

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00581 vom 23. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00581

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00581 du 23 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00581 del 23 febbraio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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).

2.2 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. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 Erw. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen 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. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. März 2010, 9C_438/2009, Erw. 1 mit Hinweisen).

2.3 Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schätzen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 Erw. 5b/bb; Urteil 9C_562/2008 vom 3. November 2008, Erw. 2.2 mit Hinweis).

2.4 Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 Erw. 5.1 S. 232; 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

E. 3

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die bisherige Dreiviertelrente zu Recht mit Wirkung per Ende Juni 2009 aufgehoben hat. Prozessthema bildet dabei die Frage, ob sich die für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgeblichen Voraussetzungen seit der Zusprechung der ganzen Invalidenrente (Verfügung vom 20. Dezember 2002, Urk. 9/14) respektive der revidierten Bestätigung des Invaliditätsgrades mit Herabsetzung auf eine Dreiviertelrente im Rahmen der 4. IVG-Revision im Jahr 2004 (Urk. 9/23) bis zum Erlass der

AufhebungsverfÄ¼gung vom 20. Mai 2009 in revisionsrechtlich erheblicher Weise verÄ¼ndert haben. Unbestritten ist, dass der BeschwerdefÄ¼hrer im gesamten zu beurteilenden Vergleichszeitraum nicht erwerbstÄ¼tig war, weshalb eine Revision aus erwerblichen GrÄ¼nden von vornherein ausser Betracht fÄ¼llt. Daher ist einzig zu prÄ¼fen, ob sich der Gesundheitszustand entscheidend verbessert hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen S. vom 4. Mai 2009, 8C_541/2008, Erw. 3).

3.2Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin begrÄ¼ndete die Renteneinstellung mit einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes des BeschwerdefÄ¼hrers (Urk. 2, 8). Dabei stÄ¼tzte sie sich im Wesentlichen auf das Gutachten des Z. ___ vom 5. August 2008 (Urk. 9/37) und schloss daraus, dass zwar der RÄ¼ckenschaden des BeschwerdefÄ¼hrers eine TÄ¼tigkeit in seiner angestammten TÄ¼tigkeit immer noch ausschliesse, jedoch der psychische Gesundheitsschaden, welcher ursprÄ¼nglich zur Berentung gefÄ¼hrt habe, nicht mehr vorliege und daher eine TÄ¼tigkeit in einer angepassten TÄ¼tigkeit voll zumutbar sei (vgl. Urk. 8, 9/40/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer macht dagegen geltend, er sei weiterhin in jeder TÄ¼tigkeit arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 1).

3.3Ä Ä Ä Ä Der ursprÄ¼nglichen Rentenzusprache mit VerfÄ¼gung vom 20. Dezember 2002 (Urk. 9/14) lag unter anderem ein Bericht von Dr. A. ___ vom 20. August 2002 mit der Diagnose eines panvertebralen Schmerzsyndroms sowie einer SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung und einer depressiven Entwicklung zugrunde. Beim BeschwerdefÄ¼hrer handle es sich um einen chronifizierten Patienten, bei welchem kaum mit einer Besserung zu rechnen und dem keine ArbeitstÄ¼tigkeit mehr zumutbar sei (Urk. 9/7/1-2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Vertrauensarzt der Versicherungskasse der Stadt ZÄ¼rich, Dr. med. C. ___, Spezialarzt FMH fÄ¼r Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, untersuchte den BeschwerdefÄ¼hrer am 26. Februar 2002. Der BeschwerdefÄ¼hrer klagte Ä¼ber Schmerzen im Bereich des gesamten RÄ¼ckens, des SchultergÄ¼rtels und der Schultergelenke, der HÄ¼ften und Knie mit zusÄ¼tzlichem Herzdruck und "Asthma" sowie HandparÄ¼sthesien. Dr. C. ___ kam in seinem Bericht vom 21. Mai 2002 zum Schluss, dass der BeschwerdefÄ¼hrer in seiner angestammten TÄ¼tigkeit im Strassenbau wegen der degenerativen Bandscheibenprotrusionen mit Diskushernie vor allem im LendenwirbelsÄ¼ulen(LWS)-Bereich (CT vom 13. September 2001 und RÄ¼ntgenaufnahmen vom 6. Mai 2002) voraussichtlich berufsunfÄ¼hig sei. Hinzu trete eine Schmerzausweitung mit dem Verdacht auf eine hysteriforme depressive Entwicklung, aufgrund welcher die Prognose hinsichtlich der AusschÄ¼pfung der vorhandenen RestarbeitsfÄ¼higkeit ungÄ¼nstig sei. Bis zur nÄ¼chsten Untersuchung bescheinigte Dr. C. ___ eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit (Urk. 9/7/10-12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 16. bis 30. Mai 2002 unterzog sich der BeschwerdefÄ¼hrer in der D. ___ einer intensiven stationÄ¼ren Therapie. Die zustÄ¼ndigen Ä¼rzte interpretierten das Beschwerdebild im Wesentlichen als chronisches panvertebrales Syndrom bei Fehlform/Fehlhaltung der WirbelsÄ¼ule, muskulÄ¼rer Dekonditionierung sowie multisegmentalen Osteochondrosen L2-S1 mit breitbasiger Diskushernie L5/S1 ohne Nervenkompression mit deutlichen Zeichen einer Symptomausweitung und SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung (Urk. 9/7/13-17).

Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, untersuchte den Beschwerdeführer im Auftrag von Dr. C. ____, am 8. Juli 2002. Eine fundierte psychiatrische Beurteilung sei nicht möglich gewesen, da der Beschwerdeführer nicht einmal ansatzmässig über seine innerseelischen Konflikte, psychischen Probleme, Spannungen und Ängste reden könne (wolle). Dies erachtete Dr. E. ____, als eine Frage der Mentalität. So sei der Beschwerdeführer völlig auf seine somatischen Beschwerden respektive Schmerzen fixiert, die psychische Komponente sei abgespalten; für den Beobachter sei er affektiv kaum spürbar. Seine Diagnose lautete auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei vorhandenen Bandscheibenprotrusionen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. E. ____, dahingehend, dass sich der Beschwerdeführer als körperlich "rundum" krank erlebe, von dauernden Schmerzen geplagt, absolut fixiert sei. Auch bei einer leichten Tätigkeit werde er höchstwahrscheinlich keine wesentliche Leistung erbringen können. Eine psychotherapeutische Behandlung schien Dr. E. ____, nicht möglich (Urk. 9/7/5-7).

Dr. F. ____, vom medizinischen Dienst der Beschwerdegegnerin schloss gestützt auf diese medizinischen Unterlagen in seiner internen Stellungnahme vom 4. Oktober 2002 auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 67 % insbesondere aufgrund der psychiatrischen Diagnose (Urk. 9/10/2).

3.4 Im Rahmen des amtlichen Revisionsverfahrens von 2004 holte die IV-Stelle in medizinischer Hinsicht einzig einen Verlaufsbericht von Dr. A. ____, vom 8. Januar 2004 ein. Dr. A. ____, bestätigte die bisherige Diagnose sowie einen stationären Gesundheitszustand und bezeichnete die Schmerzverarbeitungsstörung als Hauptproblem. Der Beschwerdeführer sei einer psychotherapeutischen Behandlung nicht zugänglich. Prognostisch werde sich in absehbarer Zeit nichts ändern (Urk. 7/19/1-2).

3.5

3.5.1 Anlass für die Einleitung des hier zu prüfenden Rentenrevisionsverfahrens bildete gemäss Aktennotiz der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2007 eine nicht näher spezifizierte anonyme Meldung (Urk. 7/24). Aus den hierauf von der Beschwerdegegnerin eingeholten medizinischen Berichten ergibt sich Folgendes:

3.5.2 Dr. A. ____, bestätigte in seinem Bericht vom 8. Dezember 2007 wiederum seine Diagnosestellung sowie einen weiterhin stationären Zustand (Urk. 7/29/1-5).

Im Z. ____, wurde der Beschwerdeführer am 24. Juni 2008 orthopädisch, internistisch und psychiatrisch abgeklärt. Gestützt auf diese Teilbegutachtungen stellte der multidisziplinäre Konsensus folgende Diagnosen (Urk. 7/37/10 f.):

"Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.5)

- Diskusprotrusion LWK2/3 und LWK4/5, Diskushernie LWK5/SWK1, massive Spondylarthrose LWK4 bis SWK1, keine Neurokompression (MRI 13. September 2001) (ICD-10 M51.8/M47.86/M47/87)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach Rectosigmoidresektion 12/98 bei Divertikulitis perforata

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - anamnestisch als Folge einer oralen Therapie mit nicht steroidalen Ä Ä Ä Ä Antirheumatika"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die zuständigen ärztlichen Fachpersonen dahingehend, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter oder anderen körperlich anhaltend mittelschweren und schweren Tätigkeiten aufgrund des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms im Rahmen degenerativer Veränderungen nicht mehr arbeitsfähig sei. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere und wechselbelastende Tätigkeiten seien ihm aus orthopädischer Sicht zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt zumutbar. Auch liege weder aus psychiatrischer noch aus anderer somatischer Sicht ein Befund oder eine Diagnose vor, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweigerungstätigkeit auswirkten. Diese Einschätzung gelte mit Sicherheit ab Juni 2008.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die diskrepante Selbsteinschätzung basiere auf der ausgeprägten Selbstlimitierung und der regressiven Verhaltensweise des Beschwerdeführers. Ferner seien bei der Anamneseerhebung und der Untersuchung ausgeprägte Diskrepanzen und Inkonsistenzen aufgefallen. Die orthopädische Einschätzung korrespondiere gut mit derjenigen von Dr. C. ___ vom 21. Mai 2002 und derjenigen der D. ___ vom 20. Juni 2002.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der psychiatrische Teilgutachter Dr. G. ___ begründete die von ihm attestierte volle Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass eine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht gestellt werden könne. Weder beständen Hinweise auf eine depressive Erkrankung noch solche auf unbewusste Konflikte. Auch sei kein primärer Krankheitsgewinn gegeben und es beständen keine schweren psychosozialen Belastungsfaktoren und kein schwerer sozialer Rückzug. Daher könne es dem Exploranden zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachzugehen. Die festgestellten Inkonsistenzen und die Selbstlimitierung wiesen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung hin (Urk. 7/37/16 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur ursprünglichen Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung durch Dr. E. ___ im Jahr 2002 und dessen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit erklärte Dr. G. ___, dass diese Diagnose das Vorliegen von schweren psychosozialen und deutlichen emotionalen Belastungsfaktoren fordere, die genügend ausgeprägt seien, um als entscheidende ursächliche Einflüsse der Schmerzen zu gelten. Die von Dr. E. ___ erwähnte Schmerzausweitung und die Fehlhaltung mit psychischer Fixierung und Überzeugung, nie mehr arbeiten zu können, erfüllten diese Kriterien nicht, sondern entsprächen diagnostisch einer Schmerzverarbeitungsstörung. Diese werde häufig durch depressive Verstimmungen und Ängste begleitet. Bei der aktuellen Untersuchung seien die depressiven Symptome für eine zusätzliche Diagnose jedoch nicht genügend ausgeprägt (Urk. 9/37/9-11).

3.5.3 Ä Ä Den weitem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens zusätzlich eingereichten medizinischen Akten ist Folgendes zu entnehmen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Zuweisung von Dr. A. ___ wurde der Beschwerdeführer am 8. Dezember 2008 im H. ___ untersucht. Dr. I. ___, Facharzt FMH für Neurochirurgie,

diagnostizierte ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom links L5 und S1 betont bei Diskushernie L5/S1 paramedian links sowie eine Protrusion L4/5 und eine Pseudolisthese Grad 1 nach Meyerding L5/S1. Ausserdem diagnostizierte er Spondylarthrosen im Bereich der LWS und ein Cervicalsyndrom mit vornehmlich pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung. Zur abschliessenden Beurteilbarkeit leitete Dr. I.____ ergänzende bildgebende Verfahren in die Wege (vgl. Bericht vom 9. Dezember 2008, Urk. 9/50/3-4). Am 11. Dezember 2008 erstellte das M.____ ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) und der LWS. Die Beurteilung lautete auf einen Nachweis von leicht- bis mässiggradigen Spondylarthrosen im Segment L3 bis S1 mit neuroforaminalen Stenosen im Segment L5/S1 beidseits sowie eine mediane Diskusprotrusion ohne Neurokompression im Segment L3/L4 und L4/L5. Im Bereich der HWS zeigte das MRI eine degenerative Discopathie im Segment C3 bis C6 mit paramedian linksseitiger Diskushernie C3/C4 und eine Diskushernie im Segment C4/C5 sowie eine Spinalkanalstenose und eine beidseitige neuroforaminale Stenose im Segment C5/C6 (Urk. 9/50/1-2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls auf Zuweisung von Dr. A.____ untersuchte Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, Manuelle Medizin SAMM, den Beschwerdeführer am 22. Dezember 2008 zur Abklärung der Gelenkschmerzen im Bereich der Hände und Füsse. Dr. K.____ erkannte keine Hinweise auf eine entzündlich rheumatische Affektion. Es ergebe sich der Eindruck des Nicht-Wollens und nicht des Nicht-Könnens. Wahrscheinlich sei die psychiatrische Diagnose massgebend (Urk. 7/53/6-7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. L.____, Spezialärztin für Neurologie FMH, Neuroangiologie EMG, EEG, N.____, untersuchte den Beschwerdeführer am 6. Januar 2009 neurologisch und elektrodiagnostisch. Ihre Diagnose lautete wie folgt:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä "-Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chronisches Zervikalsyndrom bei schweren HWS-Veränderungen und Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä einer degenerativen Spinalkanalstenose auf Höhe C5/C6

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei schweren LWS-Veränderungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Verdacht auf haltungsbedingtes Kompressionssyndrom der oberen Thoraxapertur beidseits linksbetont"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. L.____ erkannte keine sicheren Zeichen für eine zervikale Myelopathie und ordnete die vom Beschwerdeführer geklagten wechselnden Sensibilitätsstörungen eher einem haltungsbedingten Kompressionssyndrom der oberen Thoraxapertur zu (Urk. 9/53/2-5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter liess Dr. A.____ den Beschwerdeführer im Sanatorium Kilchberg zur Beurteilung der Möglichkeiten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung untersuchen (vgl. Urk. 9/53/1). Die zuständige Psychologin lic. phil. P.____ diagnostizierte einen Verdacht auf psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10 F54), Rückenschmerzen, Lumboischialgie (M54.4), Tinnitus (H93.1), Arbeitslosigkeit (Z56.0) und einen Mangel an körperlicher Bewegung bei hier fehlenden physio-therapeutischen Aktivitäten (Z72.3). Zusammenfassend sei der Eindruck entstanden, der Beschwerdeführer habe sich trotz

Klagen über seinen körperlichen Zustand mit der Einschränkung seiner Bewegungsmöglichkeiten abgefunden und leide nicht darunter, nicht mehr arbeiten zu können. Neben der verstärkten Schmerzwahrnehmung seien im 60-minütigen Gespräch keine psychiatrischen Auffälligkeiten feststellbar gewesen (Urk. 9/60/1-4).

Die zuständigen ärztlichen Fachpersonen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin äusserten sich am 3. und 4. Februar 2009 zu den vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen dahingehend, dass sie zwar anerkannten, dass aus den neuen MRI-Befunden der LWS und der HWS degenerative Veränderungen ersichtlich seien, welche in dieser Form bei der MEDAS-Begutachtung im Z.____ noch nicht umfassend bekannt gewesen seien. Jedoch würden klinisch-funktionell keine weitergehenden Funktionsstörungen beschrieben. Die nun vorliegenden ergänzten radiomorphologischen Befunde seien ihres Erachtens durchaus mit der im MEDAS-Gutachten formulierten Arbeitsfähigkeitseinschätzung und dem Berufsprofil vereinbar (Urk. 9/65/1-2).

Mit Schreiben vom 29. Mai 2009 verdeutlichte Dr. A.____ seine Beurteilung gegenüber der Beschwerdegegnerin und erklärte, dass er eine derart ausgeprägte Störung der Schmerzverarbeitung noch nie erlebt habe. Der Beschwerdeführer sei in seinem Schmerz völlig gefangen und absolut arbeitsunfähig. Gleichzeitig sei ihm aus kulturellen Gründen und wegen seiner Denkstruktur eine Hinterfragung seines Verhaltens unmöglich, weshalb keine Besserung zu erwarten sei. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin könne er absolut nicht teilen (Urk. 9/66)

E. 4

4.1 Der im Zusammenhang mit der Rentenrevision von 2004 eingeholte Bericht von Dr. A.____ vom 8. Januar 2004 (Urk. 7/19/1-4) hatte zu keiner umfassenden Prüfung des Rentenanspruchs Anlass gegeben. Ausgangspunkt für die Prüfung der Frage nach einer revisionsrechtlich relevanten Änderung bildet daher der ursprünglichen Rentenverfugung zugrunde gelegene Sachverhalt.

4.2 Gemäss der unter Erw. 3.2 zitierten medizinischen Aktenlage litt der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht im Wesentlichen an einem lumbalbetonten panvertebralen Schmerzsyndrom bei Fehlform/-haltung der Wirbelsäule, muskulärer Dekonditionierung und multisegmentalen Osteochondrosen L2-S1 mit breitbasiger Diskushernie L5/S1 ohne Nervenkompression. Diesbezüglich stimmen die Beurteilungen der D.____ vom 10. Juni 2002 (Urk. 9/7/13-17) und von Dr. C.____ vom 21. Mai 2002 (Urk. 9/7/10-12) überein und korrespondieren zudem mit dem Befund des MRI der LWS vom 13. September 2001 der N.____ (Urk. 9/36/11-12). Sowohl Dr. C.____ wie auch die D.____ erachteten den Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als arbeitsunfähig, für eine leichtere Tätigkeit aus somatischer Sicht als grundsätzlich arbeitsfähig (Urk. 9/7/12, 9/7/15). Diesen Beurteilungen schloss sich der interne medizinische Dienst der Beschwerdegegnerin zu Recht an (Urk. 9/10/2).

Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung im Juni 2008 verzichtete das Z.____ auf die Erstellung neuer Röntgenbilder oder eines MRI. Der zuständige orthopädische Teilgutachter Dr. O.____ stützte seine Beurteilung auf den von ihm erhobenen orthopädischen und neurologischen Status und begründete den Verzicht auf aktuelle bildgebende Verfahren mit dem klinisch objektiv bis auf die LWS blanden Befund.

Der Beschwerdeführer sei aus orthopädischer Sicht entsprechend der Beurteilung der D.____ unverändert arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit im Tiefbau, für eine körperlich angepasste Tätigkeit jedoch voll arbeitsfähig (vgl. Urk. 7/37/15).

Angesichts der im MRI aus dem Jahr 2001 dokumentierten nicht unerheblichen degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS und der festgestellten engen Foramina intervertebralia L6/S1, welche dazumal als "noch ohne" Kompression der dort austretenden L5-Wurzeln beurteilt wurden (Urk. 7/36/11-12), sowie der aktuell vom Beschwerdeführer geklagten linksseitigen Hypästhesien über der gesamten oberen Extremität bis in sämtliche Fingerspitzen sowie an der Grosszehe und der Schmerzangaben an der Vorderseite von Ober- und Unterschenkel (Urk. 9/37/12-15) scheint der Verzicht auf eine Aktualisierung der bildgebenden Dokumentation als fraglich.

So führte denn auch das am 11. Dezember 2008 im M.____ durchgeführte MRI zum Nachweis neuroforaminaler Stenosen im Segment L5/S1. Ebenfalls nachgewiesen wurden bisher nicht dokumentierte degenerative Schädigungen im Bereich der HWS, unter anderem eine Spinalkanalstenose und beidseitige neuroforaminale Stenosen im Segment C5/C6 (Urk. 9/50/1-2). Wenn auch die Neurologin Dr. L.____ letztlich das Vorliegen einer zervikalen Myelopathie verneinte und höchstens auf ein diskretes sensibles lumboradikuläres Ausfallsyndrom S1 links schloss (vgl. Urk. 9/53 insbesondere S. 4 und 5) und Dr. K.____ die geklagten Athralgien keiner rheumatologisch relevanten Ursache zuordnen konnte (Urk. 9/53/6-7), so zeigen die aktualisierten medizinischen Akten doch klar, dass in somatischer Hinsicht sicherlich keine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

4.2 Was die von der Beschwerdegegnerin behauptete Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes in Bezug auf die der ursprünglichen Rentenzusprache zugrunde liegende anhaltende somatoforme Schmerzstörung angeht, ist vorweg auf die mit BGE 135 V 201 ff. publizierte höchststrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach die neuere Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung gemäss BGE 130 V 352 ff. weder Anlass zur wiedererwägungsweisen Abänderung der Rentenverfugung bildet, noch zur Anpassung einer formell rechtskräftigen Verfugung unter dem Titel einer geänderten Gerichtspraxis berechtigt.

Die Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache basierte im Wesentlichen auf der psychiatrischen Beurteilung von Dr. E.____ vom 10. Juli 2002 (Urk. 9/7/5-8, Urk. 7/10/2). Seine Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stützte er auf die bisherigen medizinischen Akten und seine Untersuchung vom 8. Juli 2002. Diese Diagnose (ICD-10 F45.4) sagt als solche wenig über die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person aus (BGE 130 V 402 Erw. 6.2.3). Dr. E.____s Prognose jedoch, dass der sich als körperlich rundum krank und von dauernden Schmerzen geplagt erlebende, absolut fixierte Beschwerdeführer höchstwahrscheinlich auch in einer leichten Tätigkeit keine wesentliche Arbeitsleistung werde erbringen können (Urk. 9/7/7), deckte sich mit der Einschätzung von Dr. A.____ vom 20. August 2002 (Urk. 9/7/4) und letztlich auch mit der pessimistischen Prognose hinsichtlich Verwertbarkeit der somatischen Restarbeitsfähigkeit von Dr. C.____, wenn auch letzterer von einer hypochondrisch depressiven Entwicklung ausging (Urk. 9/7/12). Alle drei sprachen sich damit für eine dem Beschwerdeführer nicht zumutbare, respektive angesichts der fehlenden psychischen Ressourcen nicht möglichen willentlichen Schmerzüberwindung

aus.

Die revisionsweise behauptete Besserung des psychischen Gesundheitszustandes begründete die Beschwerdegegnerin gestützt auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. G. ___ im Rahmen der MEDAS-Begutachtung des Z. ___ (Urk. 7/37 S. 8 ff.). Dr. G. ___ verneinte das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Wesentlichen mit dem Fehlen schwerer psychosozialer oder deutlicher emotionaler Belastungssituationen. Jedoch zeigt die Würdigung seiner Beurteilung, insbesondere auch seiner Stellungnahme zur Einschätzung von Dr. E. ___ (vgl. dazu Urk. 7/37/10-11), dass er letztlich nicht von einer Besserung des Gesundheitszustandes ausging, sondern dass er bereits die Diagnosestellung von Dr. E. ___ im Jahr 2002 mangels Vorliegens der gemäss ICD-10 F45.4 geforderten Kriterien als falsch erachtete.

Auf eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache wegen einer offensichtlich unzulässigen Diagnosestellung von Dr. E. ___, welche Anlass dazu gab, die Revisionsverfugung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schätzen (vgl. obige Erw. 2.3), lassen die Akten jedoch nicht schliessen. Zwar setzte sich Dr. E. ___ nicht explizit mit den gemäss ICD-10 F45.4 für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung geforderten Kriterien eines relevanten emotionalen Konfliktes oder eines entsprechenden psychosozialen Problems auseinander. Doch ist seinen Ausführungen deutlich zu entnehmen, dass er die psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers, seine Fähigkeit zur Selbstreflexion und seinen emotionalen Umgang mit der Beschwerdeproblematik als derart eingeschränkt erachtete, dass er den emotionalen Konflikt gemäss ICD-10 F45 aufgrund dessen als erfüllt erachtete (Urk. 9/7/5-7). Diese Schlussfolgerung kann ebenso wenig als offensichtlich falsch betrachtet werden, wie seine Prognose hinsichtlich der Leistungsfähigkeit, welche zudem sowohl von Dr. A. ___ als auch von Dr. C. ___ geteilt wurde.

Betrachtet man dagegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. G. ___ mit dem gänzlichen Ausschluss einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund einer psychogenen Störung, so fällt auf, dass er eine solche im Wesentlichen verneinte, indem er die mit BGE 130 V 352 ff. präzisierete Rechtsprechung hinsichtlich der Handhabung der sogenannten "Foerster-Kriterien" zur Anwendung brachte (vgl. insbesondere Urk. 9/3710). Dieses Vorgehen aber führt, sofern es im Rahmen der rechtlichen Entscheidung wie vorliegend Einfluss nimmt, im Ergebnis zur einer Umgehung der mit BGE 135 V 201 ff. veröffentlichten höchstgerichtlichen Rechtsprechung, wonach die mit BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung kein hinreichender Anlass bildet, um auf eine Rentenzusprache zurückzukommen.

Anhaltspunkte für eine im übrigen abweichende Beurteilung der von Dr. E. ___ ursprünglich befürworteten fehlenden Überwindbarkeit der Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG aufgrund einer verbesserten psychischen Gesundheit finden sich in den Ausführungen von Dr. G. ___, abgesehen von letztlich nicht im Vordergrund stehenden Inkonsistenzen, nicht.

Des Weiteren liegt auch keine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes aufgrund der Verneinung einer depressiven Störung durch Dr. G. ___ vor (vgl. Urk. 9/37/11). Wenn auch sowohl Dr. A. ___ in seinem Bericht vom 20.

August 2002 (Urk. 9/7/1-2) als auch Dr. C.____ am 21. Mai 2002 (Urk. 9/7/12) eine depressive Entwicklung erkannten, so ist dem Bericht von Dr. E.____ als einzigem im ursprÄ¼nglichen Rentenverfahren beteiligten psychiatrischen Facharzt kein Hinweis auf eine depressive Problematik oder eine entsprechende Diagnosestellung zur Zeit der Rentenzusprache zu entnehmen (Urk. 9/7/5-8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit aber erweist sich die EinschÄ¼tzung von Dr. G.____ im Rahmen der Z.____-Begutachtung lediglich als unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverÄ¼ndert gebliebenen Gesundheitszustandes und bildet demgemÄ¼ss keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ein solcher lÄ¼sst sich letztlich auch nicht aus der Beurteilung der Psychologin P.____ vom 26. MÄ¼rz 2009 ableiten. Dieser lediglich im Hinblick auf allfÄ¼llige BehandlungsmÄ¼glichkeiten erstellten Beurteilung mangelt es insbesondere an einer Auseinandersetzung mit den frÄ¼heren psychiatrischen Diagnosestellungen. Der von lic. phil. P.____ fÄ¼r die BehandlungsbedÄ¼rftigkeit als relevant erachtete Eindruck, dass der BeschwerdefÄ¼hrer nicht darunter leide, nicht mehr arbeiten zu kÄ¼nnen, ist fÄ¼r die hier zu beurteilende Problemstellung letztlich irrelevant.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit aber ist weder auf somatischer noch auf psychischer Ebene eine revisionsrechtlich relevante gesundheitliche Verbesserung ausgewiesen. Die mit dem angefochtenen Entscheid verfÄ¼gte Renteneinstellung erweist sich als unzutreffend und ist aufzuheben. Die Beschwerde ist gutzuheissen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer ist jedoch darauf hinzuweisen, dass er gemÄ¼ss Art. 7 Abs. 2 IVG grundsÄ¼tzlich nach wie vor verpflichtet ist, an allfÄ¼lligen Massnahmen beruflicher Art und an medizinischen Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Krankenversicherung (KVG), soweit diese ihm zumutbar sind und der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben dienen, aktiv teilzunehmen. Eine Widersetzlichkeit gegen entsprechende Anordnungen der IV-Stelle nach vorgÄ¼ngiger DurchfÄ¼hrung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG hÄ¼tte zur Folge, dass die weiterhin laufende Invalidenrente allenfalls nach Art. 7b Abs. 1 IVG in Zukunft gekÄ¼rt oder verweigert werden kÄ¼nnte.

5.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä AusgangsgemÄ¼ss hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1 bis IVG, die auf Fr 600.-- festzusetzen sind, zu tragen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die VerfÄ¼gung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle, vom 20. Mai 2009 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der BeschwerdefÄ¼hrer weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____ unter Beilage einer Kopie der Beschwerdeantwort vom 8. Juli 2009 (Urk. 8) sowie einer Kopie des EmpfangsbestÄ¼tigung vom 17. August 2009 (Urk. 11)

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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.