

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00800 vom 29. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00800

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00800 du 29 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00800 del 29 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) und den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachstehenden Ergänzungen, verwiesen werden.

1.2 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung 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 Gesundheitszustands) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföhrung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C_562/2008, Erw. 2.1 mit Hinweis).

1.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.4. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

E. 2

2.1. Strittig ist die revisionsweise Anpassung der bisher ausgerichteten Viertelsrente, wobei namentlich zu präzisieren ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verschlechtert respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat. Für die Beurteilung der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, wird der Sachverhalt zur Zeit der strittigen Verfügung (hier: Juni 2008) verglichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (per Februar 2003) bestanden hat.

2.2. Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung - insbesondere gestützt auf das Z. ___-Gutachten - davon aus, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen sei und weiterhin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Sie stellte einem Valideneinkommen von Fr. 63'780.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 36'996.-- gegenüber und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 42 % (Urk. 2 S. 2 oben).

2.3. Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, das Z. ___-Gutachten sei unvollständig und für eine Entscheidungsfindung nicht tauglich (S. 3 Ziff. 4). Im Gutachten fehle eine nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Berichten von Prof. A. ___ und Dr. B. ___ (S. 2 Ziff. 2), und der Problematik im Zusammenhang mit dem linken Auge werde keine Beachtung geschenkt (S. 5 Ziff. 6). Bereits die Annahme einer Einschränkung von 30 %, verbunden mit der Gewährung eines Leidensabzuges von 25 %, führe zur Zusprechung einer halben Rente (S. 5 Ziff. 7).

E. 3

3.1. Medizinische Grundlage für die ursprüngliche Rentenzusprache waren die folgenden Berichte (vgl. Urk. 7/25):

3.2. Dr. med. C. ___, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte im Bericht vom 8. September 2003 (Urk. 7/15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 lit. A):

- chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 links bei
- Status nach Diskushernienoperation am 30. April 2002
- zirkuläre Bandscheibenprotrusion L4/5 mit beidseitigen Spondylarthrosen
- Visusstörung bei Reflektionsveränderung und Status nach Keratoplastik linkes Auge

Dr. C. ___ bezifferte die Arbeitsunfähigkeit für den zuletzt ausgeübten Beruf vom 12. Mai 2003 bis auf weiteres mit 100 % (S. 1 lit. B). Sie führte aus, der Beschwerdeführer sei vom rheumatologischen Status her limitiert belastbar, insbesondere langes Stehen oder Sitzen, aber auch Arbeiten in nach vorne gebeugter Körperposition seien ihm nicht zumutbar (S. 2 lit. D.7). Eine ruckschonende Arbeit ohne Heben und Tragen schwerer Lasten sei im Umfang von 30 % bis 40 % möglich (S. 2 lit. D.7; S. 4 Mitte). Die deutliche Visusverschlechterung des linken Auges führe zur

zusätzliche Einschränkung der Arbeitsmöglichkeiten (S. 2 lit. D.7).

3.3 Dr. med. D.____, Augenärztin FMH, führte im Bericht vom 3. Februar 2004 (Urk. 7/16/3-5) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, sie habe den Beschwerdeführer einmalig wegen einer Bagatelle gesehen und sei ansonsten nicht weiter informiert (S. 2 lit. D.7). Sie gab an, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei dort gegeben, wo der Beschwerdeführer auf binokulare Fähigkeiten angewiesen sei. Auch bei Tätigkeiten mit schwerer körperlicher oder sehr staubiger Arbeit sei wegen des Hornhauttransplantats Vorsicht geboten (S. 3).

3.4 In den Berichten der Augenklinik des Universitätsspitals J.____ vom 11. Februar 2004 (Urk. 7/18; Urk. 7/19) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde als Diagnose ein Status nach perforierender Keratoplastik links im November 1997 genannt (S. 1 lit. A). Weiter wurde angegeben, aus ophthalmologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der Annahme, dass ein nicht pathologisches Gesichtsfeld bestehe. Eine Einschränkung bestehe für Arbeiten in stark staubiger Umgebung sowie für Tätigkeiten, die gesetzlich einen vollen Visus erfordern oder die ein volles Stereosehen bei Bedienung von selbst- oder fremdbetriebenden Maschinen/Tätigkeiten verlangen würden (Urk. 7/19 S. 2).

3.5 Im Bericht des Neuroradiologischen und Radiologischen Instituts der Klinik E.____ vom 27. April 2004 (Urk. 7/21/2-3) wurde angegeben, die Röntgenaufnahmen des linken Knies hätten eine initiale medialbetonte Gonarthrose gezeigt (S. 2). Die Magnetresonanztomographie des Knies habe eine beginnende Varusgonarthrose und eine Präarthrose femoropatellär und diejenige der LWS einen Status nach Diskushernienoperation links L5/S1 ohne derzeit Nervenwurzelkompression ergeben (S. 1 unten).

3.6 Dr. C.____ nahm im Bericht vom 12. Mai 2004 (Urk. 7/21/1) Bezug auf die aktuellen radiologischen Befunde und hielt fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich wesentlich verschlechtert und er sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. In letzter Zeit seien vermehrt Rückenschmerzen aufgetreten und es beständen Anlaufschmerzen und belastungsabhängige Schmerzen des linken Knies.

3.7 Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, erstellte am 7. Juni 2004 ein Gutachten (Urk. 7/23), welches auf seinen eigenen Untersuchungsbefunden sowie den vorhandenen Akten basierte. Er nannte die folgenden Diagnosen (S. 5 Ziff. 4):

- chronisches lumbospondylogenes Syndrom links
- Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 links am 30. April 2002
- Gonarthrose links, reizlos
- sekundäre Symptomausweitung
- Visusstörung und Überempfindlichkeit des linken Auges
- Status nach Keratoplastik November 1997

Dr. F.____ führte aus, ein radikales Schmerzsyndrom sei zurzeit nicht nachweisbar, auch kein sicheres neurologisches Defizit. Unübersehbar sei indessen die sekundäre Symptomausweitung mit der typischen vollständigen Fixierung auf die

Schmerzen und der Beteuerung des Beschwerdeführers, er würde gerne arbeiten, wenn er nur könnte (S. 5 Ziff. 4.1).

Für die schwere Hilfsarbeit bei der Y. attestierte Dr. F. dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine leichtere wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit, abwechselnd zu gehen, zu stehen und zu sitzen, und ohne die Anforderung, Lasten über 10 bis 15 kg wiederholt zu heben, sei ihm aus rheumatologischer Sicht anfangs im Umfang von 50 % und nach Angewöhnung nach längerer Arbeitsunfähigkeit von 80 % zumutbar. Die leichte Einschränkung sei begründet durch das langsamere Arbeitstempo und die Notwendigkeit der vermehrten Entlastung zur Vermeidung von Dekompensationserscheinungen am Bewegungsapparat (S. 6 Ziff. 5).

Gestützt auf diese Berichte ging die Beschwerdegegnerin von einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 80 % aus (vgl. Urk. 7/25 S. 3) und sprach dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 42 % eine Viertelsrente ab Februar 2003 zu (Urk. 7/33).

E. 4

Die im Rahmen des durch den Beschwerdeführer im Juni 2007 veranlassten Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 7/51) eingegangenen Arztberichte geben über seinen Gesundheitszustand folgendes Bild:

Dr. C. nannte im Überweisungsschreiben vom 29. Januar 2007 (Urk. 7/59/26) folgende Diagnosen:

- chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei Status nach Diskushernienoperation mit narbigen Geweben und Protrusion L5/S1
- myofaszielles Schmerzsyndrom Schultergürtel/Nacken
- Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung
- Varusgonarthrose links
- linkes Auge Status nach perforierender Keratoplastik 1997 mit vermindertem Visus

Dr. C. führte aus, die zahlreichen medikamentösen und physikalischen Therapien hätten bis jetzt keine wesentliche Besserung der Schmerzen gebracht, auch durch die Chronifizierung seien die Möglichkeiten sehr eingeschränkt.

Im Röntgeninstitut G. wurde eine Magnetresonanztomographie der LWS durchgeführt. Im Bericht vom 31. Januar 2007 (Urk. 7/59/25) wurde festgehalten, es habe sich eine im Vordergrund stehende, kleine mediolinkslaterale Rezidivhernie in Höhe LWK5/S1 sowie umgebendes kontrastmittelaufnehmendes peridiskales epidurales Narbengewebe mit geringer kombinierter diskaler und narbig bedingter S1-Nervenwurzelkompression links gezeigt. Ausserdem liege eine geringe mediobilaterale Diskusprotrusion in Höhe LWK4/5 vor, wobei hier keine Nervenwurzelkompression bestehe.

Prof. Dr. med. A., Facharzt FMH für Anästhesiologie, nannte im Bericht vom 23. Februar 2007 (Urk. 7/50/1-2 = Urk. 7/59/33-34) als Diagnose ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom (S. 2 Mitte). Er führte aus, der Beschwerdeführer klage seit Jahren über Rückenschmerzen im lumbalen Bereich

mit Ausstrahlung in das linke Bein. Zusätzlich beständen Schmerzen im Nackenbereich. Es bestehe ein Status nach Diskushernie-Operation im Jahre 2002 mit einer gewissen Verbesserung der Schmerzsymptomatik nach der Operation. Die aktuellen Schmerzen seien immer vorhanden, die Intensität sei variabel. Die Schmerzen würden sich beim Gehen, bei längerem Stehen und bei körperlicher Aktivität verstärken. Weiter beständen schmerzbedingte Schlafstörungen (S. 1 Mitte).

Bei Beschwerden der gefundenen Intensität könne von einer Chronifizierung gesprochen werden. Eine spontane Zurückbildung der Schmerzen sei nicht zu erwarten. Für eine schwerere körperliche Arbeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine behinderungsangepasste, wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % (S. 2 unten).

4.5 Med. pract. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verwies in seinem Bericht vom 5. Juni 2007 (Urk. 7/50/3) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vorab auf seinen früheren Bericht vom 13. Mai 2005 (Urk. 7/59/30-31). Darin hatte er eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichte bis mittelschwere agitiert-depressive Störung im Sinne einer Anpassungsreaktion diagnostiziert. Die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten, leichten Erwerbstätigkeit hatte er aus psychiatrischer Sicht auf maximal 50 % geschätzt. Unter Einbezug der ophthalmologischen Problematik war er von einer noch größeren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen (S. 2 unten).

Im Bericht vom 5. Juni 2007 (Urk. 7/50/3) gab med. pract. B.____ an, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Dezember 2004 bei ihm in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. Unter der im Januar 2005 eingeführten antidepressiven Medikation wirke er viel ruhiger, weniger angespannt und raste deutlich weniger aus. Die beklagten Schmerzen hätten durch die Medikation nicht wesentlich beeinflusst werden können. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung habe lediglich einen stabilisierenden Effekt. Nach wie vor schätze er die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten, leichten Erwerbstätigkeit im Rahmen von maximal 50 %.

4.6 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten der Ärzte des Z.____ vom 10. Dezember 2007 (Urk. 7/59) basierte auf einer orthopädischen und einer psychiatrischen Untersuchung, einer internistischen Besprechung sowie den vorhandenen Akten. Die begutachtenden Ärzte nannten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 5.1):

- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik
- kleine Rezidivhernie L5/S1 und Diskusprotrusion L4/5, klinisch und MR-tomographisch ohne sichere Neurokompression
- Status nach Diskushernien-Operation L5/S1 links am 30. April 2002
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode vom agitierten Typus
- beginnende degenerative Veränderungen Knie links, aktuell weitgehend beschwerdefrei
- Status nach Arthrotomie etwa 2000
- Verdacht auf leichtgradiges subakromiales Impingement Schulter links

- klinisch keine Hinweise für eine relevante Rotatorenmanschetten-Läsion

Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer könne ein Zustand mit Unruhe, Unkonzentriertheit, Logorrhoe und leichter Angetriebenheit beobachtet werden. Der Zustand könne jedoch unter der gegenwärtigen Medikation als mindestens teilweise remittiert bezeichnet werden. Der Zustand des Beschwerdeführers erscheine medikamentös gut eingestellt, was durch den aktuellen Serumspiegel bestätigt werde. Er sei in der Lage, Auto zu fahren (S. 13 Ziff. 4.1.4). Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der weitgehend remittierten und nur noch leichten rezidivierenden depressiven Stimmung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % attestiert werden. Der Beschwerdeführer sei insbesondere durch seine Unruhe und Agitiertheit in seiner Konzentrationsfähigkeit etwas behindert. Verglichen mit den Rückenschmerzen scheine die psychische Problematik nicht im Vordergrund zu stehen. Der Beschwerdeführer habe sich über Jahre in einer doppelten beruflichen Tätigkeit verausgabt. Eine schwere psychische Stimmung liege nicht vor (S. 13 Ziff. 4.1.5).

Aus orthopädischer Sicht könne gesagt werden, dass sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden ausschließlich der Untersuchung nur zu einem kleinen Teil hätten objektivieren lassen. An der lumbalen Wirbelsäule bestehe aufgrund des postoperativen Zustandes zwar eine etwas verminderte Belastbarkeit und rein aufgrund der Bildung sei auch ein von der Nervenwurzel S1 ausgehender Restschmerz denkbar, doch erkläre sich durch diesen Befund mit Sicherheit nicht eine Ausbreitung der Beschwerdesymptomatik auf die gesamte linke Körperhälfte. Auch an der linken Schulter seien die Einschränkungen in abgelenkter Situation nur geringgradig, was doch erheblich mit den Schmerzangaben bei expliziter Untersuchung kontrastiere. Entsprechend müsse davon ausgegangen werden, dass sich auf dem Boden einer ursprünglich klar abgrenzbaren, organischen Problematik mittlerweile relevante nichtorganische Faktoren aufgepfropft hätten, die das aktuelle Beschwerdebild weitgehend dominieren würden (S. 18 f. Ziff. 4.2.4). Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit, da hohe Belastungen aufgrund der degenerativen und postoperativen Veränderungen an der unteren Wirbelsäule zu einer nicht zumutbaren Schmerzprovokation führen könnten. Für körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglimite von 10 kg, die keine dauernden Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule und keine repetitiven Nackenbewegungen der Arme beinhalteten, bestehe eine zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 4.2.5).

Zusammenfassend bestehe in der angestammten Tätigkeit seit Ende Februar 2002 bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten bestehe eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % bei ganzjährig mäßiger Präsenz mit etwas reduziertem Rendement (S. 23 Ziff. 6.9). Im Vordergrund der Empfehlungen stehe unbedingt eine deutlich vermehrte Aktivierung des Beschwerdeführers, idealerweise durch die rasche Wiederaufnahme einer körperlich angepassten Tätigkeit. Auf psychiatrischer Ebene sei die Fortführung der aktuellen Behandlung sicher sinnvoll, wenngleich es zweifelhaft sei, ob sich dadurch die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers beeinflussen lasse (S. 23 Ziff. 6.7).

E. 5

5.1 Aus den medizinischen Berichten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit wie auch in allen anderen körperlich schweren Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig ist.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit finden sich in Bezug auf die aktuelle Situation folgende Beurteilungen: Prof. A. ___ bescheinigte dem Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Med. pract. B. ___ bezifferte die Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten, leichten Erwerbstätigkeit aus psychiatrischer Sicht mit maximal 50 %. Die Ärzte des Z. ___ nannten aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 %, aus orthopädischer Sicht stellten sie für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten eine zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit fest.

5.2 Prof. A. ___ nannte in seinem Bericht neben der Diagnose, zu welcher weitere Ausführungen fehlen, insbesondere die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden. Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist mangels Begründung nicht nachvollziehbar. So sah Prof. A. ___ die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 60 % offenbar aufgrund der Schmerzproblematik, führte dies indessen nicht näher aus. Vor diesem Hintergrund erweist sich die Kritik des Beschwerdeführers, dass im Gutachten eine Auseinandersetzung mit den Feststellungen von Prof. A. ___ unterblieben sei (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2 und S. 3 f. Ziff. 5), als unbehelflich.

Auch med. pract. B. ___ vermochte keine Begründung für die von ihm festgestellte 50%ige Arbeitsfähigkeit anzuführen. Zum Beweiswert des Berichtes von med. pract. B. ___ ist überdies festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2004 bei ihm in Behandlung steht (vgl. Urk. 7/50/3) und somit zwischen ihm und dem Beschwerdeführer eine vergleichbare Vertrauenskonstellation besteht wie zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten.

Die Ärzte des Z. ___ nahmen im Rahmen ihres Gutachtens zum Bericht von med. pract. B. ___ Stellung und führten aus, diagnostisch könne dieser Bericht insofern bestätigt werden, als eine depressive Störung mit vorwiegend agitiertem Verhalten vorherrsche. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % erscheine jedoch als zu hoch. Es bestehe eine weitgehende, aber nicht vollständige Remission unter der Behandlung. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, ein Auto zu lenken, und mache regelmäßig Ferien. Die Libido sei nicht beeinträchtigt. Nach Einschätzung des psychiatrischen Gutachters würde sich die Gesamtsituation des Beschwerdeführers verbessern, wenn seine überschüssigen Energien durch eine Arbeit abgelenkt und kanalisiert würden. Die Konzentrationsstörung und innere Unruhe erlaubten eine höchstens 20%ige Einschränkung (Urk. 7/59 S. 13 f. Ziff. 4.1.7).

An der Begutachtung durch das Z. ___ waren ein Facharzt für Innere Medizin, ein Facharzt für Orthopädische Chirurgie sowie ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie beteiligt. Die Expertise der Ärzte des Z. ___ setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt erscheint das Gutachten nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Soweit med. pract. B. ___ und Prof. A. ___ von einer höheren Arbeitsunfähigkeit des

Beschwerdeführers ausgingen, vermögen diese Einschätzungen die eingehend begründeten spezialärztlichen Untersuchungsergebnisse der Ärzte des Z. ___ nicht zu entkräften.

5.2 Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, im Gutachten werde der Pro-blematik mit dem linken Auge überhaupt keine Beachtung geschenkt (Urk. 1 S. 3 und S. 5), ist festzuhalten, dass im Rahmen der Begutachtung in der Tat keine diesbezügliche Abklärung stattfand. Gemäss den früheren Berichten bestand aufgrund der Augenproblematik zwar eine Einschränkung für einzelne Berufe, eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde jedoch nicht festgestellt. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sich in Bezug auf das linke Auge eine Veränderung ergeben hätte. Auch der Beschwerdeführer machte dies nicht geltend. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass betreffend Augenproblematik im Wesentlichen noch derselbe Zustand besteht wie bei der ursprünglichen Rentenzusprache.

5.3 Somit kann in Bezug auf die aktuelle Situation auf das Gutachten der Ärzte des Z. ___ abgestellt werden, welche zum Schluss kamen, dass für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten aus interdisziplinärer Sicht eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % besteht.

5.4 Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen ist nicht erforderlich.

5.3 Im Vergleich mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache zeigt sich zusätzlich eine psychiatrische Problematik. Den aktuellen medizinischen Berichten lässt sich die Diagnose einer leichten bis mittelschweren agitiert-depressiven Störung respektive einer rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig leichter Episode vom agitierten Typus entnehmen. Aufgrund der psychiatrischen Problematik ergibt sich gemäss Z. ___-Gutachten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Demnach ist von einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zum ursprünglichen Sachverhalt auszugehen. Aus somatischer Sicht ergibt sich im Hinblick auf die Diagnosen keine wesentliche Veränderung, hingegen wurde aktuell eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten festgestellt. Gesamthaft liegt indessen wie bisher in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor.

5.4 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - im Vergleich mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache - zwar verändert hat, jedoch in Bezug auf die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit keine Änderung eingetreten ist. Damit erbringt sich ein Einkommensvergleich.

5.5 Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6. Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die

Gerichtskasse zu nehmen.

7. Mit Honorarnote vom 29. März 2010 machte Rechtsanwalt Michael Ausfeld einen Aufwand von 9 Stunden 20 Minuten und Barauslagen von Fr. 38.50 (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend (Urk. 13), was angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Falles angemessen erscheint. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- ist der unentgeltliche Rechtsvertreter somit mit Fr. 2'049.95 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich, wird mit Fr. 2'049.95 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld
- 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.