

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00692 vom 20. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00692

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00692 du 20 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00692 del 20 dicembre 2010

Erwägungen

E. 3

3.1. Wie in Erw. 2.3 festgehalten, ist der zeitliche Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer rechtskonformen Abklärung beruhte (BGE 133 V 108 ff., Erw. 5). Zu prüfen ist, ob sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 29. Oktober 2002 (Urk. 8/25), womit dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Dezember 2001 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde, und der jetzt angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2009 (Urk. 2) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich verändert haben, dass ihm ab 1. August 2009 keine Invalidenrente mehr zusteht. Die im Jahr 2004 durchgeführte Revision ist insofern nicht relevant, als sie am Rentenanspruch des Beschwerdeführers nichts geändert hatte und der entsprechenden Mitteilung vom 6. September 2004 (Urk. 8/35) lediglich eine rudimentäre Verlaufskontrolle hinsichtlich der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers (Bericht von Dr. Z. ___ vom 1. September 2004, Urk. 8/33) zugrunde lag und sich auf die Feststellung eines Mitarbeiters der Beschwerdegegnerin beschränkte, gestützt auf den Bericht von Dr. Z. ___ komme höchstwahrscheinlich keine Erwerbstätigkeit mehr in Frage (siehe Urk. 8/34). Eine rechtskonforme Abklärung des Sachverhalts wurde somit im Jahr 2004 offenkundig nicht vorgenommen.

3.2. Grundlage für die Zusprache der ganzen Invalidenrente mit Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. Oktober 2002 (Urk. 8/25) waren die folgenden Arztberichte (siehe Feststellungsblatt vom 13. August 2002, Urk. 8/17-18):

3.2.1. Dr. Z. ___, der den Beschwerdeführer seit 1996 behandelt, diagnostizierte bei diesem folgende - seit Dezember 2000 - bestehende Leiden (mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit): (1) eine hypertensive Kardiomyopathie, (2) eine schwer einstellbare Hypertonie, (3) eine rezidivierende Angina pectoris, (4) rezidivierende, unklare Bauchschmerzen sowie (5) eine depressive Entwicklung. Des Weiteren stellte er - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - die Diagnose eines Status nach intraartikulärer Radiusfraktur vom 21. Mai 2001 mit operativer Therapie sowie immer noch nicht konsolidierter Fraktur (Urk. 8/15/1). Mindestens seit Dezember 2000 bestehe beim Beschwerdeführer ein identischer Zustand. Insbesondere wegen der hypertensiven Kardiomyopathie sei eine vollkommene Heilung kaum vorstellbar. Die internistischen Abklärungen beziehungsweise eine Neubeurteilung seien noch im Gange. Dr. Z. ___ attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 11. Dezember 2000 (Bericht von Dr. Z. ___ vom 11. Juni 2002, Urk. 8/15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Verfassung vom 4. Dezember 2002 (Urk. 8/28) stellte die SUVA ihre Taggeldleistungen per 29. Oktober 2002 ein; Arztbehandlungen, notwendige Abklärungen und Therapien im Zusammenhang mit Beschwerden der linken Hand gingen hingegen unverändert zu Lasten der SUVA. Sobald sich ein stabiler Zustand der Beschwerden der linken Hand eingestellt habe, werde der Anspruch auf eine Integritätsentschädigung geprüft.

3.2.5 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf diese drei Arztberichte kam Dr. med. J. ___ vom P. ___ der Beschwerdegegnerin zum Schluss, offenbar müsse hier zur Zeit von einer vollen Erwerbsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 8/17/2), was dann zur Zusage der ganzen Invalidenrente ab 1. Dezember 2001 führte.

3.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Grundlage für den Entzug der Invalidenrente ist das B. ___-Gutachten vom 8. September 2008 (Urk. 8/46).

3.3.1 Ä Ä Die bis zur Begutachtung vom 29./30. Juli und 21. August 2008 dem B. ___ vorliegenden Akten wurden im B. ___-Gutachten vom 8. September 2008 (Urk. 8/46/2-6) aufgeführt, weshalb sie hier nicht nochmals wiedergegeben werden.

3.3.2 Ä Ä Am Gutachten des B. ___ wirkten PD Dr. med. K. ___, Internistische/allgemeinmedizinische Fallführung, sowie die Dres. med. L. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, M. ___, FMH Orthopädische Chirurgie, und N. ___, FMH Kardiologie, mit. In Würdigung der medizinischen Akten und der Ergebnisse der Untersuchungen des Beschwerdeführers am 29./30. Juli sowie am 21. August 2008 stellten sie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: (1) chronische Beschwerden am rechten Sprunggelenk (ICD-10: M79.67) (chronische anterolaterale Instabilität und Verdacht auf Impingement OSG [ICD-10: 24.27], anamnestisch Status nach Kontusion und Distorsion des Sprunggelenks vor zehn Jahren [ICD-10: S93.40], altersentsprechender radiologischer Befund [Röntgen am 29. Juli 2008]) (2) Verdacht auf Impingement Hüftgelenk rechts (ICD-10: M77.9) (klinisch und radiologisch kein Coxarthrosehinweis [Röntgen am 29. Juli 2008]), (3) arterielle Hypertonie und hypertensive Herzkrankheit (ICD-10: I10) (konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, normale systolische LV-Pumpfunktion, diastolische Dysfunktion [linksventrikulärer enddiastolischer Druck, LVEDP, in der Koronarangiographie 30 mmHg, Echokardiographiebefund], Koronarangiographie am 16. April 2008: normale Koronararterien mit separatem Abgang von RIVA und RCX [Klinik C. ___], ungenügend eingestellte arterielle Hypertonie, differentialdiagnostisch [DD] Medikamenten-Compliance-Problem). Ferner stellten sie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Status nach leichter depressiver Episode (ICD-10: F32.0), (2) Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), (3) mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom (ICD-10: G47.3) (kontinuierliche Atemdruckbeatmung [CPAP]-Therapie) (4) Adipositas (BMI 35 kg/m²; ICD-10 E66.0) (Dyslipidämie [ICD-10: E78.8]), (5) Leberhämangiome, (6) unklare Unterbauchbeschwerden seit Jahren, (7) Status nach Osteosynthese bei distaler intraartikulärer Radiusfraktur links am 21. Mai 2001 (ICD-10: Z98.8) (Urk. 8/46/19-20).

3.3.3 Ä Ä Gemäss der psychiatrischen Beurteilung und Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit im B. ___-Gutachten vom 8. September 2008 (Urk. 8/46) können das Ausmass der geklagten körperlichen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, aufgrund der Beschwerden nicht mehr arbeiten zu können,

durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsste. Es handle sich um eine Somatisierungsstörung. Diese sei vor dem Hintergrund der schweren körperlichen Erkrankung der Ehefrau des Beschwerdeführers zu sehen. Die geklagten körperlichen Beschwerden würden ihn im Alltag allerdings kaum einschränken. Die in den Akten erwähnte depressive Stimmung habe sich zurückgebildet. Der Beschwerdeführer klagt einzig über eine leicht verminderte Belastbarkeit unter Stress, was jedoch nicht genüge, um eine depressive Erkrankung zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Stimmung sei remittiert. Die Somatisierungsstörung sei eher geringgradig ausgeprägt. Eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Schwere, lebensgeschichtliche Belastungen fänden sich nicht. Hinweise auf unbewusste Konflikte würden fehlen, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Beschwerdeführer daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (Urk. 8/46/11).

3.3.4 In orthopädischer Hinsicht ist dem B.____-Gutachten vom 8. September 2008 folgende Beurteilung zu entnehmen: Beim ebenen Gang komme es zum rechtsseitigen Hinken, doch könnten Fersen- und Zehengang beidseits gut durchgeführt werden. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich eine freie Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten. Am rechten oberen Sprunggelenk beständen eine leichtgradige Schwellung sowie eine deutliche Druckdolenz im Bereich der vorderen Bandgrube, weniger auch des ventralen Abschnittes des oberen Sprunggelenkes. Im Seitenvergleich sei die Dorsalextension hier um 10° vermindert, und es bestehe ein vermehrter Talusvorschub. Gleichzeitig würden Hinweise für die Läsion eines Hautnervenastes fehlen. Auch an der rechten Hüfte beständen Hinweise für ein Impingement, wogegen im Bereich des rechten Oberarmes seitens der Beschwerden mit Ausstrahlung bis zum Schulterblatt keine klare Pathologie gefunden werden könne. Die übrigen Abschnitte der oberen und unteren Extremitäten seien bei guter Kraftentfaltung frei beweglich, dies gelte auch für das linke Handgelenk, an welchem es anamnestisch vor sieben Jahren zur Osteosynthese bei intraartikulärer Radiusfraktur gekommen sei. Auf neurologischer Ebene bestehe eine Hypästhesie distal der Operationsnarbe über dem linken Handgelenk, doch würden Hinweise für eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines größeren peripheren Nervs fehlen. Die während der Untersuchung durch das B.____ angefertigten Röntgenaufnahmen würden altersentsprechend unauffällige Verhältnisse an den Handgelenken sowie am rechten oberen Sprunggelenk zeigen (Urk. 8/46/15). Für die Tätigkeit als Koch bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte, überwiegend im Sitzen ausübende Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe dagegen aus rein orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Im Anbetracht der während der Untersuchung im B.____ erhobenen Befunde sollte bei einer derart angepassten Tätigkeit im Vergleich zum jetzigen Alltagsleben (des Beschwerdeführers) kaum eine wesentliche Schmerzprovokation entstehen, so dass diese auch zumutbar sei. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte dabei vermieden werden (Urk. 8/46/16).

3.3.5.5. Nach der anlässlich der B.____-Begutachtung durchgeführten kardiologischen Untersuchung führte Dr. N.____ in seiner Beurteilung aus, dass bei der aktuellen klinischen Untersuchung der Beschwerdeführer deutlich bergewichtig, hyperten und der Puls in Ruhe leicht beschleunigt sei. Zeichen einer Herzinsuffizienz würden klinisch fehlen. Das Ruhe-Elektrokardiogramm (EKG) sei mit einer linksventrikulären Hypertrophie vereinbar. Die Echokardiographie zeige eine konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, die systolische Pumpfunktion sei normal. Die diastolische Funktion sei deutlich gestört mit indirekten Zeichen der Druckerhöhung enddiastolisch. Ein Vitium bestehe nicht, Hinweise für eine Druckerhöhung im kleinen Kreislauf würden nicht bestehen. Beim Belastungstest sei der Blutdruck stark erhöht, wegen überschiessendem Anstieg der Blutdruckwerte über 120 mmHG diastolisch habe die Untersuchung beendet werden müssen. Auffällig sei auch eine Sinustachykardie bereits in Ruhe, welche nach Belastungsende nur langsam abnehme. Ischämie-Zeichen hätten im EKG und klinisch keine bestanden. Der Beschwerdeführer habe keine Beschwerden angegeben. Es bestehe somit insgesamt eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Herzkrankheit ohne Hinweise auf eine zusätzliche ischämische oder koronare Herzkrankheit. Das Risikofaktoren-Profil insbesondere die arterielle Hypertonie sei weiter ungenügend eingestellt, entweder seien die Medikamente ungenügend wirksam oder deren Einnahme sei ungenügend (Urk. 8/46/18-19). Der Beschwerdeführer sei für körperliche Tätigkeiten, welche den Blutdruck, der aktuell ungenügend kontrolliert sei, weiter ansteigen lässt, nicht geeignet. Für eine Tätigkeit ohne körperliche Belastung, sitzend mit gelegentlichem Laufen und Tragen leichter Lasten sei er weiter einsetzbar (Urk. 8/46/19).

3.4.1.1. Der Beschwerdeführer liess mit der Begründung seines Einwandes gegen den Vorbescheid vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/61) den Bericht des C.____ vom 18. Februar 2009 (Urk. 8/68) sowie des C.____ vom 16. Februar 2009 (Urk. 8/69) einreichen:

3.4.1.1.1. Im Bericht vom 18. Februar 2009 diagnostizierten die Ärzte des C.____ beim Beschwerdeführer (1) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts, (2) chronische Fusschmerzen rechts, (3) ein metabolisches Syndrom sowie (4) eine Depression (Urk. 6/68/1). Deren Beurteilung der körperlichen Befunde lautet wie folgt: Es präsentiert sich das Bild eines lumbospondylogenen Syndroms rechtsseitig mit vorherrschenden lumbalen und inguinalen Schmerzen bei leichter linkskonvexer Skoliose und Streckhaltung der LWS sowie vorwiegend myofaszialen Befunden im Bereich des Beckenkammes, gluteal und inguinal rechtsbetont. Bei anamnestisch möglichem entzündlichen Schmerzcharakter (teils Nachtschmerzen mit Besserung durch Gehen) ergaben sich laborchemisch und in den bildgebenden Abklärungen (...) keine Hinweise für ein entzündliches Geschehen im Bereich der LWS, ISG oder Hüftgelenke als Ursache der Schmerzen. Klinisch fanden sich des Weiteren keine Hinweise für eine Inguinalhernie. Als unterhaltender Faktor der Beschwerden ist eine Fehlbelastung bei chronischen Fusschmerzen rechts denkbar, obwohl sich klinisch ein weitgehend flüssiges Gangbild zeigt (Urk. 8/68/2). Im Bericht vom 18. Februar 2009 machen die Ärzte des C.____ keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

3.4.2. Der Beschwerdeführer wurde am 16. Februar 2009 notfallmässig im C.____ behandelt. Im Kurzbericht gleichen Datums führen die Ärzte des C.____ die folgenden Diagnosen an: (1) lumbospondylogenes Syndrom rechts, (2) arterielle Hypertonie, (3) mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, (4) atypische Thoraxschmerzen, (5)

Adipositas WHO Grad I, (6) Verdacht auf depressive Episode mit Angststörung, (7) chronische Prostatitis. Im Bericht wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer wegen Schmerzexazerbation bei bekanntem lumbospondylogem Syndrom vorstellig geworden sei. Klinisch habe wie bereits in den rheumatologischen Verlaufskontrollen eine Druckdolenz lumbal ohne Ausstrahlung bestanden. Entzündliche Veränderungen und eine Femurkopfnekrose seien mittels Röntgen und MRI ausgeschlossen worden. Des Weiteren hätten bei Eintritt hypertensive Werte um 210/130 mmHG bestanden. Nachdem eine Therapie eingeleitet worden sei, seien die Blutdruckwerte regredient gewesen. Am ehesten sei zusammen mit der hypertensiven Entgleisung von einer medikamentösen Nebenwirkung auszugehen. Eine seltene Ursache wie das Conn-Syndrom sollte dennoch in Betracht gezogen werden. Bei der offenbar chronischen Schmerzsymptomatik sei eine Komponente im Rahmen einer Angststörung denkbar. Eine antidepressive Therapie wäre empfehlenswert (Urk. 8/69/2). Auch in diesem Bericht äusserten sich die Ärzte des C. nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

3.5.1.1

3.5.1.1 Im Beschwerdeverfahren liess der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 3. November 2009 (Urk. 11) überdies den Kurzaustrittsbericht des Spitals E. vom 9. Oktober 2009 einreichen. Der Beschwerdeführer war nach einer Selbstzuweisung vom 1. Oktober bis 9. Oktober 2009 und damit nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. Juni 2009 im Spital E. hospitalisiert (Urk. 12 S. 1), wobei dies jedoch mit dem vorliegend zu beurteilenden Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang steht und geeignet ist, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (Erw. 2.7).

3.5.2 Gemäss der Diagnose von med. pract. O., Assistenzarzt Spital E., im Bericht vom 9. Oktober 2009 leidet der Beschwerdeführer an (1) einer hypertensiven Gefahrensituation, (2) einer Depression (mit Verdacht auf eine generalisierte Angststörung, aktuell mittelschwere Episode), (3) rezidivierenden linksthorakalen Schmerzen, (4) einem mittelschweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom und an (5) Adipositas. Bei hypertensiven Blutdruckwerten und einem EKG ohne ischämietypischen Veränderungen beurteilte med. pract. O. die Beschwerden des Beschwerdeführers als hypertensive Entgleisung mit einer funktionellen Komponente im Rahmen der Depression. Rezidivierend, vor allem nachts auftretende thorakale Schmerzen, ohne Ausstrahlung und stets auf Druck auf das Sternum auslösbar, seien im EKG und Labor ohne einen Hinweis auf eine kardiale Ischämie geblieben. Dies sei am ehesten als funktionell bei einer langjährigen Depression mit generalisierter Angststörung anzusehen. Im Verlauf der Hospitalisation sei es zu einer Normalisierung der Blutdruckwerte gekommen, und der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Physiotherapie auf dem Fahrradergometer mobilisiert werden können. Dabei sei es zu keinem Anstieg des Blutdruckes gekommen. Der Beschwerdeführer sei auch konsiliarisch psychiatrisch gesehen worden. Dies habe den Verdacht auf eine mittelschwere Episode einer langjährigen Depression mit Angststörung ergeben. Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, sich im Anschluss an die Hospitalisation längerfristig in psychotherapeutische Behandlung zu begeben (Urk. 12 S. 1-2).

4.1.1.1

4.1.1.1 Bei der Prüfung der Frage nach einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Erlass der ursprünglichen

rechten Sprunggelenk, der Verdacht auf ein Impingement am Hüftgelenk rechts und ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom. Verglichen mit dem Zeitpunkt der ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügung im Jahre 2002 ist demnach davon auszugehen, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seither nicht wesentlich verbessert hat. Auch in erwerblicher Hinsicht hat sich seither keine wesentliche Änderung ergeben. Der Beschwerdeführer geht nach wie vor keiner Erwerbstätigkeit nach.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass weder in der gesundheitlichen noch in der erwerblichen Situation eine wesentliche Verbesserung festzustellen ist. Zu prägen bleibt, ob die rentenaufhebende Verfügung vom 15. Juni 2009 (Urk. 2) unter der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schätzen ist. Diese Frage beurteilt sich grundsätzlich nach den bei Erlass der Rentenverfügung vom 29. Oktober 2002 (Urk. 8/25) herrschenden Verhältnissen.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Die vom Hausarzt Dr. Z. ___ in seinem Bericht von 11. Juni 2002 aufgelisteten Diagnosen, welche zu einer durchgehenden Arbeitsfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit führen, sind mangels eigener medizinischer Befunde dieses Arztes nicht nachvollziehbar. Zudem hält Dr. Z. ___ in diesem Bericht auch fest, dass die internistischen Abklärungen beziehungsweise Neubeurteilung noch im Gange sei (Urk. 8/15/2). Er führte weiter aus, dass die Hypertonie kaum einstellbar sei, was jedoch schon seit längerem bekannt war (vgl. Urk. 8/11/21). Vor dem Erlass der Verfügung vom 29. Oktober 2002 ist nicht abgeklärt worden, warum die Hypertonie schwer einstellbar war, auch wurden von der Beschwerdegegnerin keine Informationen hinsichtlich der im Bericht von Dr. Z. ___ vom 11. Juni 2002 erwähnten spital- und spezialärztlichen Untersuchungen (vgl. Urk. 8/15/2) eingeholt. Zudem bezeichnete Dr. Z. ___ die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in seinem Bericht an die SUVA vom 19. Januar 2002 als höchstwahrscheinlich mit einer depressiven Entwicklung supponiert, also psychisch bedingt (Urk. 8/11/21). Bei Dr. Z. ___ handelt es sich jedoch nicht um einen Psychiater. Des Weiteren ergab eine von Dr. Z. ___ veranlasste spezialärztliche Untersuchung beim Kardiologen Dr. H. ___ ausser der bekannten Hypertonie keine schwerwiegenden Befunde, welche eine vollständige Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten rechtfertigt (Urk. 8/11/29-30). Mit seiner Empfehlung einer 100%igen Invalidität (Urk. 8/15/2) hat Dr. Z. ___ zudem seine Kompetenzen überschritten, da die Bemessung einer allfälligen Invalidität nicht Aufgabe eines Arztes, sondern der Beschwerdegegnerin und im Streitfall des Gerichtes ist.

5.2 Ä Ä Ä Ä Die vom Psychiater Dr. A. ___ erhobenen Befunde (Erw. 3.2.3) deuten nicht auf eine psychische Störung mit Krankheitswert im Sinne des IVG hin. Die von diesem Arzt gestellte Diagnose einer leichten depressiven Störung hat denn auch rechtsprechungsgemäss keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Trotzdem schreibt Dr. A. ___ den Beschwerdeführer aus psychischen Gründen einerseits zu 50 % arbeitsunfähig (Arztbericht vom 19. Juli 2002, Urk. 8/16/4 lit. D. Ziff. 7), andererseits ab Dezember 2000 zu 100 % (Urk. 8/16/3 lit. B). Dieser Widerspruch ist offensichtlich. Zudem hält Dr. A. ___ unmissverständlich fest, eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei im Fall des Beschwerdeführers schwierig, und empfahl deshalb eine Abklärung der effektiven Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Institution (Urk. 8/16/4 lit. D Ziff. 7).

5.3. Dennoch hat die Beschwerdegegnerin auf weitergehende Abklärungen verzichtet, nachdem Dr. med. J. ___ vom P. ___ in seiner äusserst kurzen Stellungnahme vom 13. August 2002 ausgeführt hat, dass in diesem Fall offenbar zur Zeit von einer vollen Erwerbsunfähigkeit ausgegangen werden müsse (Urk. 8/17/2). Indem die Beschwerdegegnerin ohne weitere Abklärungen einerseits auf den bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in sich widersprüchlichen Bericht von Dr. A. ___ - und entgegen seiner ausdrücklichen Empfehlung einer vertieften Abklärung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer dafür geeigneten Institution (Urk. 8/16/4 lit. D Ziff. 7) - sowie andererseits auf die mangels medizinischer Befunde ebenfalls nicht nachvollziehbare Beurteilung einer 100%igen Invalidität von Dr. Z. ___ abstellte, erging die Verfügung vom 29. Oktober 2002 aufgrund einer unrichtigen Sachverhaltsfeststellung. Unter diesem Gesichtspunkt ist die Zusprechung der ganzen Invalidenrente unter Annahme eines Invaliditätsgrades von 100 % - auch in Berücksichtigung der früher geltenden Beurteilungsmassstäbe - als qualifiziert unrichtig und rechtsfehlerhaft im wiedererwägungsrechtlichen Sinne anzusehen.

E. 6

6.1. Da ein Entzug der ganzen Invalidenrente des Beschwerdeführers auf dem Weg der Wiedererwägung der ursprünglichen Leistungsverfügung nur dann zulässig ist, wenn auch im Zeitpunkt des leistungseinstellenden Entscheides, das heisst am 15. Juni 2009, keine Invalidität bestand, die Anrecht auf eine Invalidenrente begründet, bleibt zu prüfen, ob der Beschwerdeführer in diesem Zeitpunkt einen Rentenanspruch gehabt hätte.

6.2. Gestützt auf die polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers am B. ___ (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, orthopädisch und kardiologisch, siehe Erw. 3.3), die auch in Berücksichtigung umfangreicher Vorakten und der geklagten Beschwerden durchgeführt worden ist, ist ohne Weiteres davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner früheren Tätigkeit als Koch nicht mehr, in einer leichten, seinen orthopädischen und kardiologischen Leiden angepassten Tätigkeit jedoch zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 8/46/21-22). Daran vermögen auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte des C. ___ und des Spitals E. ___ (siehe Erw. 3.4 und 3.5) nichts zu ändern. In keinem dieser Berichte findet sich eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Zu der vom Beschwerdeführer erwähnten Diagnose eines Verdachts auf depressive Episode mit Angststörung (Urk. 1 S. 7) im Bericht des C. ___ vom 17. Juni 2008 (Urk. 8/46/49) bleibt anzumerken, dass aufgrund des im Sozialversicherungsrecht geforderten allgemeinen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nur ein Verdacht nicht für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens mit Krankheitswert ausreicht. Gegen das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers längerdauernd oder dauernd einschränkenden Depression sprechen denn auch die vom Beschwerdeführer anlässlich seiner Begutachtung am B. ___ mehrmals dargelegte aktive Lebensgestaltung (Urk. 8/46/7 und Urk. 8/46/9-10) und die Tatsache, dass er sich nie einer konsequenten fachärztlichen Behandlung unterzogen hat. Dass der Beschwerdeführer sich nicht als arbeitsfähig erachtet (Urk. 16 S. 3), ist nicht entscheidend. Entscheidend ist allein die ihm medizinisch objektiv zumutbare Arbeitsfähigkeit.

6.3 Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung (Urk. 2 S.2) ist vom Beschwerdeverfahren nicht gerügt worden und gibt auch zu keinen Bemerkungen Anlass.

7. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

8. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen, welche ausgangsgemäss dem Beschwerdeverfahren aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 16

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeverfahrens 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.