

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00107 vom 26. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00107

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00107 du 26 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00107 del 26 novembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung, 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 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche 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 130 V 445 Erw. 1.2.1, 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Entsprechend ist für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen abzustellen. Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person

bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.4 Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das

angewandt wurden, nicht aber, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (beispielsweise Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2010, 9C_845/2009, Erw 3.2 mit Hinweisen).

Bei der Beurteilung, ob eine Wiedererwägung wegen zweifelloser Unrichtigkeit zulässig sei, ist vom Rechtszustand auszugehen, wie er im Zeitpunkt des Verfügungserlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 117 V 8, Erw. 2c mit Hinweisen).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 präferend 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 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2.1

2.1.1 Die Rentenverfügung - mit der X. eine halbe Rente zugesprochen worden war - datiert vom 22. März 2000 (Urk. 7/26) und basiert gemäss Feststellungsblatt für den Beschluss vom 29. Dezember 1999 (Urk. 7/17) auf Berichten des Hausarztes Dr. B. vom 3. Juni 1999 (Urk. 7/13) und der C. Klinik vom 8. Juni 1998 (dem Inhalt zufolge wohl: 26. Mai 1999; Urk. 7/12/6-7) sowie einem Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 16. November 1999 (Urk. 7/16).

2.1.2.2. Dem Arztbericht der C. ___ Klinik vom 26. Mai 1999 an die IV-Stelle ist die Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms links mit/bei Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform, degenerativen Veränderungen, muskulärer Dysbalance und Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung zu entnehmen (Urk. 7/12/4). Der Versicherte sei bei länger dauerndem Verharren in gleicher Position (Stehen, Sitzen), Gewichtsbelastungen über 10 kg repetitiver Art und bei Arbeiten in oberkörperverdrehen Positionen eingeschränkt. Diese Einschränkungen würden sich als Restaurantbesitzer mit der Möglichkeit der Delegation schwerer Arbeiten zu 50 % auswirken. Wegen dieser aktuell 50%igen Arbeitsfähigkeit, soweit kompensierten Verhältnissen und des Alters des Versicherten sei eine Umschulung wohl nicht opportun. Diesem sei seine angestammte Tätigkeit, die dank der Möglichkeit der Delegation schwerer Arbeiten als ideal erachtet werde, seit Mai 1996 ganztags zu 50 % zumutbar (Urk. 7/12/2+6).

2.1.3. Dr. B. ___, bei dem der Versicherte seit 23. Juni 1998 in hausärztlicher Behandlung steht (Urk. 7/13/2), führte bei den Diagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms links mit/bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, degenerativen Veränderungen (Osteochondrose L5/S1) sowie Schmerzverarbeitungsstörung, einer Thalassämia minor und eines MIPHS links am 3. Juni 1999 zuhanden der IV-Stelle aus, der Beschwerdeführer sei insbesondere durch die linksseitigen Beinschmerzen im Alltag stark behindert. Der Arbeit als Gerant und Kellner eines Restaurants könne er seit 18. Juni 1997 nur noch zu 50 % nachgehen. Dadurch, dass er einen Angestellten mehr eingestellt habe und nun vorwiegend Kontrollfunktionen übernehme, sei ihm seines Erachtens [Dr. B. ___s] in Zukunft eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (Urk. 7/13/3).

2.1.4. Im Bericht betreffend Selbständigerwerbende vom 16. November 1999 erklärte die Abklärungsperson, ihres Erachtens sei maximal eine halbe Rente im aufgrund der Einschränkungen und unter Einbezugnahme der Geschäftsabschlussse berechneten Ausmass von 59% (Valideneinkommen Fr. 45'500.-- / Invalideneinkommen Fr. 18'800.--) ausgewiesen (Urk. 7/16/4).

2.1.5. Zusätzlich lag der IV-Stelle zum Zeitpunkt der Rentenzusprechung ein (im Feststellungsblatt für den Beschluss nicht erwähnter) Bericht des Spitals '___', Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin (D. ___), an die C. ___ Klinik vom 8. Juni 1998 vor, der im Wesentlichen dieselben Diagnosen enthält wie derjenige der C. ___ Klinik (vgl. oben Erw. 2.1.2) und außerdem, klinisch fanden sich eine diskrete lumbal linkskonvexe Skoliose, ein Flachrücken im thoracolumbalen Übergang sowie massiv insertionstendopatische Druckdolenzen im Bereich des linken Beckenkammes sowie inerspinal tieflumbal. Neurologisch gebe es keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reizung oder Kompression. Bei der Untersuchung hätten sich drei von fünf Waddelzeichen positiv gezeigt im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung (ständige Verbalisierung der Schmerzen, massive Überreaktion mit Ausweichbewegung bei einer Untersuchung der Hüfte und eine Diskrepanz mit massiver Schmerzangabe beim Prüfen des Lasgugle im Liegen ab 30° und bei demgegenüber in abgelenkter Situation problemlos ertragener Hüftflexion von 90° mit gestrecktem Bein). Es fanden sich deutliche Anhaltspunkte für eine Symptomausweitung mit Schmerzverarbeitungsstörung, wobei Selbstverschuldungsgedanken des Patienten, der starke moralische Miteinbezug sowie der in letzter Zeit aufgetretene negative Geschäftsgang unterhaltend wirken würden (Urk.

7/12/8-9).

2.2.2.2.2 Die dem Beschwerdeführer eine ganze Rente zusprechende Verfügung vom 5. August 2002 (Urk. 7/43) basiert gemäss Feststellungsblatt für den Beschluss vom 16. Juli 2002 auf einem Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. B. ___ vom 7. Februar 2002 (Urk. 7/35) sowie einem Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 16. Juli 2002 (Urk. 7/40). Der Arztbericht enthält die Diagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms links mit/bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, degenerativen Veränderungen (Osteochondrose L5/S1) sowie Schmerzverarbeitungsstörung, einer depressiven Entwicklung, eines Status nach schwerer Pneumonie 2001 und einer Thalassämia minor. Dr. B. ___ führte aus, der Gesundheitszustand des Patienten habe sich verschlechtert. Die linksseitigen Beinschmerzen seien unvermindert und es bestehe weiterhin eine ausgeprägte Schmerzverarbeitungsstörung. Erschwerend wirke eine zunehmende depressive Entwicklung mit Adynamie, Gleichgültigkeit, Antriebs- sowie Perspektivenlosigkeit. Seit März 2001 habe der Versicherte nur noch selten und wenn, dann nur für wenige Stunden, in seinem Restaurant gearbeitet. Aufgrund des Verlaufs werde dieser wohl nie wieder in einen Arbeitsprozess eingegliedert werden können (Urk. 7/35/3-4). Im Bericht vom 16. Juli 2002 erklärte die Abklärungsperson, der Versicherte lege glaubhaft und überzeugend dar, dass er infolge der gesundheitlichen Verschlechterung seit Anfang 2001 überhaupt nicht mehr im Café-Restaurant mitarbeiten könne und auch einfachere (körperlich nicht belastende) Tätigkeiten wie Unterhaltung von Gästen sofort als Überforderung erlebe. Der Invaliditätsgrad betrage bei einem Valideneinkommen von Fr. 45'500.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 7'300.-- neu 84 % (Urk. 7/40).

E. 2.3

2.3.1.1 Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2008 betreffend Rentenaufhebung präsenzierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: Mit Bericht vom 3. September 2007 erhob der Hausarzt Dr. B. ___ zuhanden der IV-Stelle dieselben Diagnosen wie am 7. Juli 2002 (Urk. 7/52/2) und führte aus, er habe den Patienten bezüglich dessen Rückenleiden seit Jahren nicht mehr untersucht. Seit 2005 hätten lediglich noch Konsultationen wegen der Psyche und anderen allgemeininternistischen Problemen stattgefunden, zuletzt am 7. Juni 2007 (Urk. 7/52/3). Der Gesundheitszustand sei stationär, die Ressourcen des Beschwerdeführers könne er nicht beurteilen (Urk. 7/52/4).

2.3.2.2 Der Rheumatologe Dr. A. ___ untersuchte den Beschwerdeführer am 7. Mai 2008, veranlasste eine bildgebende Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS; Urk. 7/66/8) und erstattete am 7. Mai 2008 Bericht. Er erhob die arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen linksbetonter, generalisierter Schmerzen ohne ausreichend erklärende, erkennbare somatische Befunde (Formenkreis: Fibromialgiesyndrom, Panalgie, chronische Schmerzkrankheit, somatoforme Schmerzstörung) mit/bei thorako-lumbaler Fehllhaltung, Osteochondrose L5/S1, Spondylarthrosen an der distalen LWS, Diskopathien der restlichen LWS, anamnestisch lumbospondylogene Komponente links, die nicht mehr sicher abgrenzbar sei, Dekonditionierung sowie funktionelles sensibles Hemisyndrom links. Weit im Vordergrund ständen generalisierte, linksbetonte Schmerzen von Kopf bis Fuss, für die sich keine erklärenden Befunde finden liessen. Als auslösende Teilursache für das heutige Bild sei eine lumbale respektive lumbospondylogene Symptomatik denkbar. Den Beschwerden würden in erster Linie extrasomatische Ursachen zugrunde liegen, wobei

auch Hinweise auf Aggravation bestanden (Urk. 7/66/11). In Wort und Gestik sei das Verhalten des Versicherten sehr schmerzdemonstrativ gewesen. Die Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit als Café-Besitzer betrage aktuell (70) - 80 %. Die Einschränkung sei durch eine gewisse Minderbelastbarkeit des Rückens bedingt. In einer anderen Tätigkeit wäre die Arbeitsfähigkeit kaum höher, da der Versicherte die Arbeit nicht selbst einteilen könnte. Der Gesundheitszustand habe sich seit 2001 aus somatischer Sicht mutmasslich nicht verändert, allerdings würden für eine genaue Beurteilung somatische Referenzbefunde in den Akten fehlen (Urk. 7/66/12-13).

2.3.3.4.1. Der interdisziplinären Beurteilung der Dres. Z. ___ und A. ___ vom 3. Mai 2007 ist zu entnehmen, dass nach Anamnese, Radiologie und teilweise dem klinischen Befund beim Versicherten eine mässiggradige Minderbelastbarkeit der LWS vorliegt, weit im Vordergrund jedoch generalisierte Schmerzen ohne erkennbares somatisches Substrat stehen. Die somatischen (30 %) und psychosomatischen (10 %) Anteile an der Arbeitsunfähigkeit würden sich teilweise überschneiden. Es sei insgesamt, für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit, von einer etwa 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/66/14-15).

2.3.4.2. Der psychiatrische Facharzt Dr. Z. ___ untersuchte den Versicherten am 13. Mai 2008 (Urk. 7/65/1) und erhob mit Bericht vom 2. Juni 2008 die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.5), einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) und einer langen Phase von Arbeitsunfähigkeit. Bezüglich der somatoformen Schmerzstörung gelangte er zum Schluss, dass die Willensanstrengung zur Schmerzbewältigung zumutbar sei. Die psychische Komorbidität habe sich in den letzten Jahren gebessert, sie sei vorher vermutlich stärker gewesen (Urk. 7/65/8). Der Versicherte sei überrascht gewesen, einen Psychiater aufsuchen zu müssen und habe ausgeführt, nach der Aufgabe der Arbeit im Café sei er depressiv gewesen, die Verstimmungen hätten sich jedoch zurückgebildet, wobei er nie mehr ganz der Alte geworden sei. Seit Anfang 2007 gehe es ihm psychisch etwas besser (Urk. 7/65/3-4). Der Gutachter erlebte die Stimmung des Versicherten als grossteils ausgeglichen, zeitweise subdepressiv und mürrisch. Dieser sei auf die Schmerzen fixiert, habe hypochondrische Befürchtungen und es finde eine Schmerzausdehnung statt; durch mehrmaliges effektvolles Demonstrieren der Schmerzen komme der Verdacht einer Aggravation auf. Der Blutspiegel von Eflexor liege unter dem therapeutisch wirksamen Referenzbereich (Urk. 7/65/5). Die vom Hausarzt angeführte depressive Entwicklung könne nicht bestätigt werden, diese Diagnose sei gemäss der ICD-10 nicht zu erheben. Die Arbeitsfähigkeit betrage etwa 85 %, bei verbesserter medikamentöser Therapie etwa 90 % (Urk. 7/65/9).

2.3.5.1. Dr. B. ___ führte am 20. Juli 2008 zuhause des beschwerdeführerischen Rechtsvertreters aus, aufgrund der leider häufig sehr diffusen Schmerzangaben des Versicherten sei es für Dr. A. ___ naheliegend gewesen, sofort ein nicht somatisches Geschehen für die Schmerzen verantwortlich zu machen. Tatsächlich gebe der Beschwerdeführer Schmerzen an, die nicht gut erklärbar seien. Es sei bereits vor Jahren - auch durch ihn - die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung gestellt und von den Dres. A. ___ und Z. ___ bestätigt worden. Dr. A. ___ gehe jedoch in keiner Weise auf die Diagnose des lumbospondylogenen Syndroms ein, das bereits durch die C. ___ Klinik festgestellt worden und damals Grund für die Berentung gewesen sei (Urk. 7/74; Urk. 7/73/1-2).

E. 3

3.1. Währenddem die IV-Stelle im Wesentlichen gestützt auf die Gutachten und ergänzenden Stellungnahmen der Dres. Z. ___ und A. ___ von einem insofern verbesserten Gesundheitszustand des Versicherten ausgeht, als diesem seine angestammte Tätigkeit als Betreiber eines Cafés sowie jegliche andere, behinderungsangepasste Tätigkeit, neu zu 70 % zumutbar sei und infolgedessen kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 2), ist der Beschwerdeführer zusammenfassend der Ansicht, dass seit der letzten Rentenanpassung (Erhöhung der halben auf eine ganze Rente) vom 5. August 2002 keine wesentliche Besserung seines Gesundheitszustandes eingetreten und eine Revision somit nicht zulässig sei (Urk. 1).

3.2. Vergleicht man die Diagnosen zum Zeitpunkt der Rentenerhöhung (lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, degenerativen Veränderungen [Osteochondrose L5/S1] und Schmerzverarbeitungsstörung sowie depressive Entwicklung; vgl. oben Erw. 3.2) mit denjenigen zum Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 29. Dezember 2008 (lumbospondylogenes Syndrom links mit/bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, degenerative Veränderungen [Osteochondrose L5/S1] und Schmerzverarbeitungsstörung sowie depressive Entwicklung [Erw. 3.3.1]; linksbetonte, generalisierte Schmerzen ohne ausreichend erklärende, erkennbare somatische Befunde mit/bei thorako-lumbaler Fehllhaltung, Osteochondrose L5/S1, Spondylarthrosen an der distalen LWS, Diskopathien der restlichen LWS, anamnestisch lumbospondylogene Komponente links, die nicht mehr sicher abgrenzbar sei, Dekonditionierung und funktionelles sensibles Hemisyndrom links; anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie Dysthymia [Erw. 3.3.4]) lässt sich feststellen, dass sich die Diagnosen tatsächlich nicht wesentlich verändert haben. Laut Dr. B. ___ - Hausarzt und alleiniger regelmäßig behandelnder Arzt des Versicherten - ist der Gesundheitszustand des Patienten denn auch stationär.

3.3. Bezüglich der psychiatrischen Situation ist die IV-Stelle bei der Erhöhung auf eine ganze Rente im Jahr 2002 von einer Schmerzverarbeitungsstörung und einer depressiven Entwicklung ausgegangen (Urk. 7/41), womit diesbezüglich nicht von einer Verbesserung gesprochen werden kann, wenn nun - erstmals durch einen psychiatrischen Facharzt - eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Dysthymia (Dr. Z. ___) und durch Dr. B. ___ unverändert eine Schmerzverarbeitungsstörung und eine depressive Episode diagnostiziert werden. Eine Schmerzverarbeitungsstörung gehört zu den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, wobei sie psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beinhaltet. Im Unterschied zur - durch den Facharzt Dr. Z. ___ diagnostizierten - somatoformen Schmerzstörung, stellt sie lediglich eine Verhaltensauffälligkeit, aber nie ein psychisches Leiden mit Krankheitswert dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2009, 8C_567/2009, Erw. 5). Grundlage für die Schlussfolgerung von Dr. Z. ___, die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründete keine Arbeitsunfähigkeit, bildete offensichtlich die mit BGE 130 V 352 eingeleitete Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung (vgl. dazu oben Erw. 1.2), wonach eine solche nur noch unter eingeschränkten Voraussetzungen eine Invalidität bewirken kann. Diese Rechtsprechung stellt jedoch - wie vom Beschwerdeführer vorgebracht - keinen Grund

für die Aufhebung oder Herabsetzung einer laufenden Rente dar (vgl. BGE 135 V 201; Urteil des Bundesgerichts vom 14. August 2009, 9C_46/2009). Dass sich die übrigen Diagnosen geändert oder die Befunde verbessert hätten, kann den Arztberichten (vgl. Erw. 3.2; Erw. 3.3.1-3.3.5) nicht entnommen werden. Dr. A. ___ hält denn auch explizit fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Jahr 2001 aus somatischer Sicht mutmasslich nicht verändert habe.

3.3 Bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A. ___ und Dr. Z. ___ auf (70 %)-80 % handelt es sich folglich - wie vom Beschwerdeführer zu Recht vorgebracht wird - um die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes, was wie dargelegt (Erw. 1.5) unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unerheblich ist. Somit liegt kein Revisionsgrund vor, welcher die Aufhebung der bisherigen ganzen Invalidenrente rechtfertigen würde.

E. 4

4.1 Nachfolgend ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Wiedererwägung - zweifelloser Unrichtigkeit der Verfügung (Erhöhung der halben auf eine ganze Rente) vom 5. August 2002 (Urk. 7/43) und erhebliche Bedeutung der Berichtigung; siehe oben Erw. 1.5 - erfüllt sind und die Verfügung vom 29. Dezember 2008 mit dieser substituierten Begründung zu schätzen ist. Der Beschwerdeführer liess bezüglich einer Wiedererwägung ausführen, die Beschwerdeinstanz könne die Verwaltung nicht zu einer solchen zwingen; vielmehr stehe dem Versicherungsträger das alleinige Ermessen zu, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen (Urk. 17 S. 1 f.). Dr. A. ___ stelle im übrigen die durch Dr. B. ___ (mit Bericht vom 3. Juni 1999) und die C. ___ Klinik (Bericht vom 26. Mai 1999) festgestellten Gesundheitsstörungen, gemäss denen sich einzig das lumbospondylogene Schmerzsyndrom limitierend ausgewirkt habe, in seinem Gutachten vom 7. Mai 2008 nicht in Frage. Er gewichte indessen die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anders, was nicht ausreiche, um den Rentenentscheid wiedererwägungsweise aufzuheben. Selbst eine unzutreffende Ermessensbetätigung durch die Spezialisten der C. ___ Klinik würde nicht ausreichen (Urk. 17 S. 5). Hinzu komme, dass Dr. A. ___ den Beschwerdeführer nicht allseitig untersucht habe, weshalb dessen Gutachten mangelhaft sei und somit per se ungeeignet, den Nachweis für die zweifelloser Unrichtigkeit eines rechtskräftigen Entscheids zu erbringen; und auch dem psychiatrischen Gutachten Dr. Z. ___s könne - wie bereits ausgeführt - kein Beweiswert zugemessen werden (Urk. 17 S. 6).

4.2 Bezüglich des formellen Vorbringens des Versicherten ist auf BGE 125 V 368 zu verweisen, in welchem Entscheid sich das Bundesgericht ausführlich mit der Rechtsfigur der substituierten Begründung der Wiedererwägung auseinandergesetzt hat und ausführte, der Umstand, dass der Richter eine Verfügung auf Beschwerde hin mit einer gegenüber der Verwaltung abweichenden Begründung schätze, Ausfluss des Grundsatzes sei, wonach er das Recht von Amtes wegen anzuwenden habe (Erw. 3b von BGE 125 V 368; ferner Urteil des Bundesgerichts vom 5. Juli 2010, 9C_303/2010, Erw. 4.3 und 4.4).

4.3 Der IV-Stelle lag bei der Erhöhung der halben auf eine ganze Rente keine medizinische Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vor. Zwar benannte das Bundesgericht unlängst die

Gutachten. Es beruht auf den Untersuchungen durch den Rheumatologen Dr. A.____ (Urk. 7/66), durch den Psychiater Dr. Z.____ (Urk. 7/65) sowie auf einer Konsensbeurteilung der erwÄhnten Ärzte (Urk. 7/66; 7/65). Die Vorakten, die oben in Erw. 3 auszugsweise zitiert sind, sowie die persÖnlichen Aussagen des Versicherten wurden ebenfalls umfassend ber¼cksichtigt und gew¼rdigt (Urk. 7/65/2-4; Urk. 7/66/2-5). Auch die medizinische Situation ist einleuchtend und im Wesentlichen widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begr¼ndet (vgl. insbesondere Urk. 7/65/9; Urk. 7/65/13-14; Urk. 7/66/11). Das Gutachten erf¼llt somit grundsÄtzlich die rechtsprechungsgemÄssen Anforderungen an eine beweiskrÄftige medizinische Grundlage (vgl. oben Erw. 1.6).

5.3ÄÄÄÄ Am Beweiswert dieses Gutachtens vermÄgen weder die Vorbringen des Beschwerdef¼hrers noch die anderslautenden Beurteilungen des Hausarztes und einzigen behandelnden Arztes Dr. B.____ etwas zu Ändern. Einerseits fehlt es Dr. B.____ sowohl bez¼glich des psychiatrischen als auch bez¼glich des rheumatologischen Gesichtspunktes an einer fachspezifischen Qualifikation (zum Beweiswert eines Ärztlichen Berichts bei fehlender fachspezifischer Qualifikation vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen). Ferner ist Dr. A.____ entgegen den Ausf¼hrungen Dr. B.____s in seinem Bericht vom 20. Juli 2008 sehr wohl auf die Diagnose des lumbospondylogenen Syndroms eingegangen, hielt er doch fest, als auslÖsende Teilursache f¼r das heutige Bild sei eine lumbale respektive lumbospondylogene Symptomatik denkbar. Eine neurologische AbklÄrung erweist sich aufgrund der vorliegenden Beschwerden und Befunde entgegen der Ansicht des Versicherten nicht als angezeigt, worin sich auch die Tatsache einf¼gt, dass der Versicherte seit Jahren lediglich bei seinem Hausarzt in Behandlung befindet. Bez¼glich der Berichte dieses Hausarztes, Dr. B.____, ist daran zu erinnern, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von HausÄrzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, 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). Dass Dr. B.____s Berichte im Wesentlichen auf den Vorbringen des Versicherten basieren, wurde bereits oben ausgef¼hrt. Auch erstaunt, dass Dr. B.____ am 3. September 2007 zuhanden der IV-Stelle nur sehr rudimentÄre Ausk¼nfte bez¼glich des Patienten zu geben vermochte, um dann am 20. Juli 2008 zuhanden des beschwerdef¼hrerischen Rechtsvertreters weitf¼hrende Ausf¼hrungen zu machen. Bemerkenswert ist ferner, dass der Versicherte seit Jahren keine fachrheumatologische Behandlung mehr in Anspruch nimmt und sich den Akten zufolge noch nie in eine fachpsychiatrische Behandlung begeben hat (vgl. Fragebogen f¼r Revision vom 16. August 2007; Urk. 7/50). Es ist somit mit den Dres. A.____ und Z.____ ab dem Begutachtenszeitpunkt von einer (70 %)-80 % ArbeitsfÄhigkeit, bedingt durch eine gewisse Minderbelastbarkeit des R¼ckens sowie eine psychische EinschrÄnkung, auszugehen.

5.4ÄÄÄÄ Die Berechnung des Invaliden- und Valideneinkommens durch die IV-Stelle, die auf den AbklÄrungsberichten f¼r SelbstÄndigerwerbende vom 16. November 1999 und vom 16. Juli 2002 basiert (vgl. Feststellungsblatt f¼r den Beschluss vom 16. Juni 2008; Urk. 7/67/5) ist unbestritten und nicht zu beanstanden. Bei einem auf das Jahr 2007 hochgerechneten Valideneinkommen von Fr. 49'213.40 und einem entsprechenden Invalideneinkommen von Fr. 34'449.40 ist mit der IV-Stelle von einem InvaliditÄtsgrad

von 30% auszugehen, der keinen Rentenanspruch zu begründen vermag.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 17

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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.