

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00573 vom 17. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00573

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00573 du 17 janvier 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00573 del 17 gennaio 2011

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) 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). Die angefochtenen Verfügungen und der Einspracheentscheid sind am 11. Mai 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substanziellen 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 in Sachen A. 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 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. Die nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: 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 ziffernmässig 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).

1.4 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 Erw. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

1.5 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, von 2006 bis 2007 von 41,7 Stunden und seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw.

3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

1.6 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 Erw. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 275 Erw. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 418 Erw. 2d am Ende, 369 Erw. 2, 113 V 275 Erw. 1a, 109 V 265 Erw. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 349 Erw. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen A. vom 31. Oktober 2006, I 526/06, Erw. 2.3 mit Hinweisen).

1.7 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).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in ihren Verfügungen vom 19. Juni 2006 (Urk. 10/60) davon aus, dass der Beschwerdeführer seiner letzten Tätigkeit als Kranführer seit dem 25. Juli 2002 nicht mehr nachgehen könne. Für die Zeitspanne vom 1. Juli 2003 bis zum 30. September 2005 stelle die 100%ige Arbeitsunfähigkeit den Invaliditätsgrad dar. Da sich sein Gesundheitszustand verbessert habe, bestehe ab Oktober 2005 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Vor diesem Hintergrund sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2003 eine ganze Rente und ab dem 1. Oktober 2005 eine halbe Rente zu (Verfügungsteil 2, Urk. 10/32 S. 1 f.).

Im Rahmen der Verfügungen vom 11. Mai 2009 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin - in Abweichung zu den früheren Verfügungen - fest, dass gemäss den Akten (Gutachten der MEDAS A.____) eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ab Juli 2005 angenommen werden und von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne. Sie stellte einem Valideneinkommen von Fr. 75'530.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 25'766.-- gegenüber und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 66 %. Dementsprechend setzte die Beschwerdegegnerin die ganze Invalidenrente ab dem 1. Juli 2005 auf eine Dreiviertelsrente herab (Einspracheentscheid S. 3 f.).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gemäss Gutachten der MEDAS A.____ sei nicht nachvollziehbar (S. 3 unten). Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D.____ komme infolge dessen Unabhängigkeit und Aktualität vorrangige Bedeutung zu. Dass Mitte 2005 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, könne daraus nicht abgeleitet werden. Gestützt auf das Gutachten von Dr. D.____ und unter Berücksichtigung der übrigen psychiatrischen Einschätzungen, welche in der Mehrzahl von einer praktisch vollen Erwerbsunfähigkeit ausgehen würden, könne ihm auch keine Teilerwerbstätigkeit zugemutet werden (S. 5).

Im übrigen bestünde auch ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, angepassten Tätigkeit ausgegangen würde. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich könne nicht akzeptiert werden, da sie bei der Bemessung des Invalideneinkommens lediglich einen Abzug von 10 % auf dem Tabellenlohn vorgenommen habe. Es sei von einem behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 20 % auszugehen, was zu einem Invalideneinkommen von Fr. 22'903.-- und zu einem Invaliditätsgrad von 70 % führe (S. 6).

2.3 Strittig ist demnach, ob die revisionsweise Herabsetzung der Invalidenrente per Juli 2005 zurecht erfolgte, mithin ob sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers verbessert hat und wie sich diese Verbesserung gegebenenfalls auf die Arbeitsfähigkeit und den Invaliditätsgrad auswirkt.

3. Die Beschwerdegegnerin

3.1. Dr. med. E.____, FHM Innere Medizin/Rheumatologie, berichtete am 24. Februar 2003 (Urk. 10/9/24-34) über die funktionsorientierte medizinische Abklärung am Zentrum F.____ (F.____). Er kam zum Schluss, dass eine berufliche Reintegration nicht realistisch sei. Aus neuropsychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit respektive Erwerbsunfähigkeit von 70-80 % im Rahmen einer mittelschweren depressiven Anpassungsstörung mit Somatisierungsstörung (S. 4).

3.2. Dr. med. Dr. phil. G.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 12. August 2003 (Urk. 10/9/17-18) fest, dass er und der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. K.____, zum Schluss gekommen seien, dass eine frustrane Verlaufsform einer anhaltenden somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung im Rahmen einer konversionsneurotischen depressiven Entwicklung mit körperlicher Symptomausbildung im Vordergrund stehe (S. 1 Ziff. 1). Unter Ausschluss IV-fremder Faktoren könne heute langfristig von einer medizinisch-theoretischen Arbeits- respektive Erwerbsunfähigkeit von 80-100 % aus psychiatrischer Sicht ausgegangen werden (S. 2 Ziff. 2).

3.3. Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium H.____ vom 27. Januar 2004 (Urk. 10/9/5-8) wurde der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Störung sowie auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen geäußert (S. 1).

3.4. Dem Austrittsbericht der Rehaklinik I.____, Psychiatrische Privatklinik, vom 2. Februar 2004 (Urk. 10/9/10-14) sind die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms beidseits, einer mittelschweren bis schweren Depression, des Verdachts auf eine anhaltende somatoforme Störung sowie des Verdachts auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen zu entnehmen (S. 1). Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer leichten und wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Jedoch ständen im Moment die psychiatrischen Probleme im Vordergrund, weshalb ihm für die Zeit vom 5. Januar bis zum 26. Februar 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit attestiert worden sei (S. 3).

3.5. Im Verlaufsbericht der Ärzte des Stadtspitals J.____ vom 24. Februar 2004 (Urk. 10/7) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde im Wesentlichen die Diagnose eines lumbospondylogenen Syndroms beidseits bei Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung, Übergangsstörung bei fehlendem dorsalen Bogenschluss (ohne wesentliche degenerative Veränderung) und Schmerzverarbeitungsstörung genannt (S. 1 Ziff. 2). Die Beschwerden könnten als Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerzverselbständigung und Schmerzausweitung erklärt werden, eine somatische Ursache seitens des Bewegungsapparates habe nicht eruiert werden können (S. 1 Ziff. 3). Aus streng rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer weiterhin für wechselbelastende, körperlich leichte Arbeiten zu 100 % arbeitsfähig (S. 2).

3.6. Dr. med. K.____, Allgemeine Medizin FMH, nannte im Bericht vom 20. März 2004 (Urk. 10/9/1-2) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine Persönlichkeitsstörung mit depressiven Episoden (S. 1 lit. A). Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kran- und Baumaschinenführer bezifferte er

mit 100 % vom 26. Juni 2002 bis heute (S. 1 lit. B). Dem Beschwerdeführer sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (vgl. Beiblatt zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, Urk. 10/9/3-4).

3.7 Dr. med. L. ____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Zentrum für Wirbelsäulenleiden, nannte im Bericht vom 11. Mai 2004 (Urk. 10/11) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Lumbovertebralsyndrom bei lumbosakraler Übergangsstörung (S. 1 lit. A). Als Kranke sei der Beschwerdeführer nicht vermittlungsfähig. Für leichte Tätigkeiten sei er aber einsatzfähig (S. 2 unten).

E. 4

4.1 Das Gutachten der Ärzte der MEDAS A. ____, vom 20. August 2005 (Urk. 10/22) basierte auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1 f.). Die begutachtenden Ärzte nannten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 4.1):

- somatoforme Schmerzstörung
- mittel- bis schwergradig depressive Episode
- chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom beidseits rechts-betont bei/mit
- Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung
- Bogenschlussanomalie S1
- anamnestisch lumbosakraler Übergangsstörung
- ausgeprägter Schmerzverarbeitungsstörung

Zur rheumatologischen Untersuchung wurde ausgeführt, dass schmerzverdeutlichende Tendenzen und Verhaltensweisen im Vordergrund ständen. Unter der bestehenden Medikation mit derzeit zumindest sieben psychoaktiven Pharmaka sei der Beschwerdeführer deutlich verladen. Wie in vormaligen Untersuchungen sei auch heute kein organisches Korrelat der persistierend und vehement beklagten Rückenbeschwerden objektivierbar. Die psychiatrische Problematik stehe eindeutig im Vordergrund. Rein auf den Bewegungsapparat bezogen bestehe aufgrund der eingetretenen Dekonditionierung mit entsprechenden Haltungsdefiziten eine derzeit leicht verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans für körperliche Schwerarbeit. Längerdauernde Zwangspositionen rein sitzend oder rein stehend sollten durch regelmäßige Wechselpositionen aufgelockert werden können. Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in körperlich leicht bis mittelschwer belastenden, wirbelsäulenadaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Bezogen auf eine rein sitzende Tätigkeit bestehe ein vermehrter Pausenbedarf, der bis zu 20 % eines 100%igen Pensums erreichen dürfte (S. 11 Ziff. 4.1).

Aus psychiatrischer Sicht wurde angegeben, der Beschwerdeführer sei formal gedanklich stark eingeeignet auf seine Schmerzproblematik, leide deutlich darunter und habe nach verschiedenen erfolglosen Therapien, die alle als wenig hilfreich erlebt worden seien, fast die Hoffnung aufgegeben. Neben den Schmerzen bestehe in den letzten Jahren zunehmend eine depressive Symptomatik mit im Vordergrund stehender deprimiert-dysphorischer Stimmung mit Gefühlen von Hoffnungs- und Wertlosigkeit.

Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer verlangsamt, zeige eine deprimierte Stimmung, zum Teil Hoffnungslosigkeit, verminderten Antrieb und Interesse bei zum Teil latenter bis subakuter Suizidalität. Die depressive Symptomatik sei von anhaltendem Schweregrad und könne nicht als Teil der somatoformen Schmerzstörung erklärt werden. Sie erfülle die diagnostischen Kriterien für eine mittel- bis schwergradige depressive Episode mit deutlichen Zeichen einer Chronifizierung. Eine fachärztliche psychiatrische Behandlung sei nicht dauerhaft erfolgt. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer gegenwärtig zu 50 % arbeitsfähig (S. 12 Ziff. 4.2).

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass hochgradige Diskrepanzen in der somatischen Untersuchung beständen, die weit über das Ausmass einer reinen somatoformen Schmerzstörung hinausgehen würden. Obwohl formal aus psychiatrischer Sicht derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert werde, müsse aus gesamtmedizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit höher eingestuft werden. Dies sei begründbar mit der Tatsache, dass aus rheumatologischer Sicht keine nennenswerte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorhanden sei und dass die medikamentöse Therapie einerseits ungenügend sei in Bezug auf die antidepressive Therapie und andererseits unangemessen in Bezug auf die antikonvulsive und Opiattherapie. Von diesen mehrfachen medikamentösen Therapien seien erhebliche Nebenwirkungen und Interaktionen anzunehmen, die eine vermehrte Eigenaktivität des Beschwerdeführers erschweren würden. Es sei darauf hinzuwirken, dass das medikamentöse Regime vereinfacht und angepasst werde. Die psychosozialen Faktoren seien ausschlaggebend für die nachhaltige subjektive Invaliditätsüberzeugung, die sich medizinisch jedoch nur ungenügend begründen lasse. Gesamthaft werde derzeit von einer mindestens 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeitstätigkeit ausgegangen. Eine Reevaluation solle innert spätestens sechs bis zwölf Monaten stattfinden, nach Anpassung der psychiatrischen Therapie. Es sei alles daran zu setzen, den Beschwerdeführer rasch wieder in einen geregelten Arbeitsalltag einzuführen (S. 14 f. Ziff. 6.1.1).

Für die bisher ausgeübte Tätigkeit als Kranführer ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Es sei aber zu beachten, dass sich derzeit aufgrund der Nebenwirkungen der jetzigen medikamentösen Therapie mit Antidepressiva sowie Neuroleptika ein Einsatz auf einem Kran verbiete. Die im Rahmen der Kranführertätigkeit mitunter ausgeübten Handlangertätigkeiten mit schweren Hebelbelastungen seien derzeit nicht zumutbar. Die Einschränkung bestehe im Rahmen der mittel- bis schwergradigen depressiven Episode sowie der somatoformen Schmerzstörung mit vermehrter Irritabilität, Affektlabilität und verminderter emotionaler Belastbarkeit. Sie erfordere ein ruhiges, konstantes Arbeitsumfeld mit Vermeidung von starken Aussenreizen wie Lärm und Publikumsverkehr sowie der Möglichkeit, vermehrt Pausen einlegen zu können (S. 15 Ziff. 6.1.2). Für leicht bis mittelschwer belastende, wirbelsäulenadaptierte Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Beispielsweise wäre ein Einsatz im Reinigungsdienst möglich. Die erwähnten Einschränkungen würden auch für angepasste Tätigkeiten vollumfänglich gelten (S. 15 Ziff. 6.1.4).

In Ergänzung des Gutachtens führten die Ärzte der MEDAS A. am 9. Februar 2006 aus, dass seit 2002 eine zunehmende Beschwerdesymptomatik und seither wohl auch eine zunehmende Invalidisierung bestehe. Es könne kein exakter Zeitpunkt

angegeben werden, wann eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erstmals aufgetreten sei. Mindestens ab Zeitpunkt des Gutachtens bestehe jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % für leicht bis mittelschwer belastende, wirbelsäulenadaptierte Verweistätigkeiten (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der Einschränkung der rein rheumatologisch bedingten Arbeitsfähigkeit bestehe keine wesentliche Diskrepanz zu den Vorberichten. In Bezug auf die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei dem Beschwerdeführer in den früheren Berichten eher eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Diese Diskrepanz erkläre sich einerseits damit, dass die Begutachtung einer Momentaufnahme bezüglich klinischer Beurteilung entspreche und somit von statt-gehabten, fluktuierenden und intermittierend geringeren Arbeitsfähigkeiten abweichen könne. Andererseits würde, wie im Gutachten dargelegt, die Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht grundsätzlich als höher erachtet als die rein psychiatrische (S. 2).

4.3 Ä Ä Ä Ä Dem vorläufigen Austrittsbericht die Ärzte des Sanatoriums H. ___ vom 9. Oktober 2007 (Urk. 10/90) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 11. September bis zum 9. Oktober 2007 in der Psychiatrischen Privatklinik in stationärer Behandlung stand. Als Diagnosen wurden eine mittelschwere depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung genannt (S. 1). Aufgrund einer Zunahme der Beschwerden bei bekannter rezidivierender depressiver Störung sei der Beschwerdeführer zur erneuten Therapie zugewiesen worden. Zuvor habe ein Suizidversuch mit Strangulation stattgefunden. Unter Medikation und Therapien habe sich der Zustand leichtgradig gebessert. Bei Austritt habe kein Anhalt für Suizidalität bestanden. Eine Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie werde empfohlen (S. 2).

4.4 Ä Ä Ä Ä Dr. B. ___ gab im Bericht vom 3. Dezember 2007 (Urk. 10/81) zuhanden der Beschwerdegegnerin an, der Beschwerdeführer stehe seit November 2005 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung. Er nannte die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte):

- rezidivierende depressive Störung mit somatischen Symptomen
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei labiler emotionaler Persönlichkeitsstruktur

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B. ___ führte aus, die psychiatrische Behandlung habe aufgrund der schweren Chronifizierung der Depressionen und den chronischen Schmerzen trotz Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten (Antidepressiva, leichte Neuroleptika, kognitive und Verhaltenspsychotherapie) nicht zu einer wesentlichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes geführt. Dadurch bleibe der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 unten). Abschliessend hielt er fest, dass es aus seiner Sicht sinnvoll wäre, die Situation aufgrund des verschlechterten psychischen Zustandes neu zu beurteilen und dem Beschwerdeführer eine 100%ige Invalidenrente zu bestätigen (S. 2).

4.5 Ä Ä Ä Ä Das Gutachten der Ärzte des C. ___ vom 24. Dezember 2007 (Urk. 10/84) basierte auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 1). Die begutachtenden Ärzte nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei lumbosakraler Übergangsstörung LWK 5, Nearthrosbildung LWK 5 rechts, kernspintomographisch ohne neurokompressives Korrelat

und sensible Partialdefizit im Dermatom L5. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie ein chronisches Zervikalsyndrom, eine plantare Fußschmerzsymptomatik rechts, eine Psychopharmaka-Intoxikation sowie eine chronische Dyspepsie an (S. 26 Ziff. 4).

Bei der rheumatologischen Untersuchung habe eine ausgeprägte Selbstlimitierung des Beschwerdeführers imponiert, in Kombination mit einer aktiven Gegeninnervation, welche konkrete Erhebungen bezüglich des Bewegungsumfanges des Achsenorgans teilweise verunmöglichlicht hätten (S. 29). Zusammengefasst lasse sich aus rheumatologischer Sicht bei anlagebedingter lumbosakraler Übergangsstörung mit degenerativen Veränderungen der LWS durchaus eine eingeschränkte Belastbarkeit des Achsenorgans definieren, die im zuletzt ausgeübten Beruf als Kran-/Baggerführer eine Limitierung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (vier Stunden am Tag) plausibel erscheinen lasse. Hingegen sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, mit leichter körperlicher Belastung in Wechseltätigkeit ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, bezogen auf ein vollschichtiges Pensum, medizinisch zumutbar (S. 30 oben).

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, dass eine Beurteilung des Beschwerdeführers unter den gegebenen Umständen und durch die anamnestiche beziehungsweise laborchemisch nachgewiesene Medikamentenintoxikation verursachte Untersuchungssituation nicht möglich sei. Immerhin könne aufgrund der anamnestiche Angaben beispielsweise das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Das Beschreiben seiner Behinderung imponiere dramatisierend-leidend, sein Verhalten während dem Untersuch (Gleichgültigkeit, Abflachung) stehe dazu im Widerspruch. Aus psychiatrischer Sicht würden aggravatorische, artifizielle Faktoren eine bedeutende Rolle spielen. Vor diesem Hintergrund lasse sich keine psychiatrische Erkrankung im eigentlichen Sinne diagnostizieren. Demzufolge sei von einer unlimitierten vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 30 f.).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kran-/Baggerführer aufgrund der arbeitsanamnestiche Angaben in Abgleich mit dem derzeitigen körperlichen Belastungsprofil als limitiert arbeitsfähig (50 %) einzustufen. Der massgeblich die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden befinde sich in Form einer eingeschränkten Belastbarkeit des Achsenorgans lumbal auf rheumatologisch-orthopädischem Fachgebiet. In einer angepassten Tätigkeit, mit leichter körperlicher Belastung in Wechseltätigkeit und ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen, sei eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit medizinisch-orthopädisch zumutbar. Versicherungspsychiatrisch erschwere zwar eine laborchemisch nachgewiesene Medikamentenintoxikation die Untersuchungssituation und es lasse sich nur eine begrenzte Aussage zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht machen. Insgesamt sei jedoch bei offensichtlich aggravatorischen Phänomenen eine volle Arbeitsfähigkeit nahe liegend (S. 31 oben).

4.6 Im Bericht von Dr. D. ___ vom 4. September 2008 (Urk. 10/96) über die psychiatrische Abklärung des Beschwerdeführers am 28. August 2008 wurden die folgenden Diagnosen genannt (S. 9 Ziff. 1):

- chronisches Schmerzsyndrom mit somatoformer Komponente im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung
- depressive Entwicklung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode
- Verdacht auf Benzodiazepinabhängigkeit

Dr. D. ___ führte aus, aufgrund des aktuellen psychopathologischen Befundes (mittelgradige depressive Episode) seien dem Beschwerdeführer den körperlichen Beschwerden (Schmerzen) adaptierte Tätigkeiten zu 50 % (leistungsmässige und zeitliche Einbusse integriert beurteilt) zumutbar. Bei dieser Einschätzung handle es sich um eine medizinisch theoretische Beurteilung. Aufgrund der Gesamtsituation sowie des Schmerzverhaltens des Beschwerdeführers sei diese aus psychiatrischer Sicht bestehende medizinisch theoretische Restarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft wohl kaum umsetzbar. Der psychopathologische Befund habe sich seit der gutachterlichen Untersuchung an der MEDAS A. ___ kaum verändert. Wie bereits damals beschrieben, bestehe aufgrund der mittelgradigen depressiven Symptomatik und der somatoformen Schmerzstörung eine vermehrte Irritabilität und verminderte emotionale Belastbarkeit (S. 9 Ziff. 3). Bei der retrograden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse er sich auf die Akten stützen. Er gehe davon aus, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit etwa 2003 bestehe. Eine wesentliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit sei zwischenzeitlich nicht eingetreten (S. 9 Ziff. 2).

Medizinische Massnahmen wie ambulante psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung und intensive psychopharmakologische Behandlung würden bereits durchgeführt, wobei die psychopharmakologische Behandlung optimiert werden könnte (Erhöhung der antidepressiven Dosierung, Vereinfachung/Reduktion der Benzodiazepin- und Neuroleptikamedikation). Seines Erachtens wäre eine externe Tagesstruktur sinnvoll, beispielsweise durch die Teilnahme am Programm einer Tagesklinik oder durch ein Arbeitstraining in geschütztem Rahmen. Ziel dieser Massnahmen wäre, die Umsetzbarkeit der bereits aktuell bestehenden medizinisch theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 50 % für angepasste Tätigkeiten in der freien Wirtschaft zu fördern (S. 9 f. Ziff. 4).

4.7 Med. pract. M. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 21. November 2008 über die psychiatrische Untersuchung im RAD vom 15. September 2008 (Urk. 10/98). Er nannte die folgenden Diagnosen (S. 4 Ziff. 12):

- leicht- bis mittelgradige depressive Störung
- Benzodiazepinabhängigkeitssyndrom
- Schmerzverarbeitungsstörung bei
- anamnestisch chronischem lumbovertebralen Schmerzsyndrom
- chronisches Zervikalsyndrom

Der Beschwerdeführer zeige zum einen ein depressives Zustandsbild mit sozialem Rückzug, Antriebsverlust und latenter Suizidalität. Im formalen Denken werde er als verlangsamt erlebt. Zusätzlich klage er über eine chronifizierte und generalisierte Schmerzsymptomatik, ohne dass diese ausreichend durch somatische Befunde erklärbar sei. Da kein emotionaler Konflikt oder ein psychosoziales Problem im Hintergrund zu eruieren sei, welches die chronifizierte Schmerzsymptomatik erklären

kÄ¶nnte, kÄ¶nne keine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¶rung diagnostiziert werden. Weiter sei zu erwÄ¶hnen, dass beim BeschwerdefÄ¶hrer eine deutliche Tendenz ausgemacht werden kÄ¶nne, seine Beschwerden in verstÄ¶rker Form darzustellen, was eine objektive, quantitative Beurteilung der Symptomatik erschwere. Zusammenfassend kÄ¶nne von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Die chronischen Schmerzen, welche als solche nicht IV-relevant seien, wÄ¶rden aber die Chronifizierungsgefahr erhÄ¶hen. In einer den kÄ¶rperlichen Beschwerden angepassten TÄ¶tigkeit kÄ¶nne von einer 50%igen ArbeitsunfÄ¶higkeit ausgegangen werden (S. 5 Ziff. 13).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Nicht nur die revisionsweise Herabsetzung der Invalidenrente per Juli 2005, sondern auch die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten unterliegen der richterlichen Ä¶berprÄ¶fung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der damals vorliegenden medizinischen Berichte (vgl. Erw. 3) ist in-dessen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nach Ablauf des War-tejahres (Juli 2003) von einem InvaliditÄ¶tsgrad von 100 % ausging (vgl. Urk. 10/28 S. 5) und dem BeschwerdefÄ¶hrer dementsprechend ab Juli 2003 eine ganze Rente zugesprochen hat (vgl. Urk. 10/32).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu prÄ¶fen bleibt, ob sich die gesundheitliche Situation des BeschwerdefÄ¶hrers im Beurteilungszeitraum verÄ¶ndert und wie sich diese VerÄ¶nderung gegebenenfalls auf die ArbeitsfÄ¶higkeit und den InvaliditÄ¶tsgrad ausgewirkt hat.

5.2 Ä Ä Ä Ä Aus den vorliegenden Akten ergibt sich, dass dem BeschwerdefÄ¶hrer aus somatischer Sicht nach wie vor eine kÄ¶rperlich leichte, wechselbelastende TÄ¶tigkeit ohne WirbelsÄ¶ulenzwangshaltungen zu 100 % zumutbar ist (vgl. Erw. 4.1 und 4.5). Dies wird seitens des BeschwerdefÄ¶hrers auch nicht bestritten (vgl. Urk. 1 S. 3 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Vordergrund steht jedoch die psychiatrische Problematik. DiesbezÄ¶glich zeigt sich aus den Berichten ab 2005 eine VerÄ¶nderung gegenÄ¶ber den frÄ¶heren Beurteilungen. So wurden in den Jahren 2003 und 2004 unter anderem die Diagnosen einer AnpassungsstÄ¶rung oder einer kombinierten PersÄ¶nlichkeitsstÄ¶rung genannt (vgl. Erw. 3). DemgegenÄ¶ber ist in den Berichten ab 2005 nicht mehr die Rede von einer PersÄ¶nlichkeitsstÄ¶rung. Vielmehr wird im Wesentlichen Ä¶ber-einstimmend von einer somatoformen SchmerzstÄ¶rung sowie einer Depression ausgegangen. Auch die Beurteilungen der ArbeitsfÄ¶higkeit haben im Vergleich mit denjenigen in den Jahren 2003/2004 eine VerÄ¶nderung erfahren.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä So wurden im Gutachten der MEDAS A.____ aus psychiatrischer Sicht eine somatoforme SchmerzstÄ¶rung und eine mittel- bis schwergradige depressive Episode diagnostiziert und die ArbeitsfÄ¶higkeit mit 50 % beziffert. Aus gesamtmedizinischer Sicht wurde indessen lediglich eine ArbeitsunfÄ¶higkeit von 40 % attestiert und damit die ArbeitsfÄ¶higkeit als hÄ¶her erachtet als die rein psychiatrische. Dr. D.____ gab im September 2008 an, dass sich der psychopathologische Befund seit der gutachterlichen Untersuchung an der MEDAS A.____ kaum verÄ¶ndert habe und ging ebenfalls davon aus, dass dem BeschwerdefÄ¶hrer angepasste TÄ¶tigkeiten zu 50 % zumutbar seien. Auch RAD-Arzt med. pract. M.____ hielt dafÄ¶r, dass in einer den kÄ¶rperlichen Beschwerden angepassten TÄ¶tigkeit von einer 50%igen ArbeitsunfÄ¶higkeit (aufgrund einer leicht- bis

mittelgradigen depressiven Störung sowie chronischen Schmerzen) ausgegangen werden können. Der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ ging demgegenüber aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischen Syndromen und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung davon aus, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig bleibe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten des C. ___ kann schliesslich nicht abgestellt werden, haben die untersuchenden Ärzte doch selbst angegeben, dass eine Beurteilung des Beschwerdeführers unter den gegebenen Umständen (Medikamentenintoxikation) nicht möglich gewesen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die ausführliche Expertise der MEDAS A. ___ erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend Erw. 1.7) vollumfänglich. Sie setzte sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigte insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Ausserdem stimmt sie im Wesentlichen mit der Beurteilung durch Dr. D. ___ überein. Auch med. pract. M. ___ kam in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zum selben Ergebnis. Soweit der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ - ohne dies näher zu begründen - von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ausging, vermag diese Einschätzung die eingehend begründeten spezialärztlichen Untersuchungsergebnisse nicht zu entkräften. Demnach liegt beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht, insbesondere gestützt auf das Gutachten der MEDAS A. ___ und die Beurteilung durch Dr. D. ___, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung ist darauf hinzuweisen, dass im Beurteilungszeitpunkt eine erhebliche psychische Komorbidität in Form einer Depression vorlag (vgl. das Gutachten der MEDAS A. ___, wonach die depressive Symptomatik von anhaltendem Schweregrad ist und nicht als Teil der somatoformen Schmerzstörung erklärt werden kann, Erw. 4.1). Infolgedessen kann die somatoforme Schmerzstörung eine Arbeitsunfähigkeit verursachen (vgl. BGE 130 V 352 betreffend die vom Bundesgericht geforderten Voraussetzungen).

5.3 Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS A. ___ und die Beurteilung durch Dr. D. ___ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig ist. Vor dem Hintergrund, dass aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit besteht (vgl. Erw. 5.2) und die Gutachter der MEDAS A. ___ aus gesamtmedizinischer Sicht sogar von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgingen (vgl. Erw. 4.1 und 4.2), ist die von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte Arbeitsfähigkeit von 50 % sicherlich angemessen. Gesamthaft ist somit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen auszugehen. Diese erhöhte Arbeitsfähigkeit kann jedenfalls ab Juli 2005 angenommen werden, wurde der Beschwerdeführer doch Ende Juni 2005 bei der MEDAS A. ___ untersucht und begutachtet (vgl. Urk. 10/22 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist die Revision der bisherigen Rente wegen veränderter gesundheitlicher Verhältnisse zulässig.

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Ä Zur Bestimmung des Valideneinkommens ist auf den bisherigen Lohn als Kranke abzustellen. Nach Angaben des früheren Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im Jahr 2004 einen Lohn von Fr. 5'810.-- pro Monat erzielt (Urk. 10/8 Ziff. 16), was unter Berücksichtigung des 13. Monatslohnes ein Jahreseinkommen von Fr. 75'530.-- ergibt (13 x Fr. 5'810.--). Da es sich um das Einkommen aus dem Jahr 2004 handelt, hat aufgrund der Lohnentwicklung ein Zuschlag von 1.1 % (Nominallohnindex Männer 2002-2008, T1.1.93_V, Abschnitt F, Baugewerbe) zu erfolgen, womit für das Jahr 2005 ein Valideneinkommen von Fr. 76'361.-- resultiert (Fr. 75'530.-- x 1.011).

6.2 Ä Ä Ä Ä Angesichts des medizinischen Zumutbarkeitsprofils rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen gestützt auf die Lohnstatistik gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu ermitteln, und zwar anhand des über den Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Männern mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielten Lohnes, der sich im Jahr 2004 auf Fr. 4'588.-- pro Monat belief (LSE 2004, Tabellen im Anhang, S. 53, Tab. TA 1, Total, Niveau 4), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 1/2-2010, S. 94 Tab. B9.2) rund Fr. 57'258.-- im Jahr entspricht (Fr. 4'588.-- : 40 x 41.6 x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.9 % (Nominallohnindex Männer 2002-2008, T1.1.93_V, Total) ergibt sich für das Jahr 2005 ein Invalideneinkommen von Fr. 57'773.-- (Fr. 57'258 x 1.009), und bei einem Pensum von 50 % von rund Fr. 28'887.-- (Fr. 57'773 x 0.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da dem Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen im Teilzeitpensum zumutbar sind, rechtfertigt es sich, vom ermittelten Tabellenlohn einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Wie die Beschwerdegegnerin zurecht festhielt, ist ein früherer Abzug beim noch sehr jungen Beschwerdeführer nicht gerechtfertigt (vgl. Einspracheentscheid in Urk. 2 S. 3 unten). Was den geltend gemachten vermehrten Pausenbedarf angeht (vgl. Urk. 1 S. 6), ist darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. ___ bereits eine leistungsmässige und zeitliche Einbusse beinhaltet (vgl. Erw. 4.6). Aus dem Gutachten der MEDAS A. ___ ergeben sich zwar die Erfordernisse eines ruhigen, konstanten Arbeitsumfeldes sowie der Möglichkeit, vermehrt Pausen einlegen zu können. Hier ist indessen zu beachten, dass die Ärzte der MEDAS A. ___ gesamthaft sogar von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % ausgingen, weshalb bei einem um 10 % verringerten Pensum - von welchem vorliegend ausgegangen wird - dem Pausenbedarf auf jeden Fall aus-reichend Rechnung getragen wird. Damit ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung des Leidensabzuges von 10 % ergibt sich vorliegend ein Invalideneinkommen von rund Fr. 25'998.-- (Fr. 28'887.-- x 0.9).

6.3 Ä Ä Ä Ä Bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'361.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 25'998.-- beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 50'363.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 66 % entspricht. Damit ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Dreiviertelsrente ausgewiesen.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin zurecht die Herabsetzung der ganzen Invalidenrente auf eine Dreiviertelsrente verurteilt.

6.4 Hingegen ist der Zeitpunkt der Herabsetzung - wie dargelegt (vgl. Erw. 1.6) - nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV festzusetzen. Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Die Beschwerdegegnerin ging von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Juli 2005 aus und setzte die ganze Rente des Beschwerdeführers ab Juli 2005 auf eine Dreiviertelsrente herab (vgl. Einspracheentscheid in Urk. 2 S. 3 oben). Dieses Vorgehen ist nach Massgabe von Art. 88a Abs. 1 IVV unzulässig. Vielmehr konnte die ab Juli 2003 gewährte ganze Rente frühestens mit Wirkung ab 1. Oktober 2005 aufgehoben werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 24. November 2008, 9C_734/2008, Erw. 2). Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde in dem Sinne, als der angefochtene Einspracheentscheid und die Verfügungen vom 11. Mai 2009 dahingehend abgeändert werden, dass die ganze Invalidenrente per 1. Oktober 2005 auf eine Dreiviertelsrente herabgesetzt wird.

7. Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss zu 4/5 dem Beschwerdeführer und zu 1/5 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

8. In Anbetracht des Verfahrensausgangs ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Der Beschwerdeführer obsiegt nur teilweise. Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu verpflichten, dem Beschwerdeführer - beim praxistemässigen Stundenansatz vom Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) - eine entsprechend um 4/5 reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid und die Verfügungen vom 11. Mai 2009 dahingehend abgeändert werden, dass die ganze Invalidenrente per 1. Oktober 2005 auf eine Dreiviertelsrente herabgesetzt wird.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden zu 4/5 dem Beschwerdeführer und zu 1/5 der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 400.-- zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Christe
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.