich, sondern im Gegenteil auf einer kritischen Würdigung der medizinischen Aktenlage und der erwerblichen Umstände. In diesem Sinne kann weder von einem Rechtsfehler noch von einer nicht vertretbaren Ermessensausübung gesprochen werden. Während Dr. D.____ mittels Belastungsprofil einlässlich dargelegt hatte, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer noch zumutbar sind, und dies medizinisch nachvollziehbar begründet hat, erweist sich die Einschätzung der Ärzte der Uniklinik C.____ (bloss 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit) nicht als schlüssig begründet. So verwiesen die Ärzte auf die Berücksichtigung "aller pathologischer Befunde" sowie auf Schmerzen auch in sitzender Position wegen des retropatellären Knorpelschadens unter Darlegung des Umstandes, dass die objektivierbaren pathologischen Befunde die Schwere der Symptomatik nicht vollständig erklären könnten. Dies überzeugt bei Fehlen einer kritischen Auseinandersetzung mit den bloss subjektiv vorgetragenen Beschwerden und Verhaltensweisen nicht.

4.2.4 Damit steht fest, dass die ab 31. Mai 1999 (bzw. allenfalls nach Abwarten der Dreimonatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) erfolgte Rentenzusprache zweifellos unrichtig war und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Angesichts der (formell) rechtskräftigen Invaliditätsschätzung von 25 % durch die Unfallversicherung war es der Beschwerdegegnerin verwehrt, die medizinische Aktenlage ohne Not anders zu gewichten und vom rechtskräftig verhängten Ergebnis abzuweichen. Die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Rente sind damit gegeben.

E. 4.3

4.3.1 Zu den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen, rentenaufhebenden Verfügung am 10. Dezember 2007 ergibt sich Folgendes:

Die Gutachter der MEDAS gingen in ihrer Expertise vom 7. August 2007 (Urk. 12/99) von einer nach wie vor vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit aus. Das Gutachten entspricht in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, äussert es sich doch klar und differenziert zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weiter beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen in orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht und wurden eigens aktuelle Röntgenbilder angefertigt. Das Gutachten berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben, und die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann. So ist es ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer mit seinen objektivierbaren Beschwerden am rechten Knie keiner schweren Tätigkeit mehr nachgehen und insbesondere seine zuletzt ausgeübte Arbeit als Gipser nicht mehr ausüben kann. Ebenso nachvollziehbar ist hingegen, dass der Beschwerdeführer eine vorwiegend sitzende Tätigkeit noch vollzeitlich verrichten kann. In diesem Zusammenhang wiesen denn die Gutachter namentlich auf die Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den geklagten Beschwerden hin, auf demonstrative Verhaltensweisen und auf den Wunsch des Beschwerdeführers nach höherer Berentung (Urk. 12/99 S. 31)

4.3.2. Demgegenüber kann auf die Einschätzung der Gutachter der G. Klinik nicht abgestellt werden. Die Ärzte stützten ihr Attest (praktisch vollständige Arbeitsunfähigkeit) hauptsächlich auf die These einer unkorrekt platzierten Kreuzbandplastik (Urk. 12/69/3-13), was sich als falsch herausstellte (Urk. 12/82/3-11). Demgemäss ist nicht nachvollziehbar dargetan, dass der Beschwerdeführer auch in sitzender Position an derartigen Schmerzen leidet, dass ihm eine Arbeitstätigkeit gar nicht mehr zumutbar wäre.

Erstaunen löst sodann die zu Händen des Beschwerdeführers verfasste Beurteilung des MEDAS-Gutachtens durch die G. Klinik vom 30. Oktober 2007 (Urk. 12/110) aus. Soweit ungenügende Erhebungen behauptet werden, kann dem nicht gefolgt werden, zeichnet sich doch das Gutachten gerade durch umfassend getätigte Abklärungen aus. Die Kritik an der Schilderung eines demonstrativen Hinkens entbehrt sodann jeglichen Grundlagen, imponierte doch der Beschwerdeführer offenbar derartig und waren ja die Ärzte der G. Klinik bei den Untersuchungen der MEDAS nicht dabei und können sie deshalb auch keine Stellung hierzu nehmen. Im Gegenteil zeichnet sich die G. Klinik durch eine ausgesprochen kritiklose Haltung gegenüber dem Beschwerdeführer aus, was angesichts der jahrelangen Krankengeschichte und den immer wieder anzutreffenden Hinweisen auf Ausweitungstendenzen als wenig objektiv erscheint, zumal ohne Weiteres eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert wird, was in dieser Form nicht nachvollziehbar ist und auch von keinem anderen Arzt so bestätigt wurde. Grund hierfür könnte der Einbezug von invaliditätsfremden Komponenten in die Beurteilung sein (mangelnde Schulbildung, Urk. 12/69/3-13 S. 9).

4.3.3. Dr. L. von der Uniklinik C., welcher auch eine leichte Arbeit nur noch während kurzer Zeit täglich als zumutbar erachtete, berücksichtigt in seiner

6.1. Da die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht erfüllt sind, ist Rechtsanwalt Urs Christen, Zürich, in Gutheissung des Gesuches vom 22. Januar 2008 (Urk. 1 S. 2) als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen und ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 17. April 2009 (Urk. 14/2) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung auf Fr. 1'061.65 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

6.2. Das Verfahren ist für den unterliegenden Beschwerdeführer gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen, zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.3. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 der Zivilprozessordnung (ZPO) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht beschliesst:

In Gutheissung des Gesuches vom 22. Januar 2008 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und es wird ihm Rechtsanwalt Urs Christen, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Urs Christen, Zürich, wird mit Fr. 1'061.65 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Urs Christen
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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, 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.