

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00630 vom 29. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00630

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00630 du 29 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00630 del 29 marzo 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1954, ist italienischer Staatsangehöriger. Er besuchte in P. die 1. bis 5. Primarschulklasse und erlernte keinen Beruf (Urk. 7/1/4). 1980 reiste er in die Schweiz ein (Urk. 7/1/1 und 3). Vom Februar 1981 bis zum Februar 2000 stand er als Stanzer in einem Arbeitsverhältnis, wobei er bereits ein Jahr früher, nach einer Herzoperation, tatsächlich nicht mehr erwerbstätig war (Urk. 7/5/1). Ab November 1996 bis Juli 1999 erzielte er zudem einen Nebenverdienst als Zeitungsverkäufer (Urk. 7/6/1). Am 3. Februar 2000 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Bezug einer Rente an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinischen und die erwerblichen Verhältnisse ab und kam zum Schluss, beim Versicherten liege seit 25. Februar 2000 ein Invaliditätsgrad von 100 % vor (Urk. 7/16). Sie sprach ihm infolgedessen mit Verfügung vom 29. Januar 2001 rückwirkend ab 1. Februar 2000 eine ganze Rente samt Zusatzrente für die Ehefrau und Kinderrenten für die drei Kinder zu (Urk. 7/18 und 7/19). Ein erstes Rentenrevisionsverfahren sah die IV-Stelle für den 31. Dezember 2003 vor (Urk. 7/16/1) und leitete sie im März 2004 ein (Urk. 7/20/1). Nach neuerlichen erwerblichen und medizinischen Abklärungen (Urk. 7/21-29) bestätigte sie mit Mitteilung vom 31. August 2004 den Invaliditätsgrad von 100 % und damit auch die ganze Rente (Urk. 7/30 und 7/31). Ein nächstes Revisionsverfahren sollte per 31. August 2008 eingeleitet werden (Urk. 7/30 und 7/33) und wurde im September 2008 eröffnet (Urk. 7/36).

1.2. Im Rahmen dieses zweiten Rentenrevisionsverfahrens zog die IV-Stelle einen aktuellen IK-Auszug sowie einen Bericht des Hausarztes Dr. med. Y., Facharzt für allgemeine Medizin, vom 23. Oktober 2008 samt von ihm eingeholter konsiliarischer Beurteilungen ein (Urk. 7/37, 7/38/1-22) und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 12. Februar 2009 in Aussicht, die Rente bei einem Invaliditätsgrad von nur noch 17 % auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats wiedererwerbungsweise aufzuheben (Urk. 7/40 und 7/41). Auf den Einwand des Versicherten vom 23. März 2009 (Urk. 7/48) hin hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. Mai 2009 (Urk. 7/52=Urk. 2) die Rente im Sinne des Vorbescheides auf.

2. Gegen diese Verfügung reichte der Versicherte, neu vertreten durch Rechtsanwältin Karolin Wolfensberger (Urk. 7/53 und Urk. 3) mit Eingabe vom 26. Juni 2009 Beschwerde ein. Er beantragte, es sei ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese den medizinischen Sachverhalt respektive die Zumutbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit in der BEFAS Z. im Hinblick auf einen Revisionsgrund ergänzend abkläre und anschliessend über den Anspruch des Beschwerdeführers

neu entscheide (Urk. 1 S. 2).

Am 22. Juli 2009 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 23. September 2009 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 11). Dabei in Aussicht gestellte Facharztberichte reichte er kurz danach ein (Urk. 17/1-3). Die IV-Stelle verzichtete auf eine Duplik (Urk. 14) wie auch auf eine Stellungnahme zu den neu eingereichten Unterlagen (Urk. 20). Am 15. November 2010 und am 17. Februar 2011 sandte der Versicherte weitere medizinische Unterlagen beim Gericht ein (Urk. 22 und 23/1-9 sowie Urk. 28 und 29/1-2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete beide Mal erneut auf Stellungnahmen dazu (Urk. 26 und 32).

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Bei der Pr

Bei der Prüfung des schon vor dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 1. Januar 2003 entstandenen Anspruchs des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung sind die allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln heranzuziehen, gemäss welchen - auch bei einer Änderung der gesetzlichen Grundlagen - grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts galten. Demzufolge ist der Rentenanspruch für die Zeit bis 31. Dezember 2002 auf Grund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (vgl. BGE 130 V 445 Erw. 1 mit Hinweisen; auch BGE 130 V 329).

Entsprechend sind auch die per 1. Januar 2004 in Kraft getretenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) (4. IV-Revision) sowie die damit einhergehenden Anpassungen des ATSG ab jenem Zeitpunkt anwendbar. Dasselbe gilt analog betreffend die am 1. Januar 2008 im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des IVG, der IVV und des 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.

Dabei beanspruchen die von der Rechtsprechung vor Inkrafttreten des ATSG zu den Begriffen der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität sowie zur Bestimmung des Invaliditätsgrades herausgebildeten Grundsätze unter der Herrschaft des ATSG prinzipiell weiterhin Geltung (vgl. BGE 130 V 352 Erw. 3.6) und haben auch durch die 4. IV-Revision keine Änderung erfahren.

Die angefochtene Verfügung ist am 27. Mai 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der bereits 1999 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht definitiv verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen mit den zwischenzeitlich erfolgten Änderungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen. Dies fällt materiellrechtlich insoweit 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 diesbezüglich 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 Die allgemeinen über die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 IVG) hat die IV-Stelle zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Zu ergänzen ist, dass der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen ist. 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 V 30 Erw. 1).

Die dabei ist nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung ein Nebenverdienst bei der Berechnung des Valideneinkommens ohne Rücksicht auf den hierfür erforderlichen zeitlichen oder leistungsmässigen Aufwand zu berücksichtigen, sofern er im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin erzielt worden wäre (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen M. vom 29. November 2002, U 130/02, Erw. 3.2.1).

1.3 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 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 Erw. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. März 2010, 9C_438/2009, Erw. 1 mit

Hinweisen). Unter dieser Voraussetzung gilt dies auch für eine blosser Mitteilung, mit welcher die Verwaltung feststellt, es sei keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse eingetreten; denn laut Art. 74 ter lit. f IVV bedarf es keiner Verfügung, wenn die Invalidenrente nach einer von Amtes wegen durchgeführten Revision weiter ausgerichtet wird. Eine solche Mitteilung ist, wenn keine Verfügung verlangt worden ist (Art. 74 quater IVV), in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteil des Bundesgerichtes in Sachen G. vom 15. Oktober 2010, 9C_586/2010, Erw. 2.2, mit Hinweisen).

1.4 Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen geltenden Regeln abändert 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). Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 110 V 178 Erw.2a, 292 Erw. 1 mit Hinweisen).

Der Grundsatz, wonach die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, wiedererwägungsweise zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist, geht der Revisionsordnung nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vor. Sind die Voraussetzungen für die Wiedererwägung gegeben, kann die Verwaltung daher unter diesem Titel eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsgrundlagen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen).

Selbst wenn jedoch die ursprüngliche Rentenzusprache rechtsfehlerhaft war, weil die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht geprüft wurde, muss, damit eine rechtskräftig zugesprochene Rente wiedererwägungsweise aufgehoben werden kann, zusätzlich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte. Wird dies unterlassen, so ist noch kein Schluss darauf erlaubt, ob und wie stark die Arbeitsfähigkeit allenfalls eingeschränkt war. Selbst in Fällen, in denen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit kaum nachvollziehbar erscheint, ist aufgrund der Akten doch eine ungewisse Einschränkung anzunehmen. Es steht damit nicht zweifelsfrei fest, dass der Invaliditätsgrad weniger als 70 % betrug (Urteil des Bundesgerichtes in Sachen A. vom 4. Mai 2010, 9C_122/2010, Erw. 3.3 mit Hinweis).

1.5 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

2.1.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob die Aufhebung der seit 1. Februar 2000 bestehenden ganzen Rente des Beschwerdeführers gerechtfertigt ist. Dies hängt davon ab, ob sie gestützt auf einen anerkannten Abänderungstitel (vgl. vorstehend Erw. 1.3-1.4) erfolgt ist. Die IV-Stelle hat sich auf den Standpunkt gestellt, es liege keine revisionsrechtlich massgebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse vor. Hingegen sei die ursprüngliche, mit Verfügung vom 29. Januar 2001 erfolgte Rentenzusprache zweifellos unrichtig gewesen, und deren Berichtigung sei von erheblicher Bedeutung. In diversen, vor der ursprünglichen Rentenzusprache beigezogenen medizinischen Unterlagen sei nämlich festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer in einer leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei und ein Grund für eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung nicht bestehe. Auch in der nachträglich noch eingeholten neurologischen Beurteilung des A. ___ vom 12. Dezember 2000 sei vermerkt worden, dass in der bisherigen Tätigkeit als Stanzer zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, hingegen bei einer körperlich nicht anstrengenden Tätigkeit aus neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 2 und Urk. 6).

2.2.1 Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, der damals zuständige medizinische Dienst der Beschwerdegegnerin selber habe, repräsentiert durch Dr. med. B. ___, in der Stellungnahme vom 27. Dezember 2000 entgegen dem neurologischen Gutachten vom 12. Dezember 2000 den Beschwerdeführer als zu 100 % arbeitsfähig eingeschätzt und die IV-Stelle - darauf abstellend - den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente bejaht. Somit sei der ursprüngliche Entscheid nicht als zweifellos unrichtig zu betrachten. Dieser Entscheid sei in Rechtskraft erwachsen. Eine andere Betrachtungsweise der Sach- und Rechtslage sei rechtsmissbräuchlich. Falls dieser Auffassung nicht gefolgt werde, müsste berücksichtigt werden, dass der Beschwerdeführer seit dem Eintritt der Rechtskraft der Verfügung vom 29. Januar 2001 immer noch an den objektivierbaren rheumatologischen, kardiologischen und neurologischen Beschwerden leide, zusätzlich aber ausserdem an neuen, befunduntermauerten invalidisierenden Beschwerden. Diesbezüglich müssten umfassende ergänzende Abklärungen in einer MEDAS oder BEFAS im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung erfolgen (Urk. 1 und Urk. 11).

E. 3.1

3.1.1 Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 29. Januar 2001, mit Gültigkeit ab 1. Februar 2000, ging eine Anfrage der IV-Stelle an den behandelnden Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Y. ___, voraus (Urk. 7/4/1). Dieser reichte der Beschwerdegegnerin vorerst keine eigene Beurteilung ein, sondern fachärztliche Berichte, die ihm selber zugegangen waren. Gemäss diesen Unterlagen begab sich der Versicherte am 24. Februar 1999 um Mitternacht wegen akuter Schmerzen hinter dem Brustbein ins C. ___, medizinische Klinik. Dieses erhob am Folgetag die Diagnose einer Aortendissektion Typ A bei langjährigem Nikotinabusus (Urk. 7/4/27). Am selben Tag erfolgte die Verlegung des Versicherten in die Intensivstation des A. ___ (A. ___), Departement für Innere Medizin, wo am Tag danach eine notfallmässige chirurgische Sanierung - Ersatz der Aorta ascendens und Reimplantation der Koronararterien in einen Composite Graft sowie Hemibogen-Ersatz durch Carbosil Nr. 30 - erfolgte (Urk. 7/4/26 und Operationsbericht des A. ___, Departement Chirurgie, Klinik für Herz- und Gefässchirurgie; Urk. 7/4/20 und 22). Anschliessend erfolgte vom 5. bis 23. März 1999 ein stationärer Aufenthalt in der D. ___ (Urk. 7/4/24).

Im Bericht der medizinischen Klinik des C.____ vom 11. Juni 1999 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer beklage sich aktuell noch über leichte sternale Schmerzen sowie eine reduzierte Beweglichkeit der Schultern, erweise sich aber als adäquat mit gutem Puls- und Druckanstieg ohne Hinweise für Arrhythmien oder gar Ischämien. Aus heutiger Sicht dürfte der kardiochirurgischen Intervention ein voller Erfolg zugesprochen werden. Es gelte nun, in der ambulanten Rehabilitation dem Versicherten das nötige Selbstvertrauen zurückzugeben und ihn zu motivieren, die Arbeit ab 1. August 1999 wieder zu 50 % aufzunehmen. Über die eventuell 100%ige Arbeitsfähigkeit werde im November zu befinden sein (Urk. 7/4/18 und 19). In ähnlichem Sinn äusserte sich das A.____, Klinik für Herz- und Gefässchirurgie, am 28. Juni 1999 gegenüber dem Hausarzt des Versicherten: Dieser sei ab 1. August 1999 sicher zu 50 % arbeitsfähig, eventuell bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab etwa November 1999. Falls möglich sollte der Versicherte eine körperlich nicht so anstrengende Tätigkeit ausüben. Eventuell müssten mit dem Arbeitgeber entsprechende Massnahmen in die Wege geleitet werden (Urk. 7/4/17). Am 30. Juni 1999 diagnostizierte das A.____, Departement für Innere Medizin, Kardiologie, nach einer Untersuchung des Beschwerdeführers einen Status nach akuter Aortendissektion Typ A bei zystischer Medianekrose bei bicuspidaler Aortenklappe am 24. Februar 1999 sowie eine rezidivierende Refluxoesophagitis bei Status nach Gastroskopie 1995. Es erachtete den Versicherten für eine mittelschwere Arbeit ab 1. September 1999 als zu 50 % und ab 1. Oktober 1999 als zu 100 % arbeitsfähig, wobei es darauf hinwies, das Heben von mehr als 20 kg sei dem Beschwerdeführer allerdings "lebenslang verboten" (Urk. 7/4/15 f.). Am 6. Oktober 1999 attestierte das A.____, Kardiologie, dem Beschwerdeführer in einer leichten körperlichen Arbeit (Heben nicht über 20 kg) erneut eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich hielt es ausdrücklich fest, in der angestammten Tätigkeit als Stanzer sei der Versicherte nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 7/4/13 f.).

3.1.2. Nachdem der Versicherte über Sehprobleme geklagt hatte, erhob das A.____, Neurologische Poliklinik, Neuroangiologie, am 15. Oktober 1999 den Befund "gekreuzte Doppelbilder beim horizontalen Blick nach links; übriger Neurostatus unauffällig". Eine Farbduplexsonographie ergab einen unauffälligen Befund der extra- und intrakraniellen hirnzuführenden Arterien. Transkranial fanden sich jedoch in der MCA (Arteria cerebri media) rechts und BA (Arteria basilaris) wiederholt Nachweise von Emboliesignalen, welche allerdings auch bei asymptomatischen Herzklappenträgern gehäuft festzustellen seien. Das A.____, Neuroangiologie, schlug in der Folge vor, ein Hirn-MRI mit der Frage nach ischämischen Läsionen anfertigen zu lassen (Urk. 7/4/11). Diese Untersuchung, welche am 20. Oktober 1999 in der Klinik E.____, Neuroradiologisches und Radiologisches Institut, erfolgte, ergab ausser klinisch nicht übermässig bedeutsamen frontalen vereinzelt chronischen Mikroinfarkten und wenig verbreiterten corticalen Sulci sowie einem kleinen venösen Angiom unauffällige Befunde. Insbesondere war keine Läsion im Bereich des Hirnstamms nachweisbar (Urk. 7/4/10). Am 3. Februar 2000 verfasste das C.____, chirurgische Klinik, einen Bericht über eine gleichentags durchgeführte Anoskopie, welche eine Analfissur sowie Hämorrhoiden Grad I ergab (Urk. 7/4/5 f.). Im Bericht vom 1. März 2000 hielt schliesslich das A.____, Kardiologie, erneut die Diagnosen Status nach Aortendissektion Typ A, eine rezidivierende Refluxoesophagitis sowie neu Myogelosen am rechten Unterschenkel, möglicherweise bedingt durch kleine intramuskuläre Blutungen bei Antikoagulation, fest, ohne sich zur Arbeitsfähigkeit nochmals zu äussern (Urk. 7/4/3). Am 29. April 2000 untersuchte Dr.

Y.____ den Versicherten und berichtete der IV-Stelle in der Folge unter anderem über unklare Muskelschmerzen, welche in Abklärung bei der rheumatologischen Poliklinik des A.____ seien, sowie über ein ebenfalls unklares neurologisches Zustandsbild mit Doppelbildern und Schwindel, und warf die Frage auf, ob diese Folge von Mikroembolien cerebral seien, was ebenfalls in Abklärung bei der neurologischen Klinik des A.____ sei. Die Berichte des A.____ seien noch ausstehend. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne er sich vor Abklärung dieser Aspekte noch nicht äussern (Urk. 7/7/4 und 6). Am 5. Juni 2000 hielt der medizinische Dienst der IV-Stelle, vertreten durch Dr. med. F.____, auf Anfrage der zuständigen Sachbearbeiterin (Urk. 7/10/1) fest, der Versicherte sei für eine leichte körperliche Tätigkeit ab November 1999 zu 100 % arbeitsfähig. Er berief sich auf das A.____, Departement Herz- und Gefässchirurgie, sowie das Departement Medizin, Kardiologie, und verwies auf deren Berichte vom 28. und 30. Juni 1999. Limitierend bleibe die neurologische Symptomatik. Die neurologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch noch ausstehend (Urk. 7/12).

3.1.3.3. Im Sinne der Stellungnahme ihres medizinischen Dienstes beauftragte die IV-Stelle am 13. Juni 2000 die neurologische Poliklinik des A.____ mit der Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 7/13/1 f. und Urk. 7/14). Am 12. Dezember 2000 erstattete diese ein ausführliches Gutachten (Urk. 7/15/1). Die Diagnosen lauteten auf Status nach Aortendissektion Typ A am 24. Februar 1999 bei cystischer Medianekrose und bicuspidaler Aortenklappe; Status nach Ersatz der Aortenklappe, der Aorta ascendens und des Hemibogens und Reimplantation der Coronarien; vasculäre Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Nikotinabusus von 20-30 pack years, Familienanamnese, Hypercholesterinämie); Verdacht auf cardiale Mikroembolien unter suffizienter oraler Antikoagulation mit Parästhesie der rechten Gesichtshälfte; minor stroke mit Parese des Musculus obliquus inferior rechts seit etwa April 1999; eine ängstlich-depressive Entwicklung; chronisch rezidivierende Lumbago und ungeklärte Unterschenkelschmerzen bei unklaren rezidivierenden Thoraxschmerzen ohne Hinweise auf Dissektionskomplikationen oder kardiale Ursachen und schliesslich eine rezidivierende Reflux-Oesophagitis bei Status nach Helicobacter-Eradikation (Urk. 7/15/7).

Die neurologische Poliklinik des A.____ hielt hinsichtlich ihres speziellen, auf die allfällige neurologische Problematik des Versicherten beschränkten Auftrages fest, mit nicht mehr klar datierbarer Latenz von etwa ein bis zwei Monaten nach der Aortendissektion am 24. Februar 1999 habe beim Beschwerdeführer eine erste Episode mit plötzlichem Schwarzsehen vor Augen und anschliessend horizontal versetzten Doppelbildern bestanden. Die seitdem bleibenden Doppelbilder bei Blick nach links seien durch eine Parese des Musculus obliquus inferior rechts bedingt. Bei fehlenden Hinweisen auf eine muskuläre Genese der Augenmuskelschwäche sei ein im MRI nicht erfassbarer, im März oder April 1999 stattgehabter Infarkt im Kerngebiet oder Faszikel des rechten Nervus oculomotorius anzunehmen. Die wiederholten Episoden von plötzlichem Schwarzsehen vor Augen mit anschliessend passageren verstärkten Doppelbildern seien aetiologisch unklar, entsprächen jedoch am ehesten rezidivierenden transitorischen ischämischen Attacken bei künstlichen Herzklappen trotz suffizienter oraler Antikoagulation. Ebenso sei aetiologisch bei den im November 2000 beklagten plötzlichen Parästhesien der Oberlippe am ehesten von cardialen Mikroembolien auszugehen. Im MRI zeigten sich erwartungsgemäss keine eindeutig pathologischen

Befunde: Die vereinzelt kleinsten Signalintensitäten bifrontal seien möglicherweise mikrovaskuläre Läsionen ohne klinische Relevanz. Wichtig sei, dass das Verlaufs-MRI am 13. November 2000 einen völlig identischen Befund ergeben habe im Vergleich zum vorher veranlassten MRI vom Oktober 1999 - ohne allfällige neue Ischämien. Die übrigen, zum Teil schon vor der Aortendissektion vorhandenen Beschwerden wie Unterschenkelschmerzen, rezidivierende Attacken von thorakalen Schmerzen, Schmerzen der Glieder, Insomnie und episodische Spannungstypkopfschmerzen seien unspezifisch. Mehrfache Abklärungen hätten nie objektivierbare pathologische Befunde ergeben. Im neurologischen Status zeige sich bis auf die Parese des Musculus obliquus inferior rechts ein normaler Befund. Insbesondere ergäben sich keine Hinweise auf eine Neuropathie als Ursache der Beinschmerzen. Im Labor hätten ein Hyperparathyreoidismus, eine Hypovitaminose B 12 sowie ein multiples Myelom als mögliche Ursachen dieser Beinschmerzen ausgeschlossen werden können. Die Wertigkeit der mäßig erhöhten Rheumafaktoren bei normaler Blutkörperchenreaktion und fehlenden Anzeichen für Arthritiden bleibe unklar. Die Hypercholesterinämie mit ungewöhnlicher Lipidkonstellation sei als vaskulärer Riskofaktor behandlungswürdig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund dieser differenzierten, durch Würdigung der Anamnese, Auseinandersetzung mit den vorangegangenen Berichten, eigene Abklärungen und Untersuchungen des Versicherten untermauerte Beurteilung verneinte die neurologische Poliklinik die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Stanzer ebenfalls, und zwar wegen der nicht möglichen körperlichen Schonung, insbesondere was das Heben schwerer Gewichte anbelange, denn es dürften zur Vermeidung von Blutdruckspitzen maximal 20 kg gehoben werden, wie sich aus den Berichten der Kardiologie und der Kardiochirurgie ergebe. In einem nicht körperlich anstrengenden Beruf sei der Versicherte dagegen aus neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Diese Einschätzung basiere auf formalen medizinischen Erwägungen ohne Berücksichtigung der Erfolgsaussichten einer Umschulung, die aufgrund der Fremdsprachlichkeit und mangelhafter Vorbildung schwierig durchführbar sein dürfte. Die Zusatzfrage, ob beim Versicherten ein invalidisierender Gesundheitsschaden bestehe, verneinten die Gutachter (Urk. 7/15/6-8).

3.1.4 Ä Ä Nach Vorliegen des neurologischen Gutachtens ersuchte die zuständige Sachbearbeiterin der IV-Stelle deren medizinischen Dienst erneut um eine Stellungnahme. Dabei wies sie zusammenfassend darauf hin, gemäß dem Gutachten bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einem körperlich nicht anstrengenden Beruf sei der Versicherte aus neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/17/4). Die Antwort des medizinischen Dienstes vom 27. Dezember 2000, visiert von Dr. B. ____, lautete dagegen wörtlich: "Ich kann nicht nachvollziehen, warum der Vs AF zu 100% sein soll in einer leichten ET, die eher intellektuell sein wird, bei der Anamnese, die eben die neurol. Klinik angibt: Minor stroke und Verdacht auf TIA, dh Verdacht auf Hirnischämie Herde Cardologisch Status nach einer schweren Operation. Ich schlage Ihnen vor, die Umschulung als unzumutbar anzuerkennen, zT medizinisch wegen dem angeschlagenen Gehirn. Somit war Ihr erster Antrag mit Rente 1/1 i.O." (Urk. 7/17/3).

3.2 Ä Ä Ä Ä

3.2.1 Ä Ä Die eine ganze Rente zusprechende Verfügung vom 29. Januar 2001 war, wie die IV-Stelle einräumt und auch der Beschwerdeführer grundsätzlich nicht in Abrede

stellt, insofern nicht korrekt, als die IV-Stelle von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgegangen war, obwohl diese Beurteilung keiner einzigen ärztlichen Einschätzung entsprach, wie sich aus dem oben Ausgeführten ergibt. Die rudimentär abgefasste Kurzbeurteilung des medizinischen Dienstes der IV-Stelle vom 27. Dezember 2000 musste schon im damaligen Zeitpunkt als nicht geeignet erscheinen, um diesen zahlreichen, anders, untereinander aber praktisch gleich lautenden, zum Teil nach fundierten Abklärungen und auch für den Laien gut nachvollziehbaren Überlegungen abzugeben, ausführlich begründeten fachärztlichen Beurteilungen entgegengehalten werden zu können. Dass die IV-Stelle trotzdem im Sinne der Einschätzung des medizinischen Dienstes von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgegangen ist, war offensichtlich falsch. Denn den gesamten medizinischen, in Erwägung 3.1 ausführlich wiedergegebenen und weitgehend für sich sprechenden Unterlagen, welche als Basis für die Verfügung vom 29. Januar 2001 dienten, war insgesamt deutlich zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer damals eine leichte Tätigkeit ohne Tragen von Lasten über 20 Kilogramm, im Umfang von 100 % zumutbar gewesen wäre, wie es die Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin zu Recht angenommen hat. Wenn schon wäre die IV-Stelle aufgrund der medizinischen Beurteilungen gehalten gewesen, zusätzliche Abklärungen anzuordnen, welche insbesondere die Frage hätten beantworten müssen, was für konkrete Erwerbsmöglichkeiten dem Beschwerdeführer noch offen gestanden hätten. Als Grundlage hierfür genügt jedenfalls die Feststellung des medizinischen Dienstes ("Ich schlage Ihnen vor, die Umschulung als unzumutbar anzuerkennen, zT medizinisch wegen dem angeschlagenen Gehirn.") keineswegs.

3.2.2.2. Ob die ursprüngliche Verfügung damit zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG war, hängt indessen davon ab, ob zusätzlich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass eine korrekte Invaliditätsbemessung hinsichtlich des Leistungsanspruchs zu einem anderen Ergebnis geführt hätte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der Arbeitgeberbescheinigung hätte der Versicherte im Jahr 2000, also zur Zeit des Rentenbeginns, mit seinem Haupterwerb ohne Gesundheitsschaden ein Valideneinkommen von (13 x 5'300.-- monatlich =) Fr. 68'900.--, also nicht (13 x 5'050.-- monatlich =) Fr. 65'650.--, erzielen können (Urk. 7/5/2 Ziff. 16 und Ziff. 12), wie die IV-Stelle angenommen hat (Urk. 7/9/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Praxisgemäss sind für die Bemessung des Invalideneinkommens die sogenannten Tabellen ohne heranzuziehen, wobei auf die seit 1994 herausgegebene Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) abgestellt werden kann, die im Zweijahresrhythmus erscheint (BGE 126 V 76 Erw. 3b/bb mit Hinweisen; RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 Erw. 4b/aa mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist bei der Ermittlung des trotz Gesundheitsschadens noch erzielbaren Invalideneinkommens gegebenenfalls der Umstand zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Deshalb kann in solchen Fällen ein Abzug von den statistisch ausgewiesenen Durchschnittslöhnen vorgenommen werden. Sodann trug die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung, dass weitere

persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (BGE 126 V 78 ff. mit Hinweisen; AHI 2002 S. 69 f. Erw. 4b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Tabelle TA1 der LSE 2000 belief sich zu Beginn der Rentenauszahlung der monatliche Bruttolohn für Männer, die einfache und repetitive Tätigkeiten verrichten (Anforderungsniveau 4), im privaten Sektor auf Fr. 4'437.--, was umgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41,8 Stunden pro Woche (vgl. Die Volkswirtschaft 12/2009 S. 98) ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 55'640.-- (Fr. 4'437.-- x 12 : 40 x 41,8) ergibt. Bei einem Abzug vom Tabellenlohn von 10 % wegen nicht voller Leistungsfähigkeit auch in einer leidensangepassten Tätigkeit hätte somit das Invalideneinkommen rund Fr. 50'076.-- betragen (Fr. 55'640.-- ./ 10 %). Gemessen am Valideneinkommen von Fr. 68'900.-- hätte so ein Invaliditätsgrad von 27,3 % resultiert ((Fr. 68'900.-- ./ Fr. 50'076.--) : Fr. 68'900.-- x 100), der klarerweise überhaupt keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet hätte. Selbst bei einem kaum angebracht erscheinenden leidensbedingten Abzug von 25 % hätte der Invaliditätsgrad nicht zum Bezug einer ganzen Invalidenrente gereicht, sondern lediglich einen Invaliditätsgrad von 39 % statt der von der IV-Stelle angenommenen 100 % ergeben ((Fr. 68'900.-- ./ Fr. 41'730.--) : Fr. 68'900.-- x 100). Sogar bei Berücksichtigung eines 25%-Abzuges und des immerhin von 1996 bis kurz nach dem Zeitpunkt der die Invalidität auslösenden Gesundheitsverschlechterung im Jahr 1999 erzielten Nebenerwerbs von umgerechnet auf ein Jahr (13 x Fr. 828.65 [Urk. 7/1/4 und 7/6/2 ff.] =) Fr. 10'772.-- beim Valideneinkommen ergibt sich ein weit unter 100 % liegender Invaliditätsgrad von 48 % ((Fr. 79'672.-- ./ Fr. 41'730.--) : Fr. 79'672.-- x 100).

3.2.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Richtigerweise ist deshalb die IV-Stelle auf die seinerzeitige Verfürgung zurückgekommen, zumal auch die zweite in Art. 53 Abs. 2 ATSG genannte Voraussetzung für eine Wiedererwägung - die erhebliche Bedeutung der Berichtigung - unzweifelhaft gegeben ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da die Beschwerdegegnerin die Verfürgung in analoger Anwendung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV ebenfalls zu Recht nur mit Wirkung ex nunc et pro futuro - vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfürgung folgenden Monats an - aufgehoben hat (BGE 136 V 45), wird die ganze Rente bis zu diesem Zeitpunkt nicht angetastet. Somit ist auch die Frage obsolet, ob die Aufhebung des seinerzeitigen Entscheides rechtsmissbräuchlich war. Davon ist jedoch nebenbei bemerkt nicht auszugehen, da gemäss der höchststrichterlichen Rechtsprechung sogar die mehrmalige revisionsweise Bestätigung einer Rente nicht dazu führt, dass unter den Titeln "Rechtssicherheit" und "Vertrauensschutz" erhöhte Anforderungen an die zweifellose Unrichtigkeit zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichtes in Sachen C. vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, Erw. 3.2).

E. 3.3

3.3.1 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich stellt sich die Frage, ob im Zeitpunkt der Rentenaufhebung dennoch der Anspruch auf eine Rente bestand, wie der

Beschwerdeführer geltend machen lässt, und - falls ja - in welcher Höhe (vgl. Urteil des Bundesgerichtes in Sachen C. vom 2. Juli 2007, 9C_215/2007, Erw. 6.1). Hiezu gilt es zu prüfen, ob sich im massgebenden Vergleichszeitraum seit der Rentenverfügung vom 29. Januar 2001, welche nach dem ersten Revisionsverfahren mit Mitteilung vom 31. August 2004 noch vollumfänglich bestätigt worden war (Urk. 7/30 und 7/31), bis zur Verfügung vom 27. Mai 2009, welche das Ergebnis und den Abschluss des zweiten Revisionsverfahrens bildete, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit auch die Arbeitsfähigkeit in rentenrelevantem Ausmass verschlechtert hat, wie er vorbringt. Das Gericht hat bei der Prüfung dieser Frage grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes, hier also am 27. Mai 2009, gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, bilden im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis).

3.3.2.1 Die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2009 erging im Rahmen des im September 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 7/36/1). Der Hausarzt des Versicherten nannte in seinem Bericht vom 23. Oktober 2008 (Urk. 7/38/2-5) als Diagnosen nebst der Aortendissektion mit Aortenklappen- und Aortenbogensersatz und einem unklaren neurologischen Zustandsbild mit Schwindel, Doppelbildern, restless legs und einem periodischen Limbmovementsyndrom eine Polymyalgia rheumatica. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Kardial beständen zur Zeit keine Anhaltspunkte für eine Progression des Leidens. Aus rheumatologischer Sicht hätten die Muskelschmerzen unter Steroiden abgenommen. Dafür sei indessen die Kraft vermindert und hätten die Magenschmerzen zugenommen. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich tendenziell verschlechternd. Der Beschwerdeführer erachte sich als körperlich nur sehr wenig belastbar. Der Hausarzt legte ferner diverse, wiederum vom A.____ verfasste Berichte bei. Derjenige der Klinik für Kardiologie vom 30. November 2008 inklusive radiologischem Befund vom 14. Juli 2008 liegt zeitlich dem Datum der angefochtenen Verfügung am nächsten, ist aber insofern nicht aufschlussreich, als er keine Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit enthält (Urk. 7/38/7-12). Die weiteren, vom Hausarzt bei der Beschwerdegegnerin eingereichten Berichte stammen ausschliesslich aus dem Jahr 2006 oder sogar 2005 (Urk. 7/38/13-22) und sind deshalb zu wenig aktuell, um ein zuverlässiges Bild der gesundheitlichen Situation des Versicherten im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 27. Mai 2009 abzugeben.

2.2.2.1 Als Reaktion auf den gleich wie diese Verfügung lautenden Vorbescheid vom 31. August 2008 hatte der Hausarzt des Versicherten der Beschwerdegegnerin indessen noch vor dem Verfügungserlass, am 14. März 2009, mitgeteilt, wie er schon in seinem IV-Zeugnis vom 23. Oktober 2008 deutlich zu machen versucht habe, habe sich die Situation in den letzten zehn Jahren keinesfalls gebessert. Es sei ja noch "einiges" dazugekommen. Um ein besseres Gesamtbild der gesundheitlichen Situation und der damit verbundenen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erhalten, schlage er eine erneute umfassende Begutachtung vor (Urk. 7/47). In der Folge erging die angefochtene Verfügung ohne weitere Abklärungen.

3.3.3.1 In der Replik im Beschwerdeverfahren kündigte der Beschwerdeführer an, er werde aktuelle Arztberichte nachreichen (Urk. 11 S. 3), was er in der Folge tat (Urk. 17/1-3). Am 25. August 2009 verwies die Neurologische Klinik des A.____, deren Sprechstunde für neuro-muskuläre Krankheiten der Beschwerdeführer aufgesucht

hatte, in Bezug auf die Frage nach dem Vorliegen einer Polymyalgia rheumatica auf die bereits in die Wege geleitete rheumatologische Beurteilung (Urk. 17/3). Am 27. August 2009 berichtete das Q.____ des A.____ über bildgebende Untersuchungen, welche einerseits der Halswirbelsäule und andererseits dem Becken gegolten hatten und denen Laborbefunde beilagen (Urk. 17/1).

Die bereits angekündigte rheumatologische Untersuchung erfolgte dann am 27. August sowie am 2. und 3. September 2009 im A.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin. Dabei wurden ein Arbeitsassessment, ein Basistest sowie eine psychologische Abklärung durchgeführt (Urk. 17/2 S. 1). Im an den Hausarzt des Versicherten adressierten ausführlichen Bericht sind die Diagnosen schweres Restless-leg-Syndrom, Status nach Ersatz der Aortenklappe, der Aorta ascendens und des Hemibogens mit Composite-Graft sowie Reimplantation der Koronarien, eine Abduzensparese links perioperativ 1999, seither persistierend, eine aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine Panikstörung angeführt (ICD-10 F41.0). Klinisch bestanden als Residuum der Aortendisektion und der perioperativen Situation eine Abduzensparese links mit Doppelbildern beim Blick zur Seite. Im Vordergrund der Beschwerden standen aber anhaltende diffuse anteriore belastungsverstärkte Beinschmerzen sowie diffuse bewegungsverstärkte Beschwerden im Schultergürtel-Nackengebiet beidseits. Darüber hinaus berichtete der Versicherte über rezidivierende, von den Hüften bis zum Thorax aufsteigende Schmerzen mit Beklemmungsgefühl beim Atmen und Kältschweißigkeit sowie einer Tendenz zu hypotonen Blutdruckabfällen. Die Ursache dieser Zustände sei bisher unklar geblieben. Sie bestanden seit der Operation und hätten wegen der kurzen Dauer (Selbstlimitierung nach etwa 10 Minuten) nie sicher objektiviert werden können. Sie traten allerdings etwa alle drei Tage ohne Vorankündigung auf. Neben einer in der Ergometrie nachweisbaren reduzierten kardiovaskulären Belastbarkeit mit einer ausgeprägten Dekonditionierung bestanden insbesondere diffuse anteriore belastungsverstärkte Beinschmerzen, die wahrscheinlich im Zusammenhang mit der schweren Restless-Legs-Symptomatik stehen und allenfalls noch durch eine muskuläre Dekonditionierung verstärkt würden. Die bewegungsverstärkten Beschwerden im Schultergürtel-Nackengebiet seien ebenfalls diffuser Natur. Sonographisch habe eine Rotatorenmanschettenläsion der Schultern, insbesondere rechts, bei fraglich positiver Impingement-Symptomatik ausgeschlossen werden können. Ebenso könne eine Polymyalgia rheumatica als mögliche Ursache dieser Beschwerden mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen werden, da die Muskelenzyme und die Blutsenkung normal seien. Die geschilderten Beschwerden könnten jedoch ebenfalls im Rahmen einer Dekonditionierung sowie leichter degenerativer Veränderungen erklärt werden. In der psychologischen Exploration sei aber auch klar geworden, dass der Versicherte seit der Herzoperation sehr wahrscheinlich an eigentlichen Panikattacken leide mit plötzlichem Auftreten von Schmerzen im linken Arm, die dann in den Schulter-Brustbereich ausstrahlten und mit starkem Herzklopfen, Kältschweißigkeit und Kollapserscheinungen sowie Todesängsten einhergingen. Er schränke sich dadurch im Alltag stark ein und vermeide es beispielsweise, allein im Wald spazieren zu gehen. Im Zusammenhang mit der unvermittelt verfallenen Einstellung der Invalidenrente entwickle sich zudem eine depressive Symptomatik mit Suizidgedanken, gedrückter Stimmung, Appetitlosigkeit und Gefühlen der Hilfs- und Hoffnungslosigkeit. In der körperlichen Untersuchung fanden sich keine Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Leiden. Auch für die im Bereich des Trochanter rechts

nachts beklagten Beschwerden finde sich derzeit kein organisches Korrelat.

Röntgenaufnahmen der HWS und des Beckens zeigten - ausser leichte degenerative - keine relevante Veränderungen. Auch ergänzende Laborbefunde seien bis auf einen leichten Vitamin-D-Mangel unauffällig. In der bisherigen Arbeit als Stanzer sei und bleibe eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Stelle man nur auf die Testresultate der funktionellen Leistungstests ab, so bestehe eine ganztagige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Arbeit mit Gewichtshantierung bis maximal 15 kg. Die Tätigkeit müsse wechselbelastend, mit einer maximalen Gehstrecke von 210 Metern am Stück sein und das Vermeiden von häufigem Treppensteigen erlauben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Grund der multiplen komplexen Beschwerden sei es allerdings mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen, dass der Versicherte jemals wieder eine volle Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Arbeitstätigkeit aufzunehmen im Stande wäre. Einerseits bestehe eine erhebliche Dekonditionierung, die in beschränktem Umfang zwar überwindbar wäre, deren Trainierbarkeit wegen der kardialen Vorbelastung aber begrenzt sei. Eine konkrete leidensangepasste Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer deshalb wahrscheinlich nur im Rahmen eines 50- bis 70%-Pensums beginnen mit langsamer Steigerung parallel zur notwendigen Rekonditionierung. Andererseits beständen diverse medizinische Probleme, welche die Arbeitsfähigkeit weiter einschränkten: Aufgrund der Panikstörung sowie der Abducensparese seien dem Versicherten viele berufliche Tätigkeiten wie zum Beispiel Überwachungstätigkeiten, Alleinarbeit, das Steuern und Lenken von Fahrzeugen und Maschinen sowie Tätigkeiten im öffentlichen Verkehr nicht zumutbar. Zumutbar wären lediglich Tätigkeiten in einem überwachten Bereich mit gut instruierten Kollegen und eingeschränkter eigener Verantwortung ohne das Bedienen gefährlicher Maschinen. Aufgrund der schweren Restless-Legs-Symptome mit deutlich eingeschränktem Nachtschlaf und auch tagsüber bestehenden Beschwerden bestehe eine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche aus rheumatologischer Sicht nicht näher quantifiziert werden könne. Wegen der aktuellen psychischen Problematik in Form einer mittelgradigen depressiven Episode und der schon lange bestehenden aber bisher nie therapierten Panikstörung bestehe eine weitere relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die aus rheumatologischer Sicht ebenfalls nicht näher quantifiziert werden könne. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeitstätigkeit von aktuell maximal 50 %, wobei die exakte Arbeitsfähigkeit aus neurologischer und psychiatrischer Sicht zu beurteilen wäre. Auch bei erfolgreichem Ansprechen therapeutischer Massnahmen bleibe es derzeit fraglich, ob der Versicherte wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen könne. Es empfehle sich die Klärung der Sachlage im Rahmen einer multidisziplinären Begutachtung (kardiologisch, neurologisch, psychiatrisch und rheumatologisch), allenfalls auch unter Einbezug einer vollständigen Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit nach Isernhagen (Urk. 17/2).

3.3.4 Ä Ä Obwohl sich der gerichtliche Prüfungszeitraum - wie zu Beginn der Erwägung 3.3.1 ausgeführt - grundsätzlich nur bis zum 27. Mai 2009, dem Datum der angefochtenen Verfügung, erstreckt, schliesst dies nicht aus, danach datierende Unterlagen zu berücksichtigen, sofern und soweit sie Rückschlüsse auf den Sachverhalt im Zeitraum bis zur Verfügung zulassen. Dies trifft für das Gutachten des A. ___, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 27. August 2009 zu. Es erging lediglich drei Monate nach der angefochtenen Verwaltungsverfügung und

lässt durchaus Rückschlüsse auf den massgeblichen Zeitraum zu. Demgegenüber kommen die am 15. November 2010 eingereichten Berichte vom September und November 2010 nicht in Betracht (Urk. 23/1-9), weil sie doch in erheblicher zeitlicher Distanz zur angefochtenen Verfügung ergangen sind und weder Angaben zur aktuellen Arbeitsfähigkeit enthalten, noch zu jener im massgeblichen Zeitraum.

Dem Bericht des A. ____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 28. August 2009 ist klar zu entnehmen, dass der medizinische Sachverhalt noch gar nicht mit hinreichender Zuverlässigkeit festgestellt werden konnte. Insbesondere wies die Rheumaklinik auf eine erhebliche Symptomatik in Form von Panikattacken sowie auf eine mittelgradige Depression hin. Zwar bestimme, stelle man nur auf die Testresultate der funktionellen Leistungstests ab, eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Arbeit mit gewissen Einschränkungen. Die Rheumaklinik hielt es aber auf Grund der multiplen komplexen Beschwerden als mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen, dass der Versicherte jemals wieder eine volle Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Arbeitstätigkeit aufzunehmen im Stande wäre. Eine konkrete leidensangepasste Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer deshalb wahrscheinlich nur im Rahmen eines 50- bis 70%-Pensums mit langsamer Steigerung parallel zur notwendigen Rekonditionierung beginnen. Gleichzeitig wies die Rheumaklinik auf diverse medizinische Probleme hin, welche die Arbeitsfähigkeit weiter einschränkten: Aufgrund der Panikstörung sowie der Abducensparese seien dem Versicherten viele berufliche Tätigkeiten nicht zumutbar. Auch die schweren Restless-Legs-Symptome führten zu einer weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammen mit der aktuellen psychischen Problematik in Form einer mittelgradigen depressiven Episode und der schon lange bestehenden aber bisher nie therapierten Panikstörung bestimme eine zusätzliche relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die aus rheumatologischer Sicht nicht näher quantifiziert werden könne. Die Rheumaklinik empfahl deshalb die Klärung der Sachlage im Rahmen einer multidisziplinären Begutachtung (Urk. 17/2).

Angeichts der bestehenden Unklarheiten in Bezug auf die Diagnosen und die Arbeitsfähigkeit des Versicherten, aber auch angesichts der multiplen Beschwerden, welche nicht zuletzt in erheblichem Mass psychischen Ursprungs sein könnten, und schliesslich wegen der bisher unterlassenen Erhebungen darüber, wie eine allfällige leidensangepasste Arbeitstätigkeit ausgestaltet sein müsste, bedarf es in der Tat einer polydisziplinären medizinischen Begutachtung, um die Restarbeitsfähigkeit des Versicherten zu eruieren, zumal in psychischer Hinsicht zwar eine psychologische, aber noch keine fachärztliche Beurteilung erfolgt ist. Anschliessend wird festzulegen sein, welche konkreten Arbeitsmöglichkeiten dem Versicherten unter welchen Bedingungen offenstehen. Dabei wird unter anderem zu berücksichtigen sein, dass er in P. ____, nur die 1. bis 5. Primarschulklasse besucht sowie keinen Beruf erlernt hat und offenbar lediglich über mangelhafte Deutschkenntnisse verfügt. Sodann wird vor der Invaliditätsbemessung die Frage zu stellen sein, ob und wie der von 1996 bis 1999 als Zeitungsvertragsler erzielte Nebenerwerb in Rechnung zu stellen ist. Erst dann wird es möglich sein zu entscheiden, ob und in welchem Ausmass sich seit der ursprünglichen Verfügung vom 29. Januar 2001 etwas geändert und die jetzige gänzliche Aufhebung der Rente gerechtfertigt ist. In diesem Sinn ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4. Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- zu Lasten der unterliegenden IV-Stelle (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung dieser Bemessungskriterien erweist sich eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 27. Mai 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Karolin Wolfensberger
- 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.