

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00012 vom 31. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00012)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00012 du 31 août 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00012 del 31 agosto 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sind laufende Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfugung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfugung (BGE 105 V 29).

1.2 Ein Revisionsgrund ist unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt, wobei allerdings nicht ohne zwingende Notwendigkeit von den der ursprünglichen Invaliditätsschätzung zugrunde gelegten Bemessungskriterien abgewichen werden soll (BGE 113 V 275 E. 1a mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 850/05 vom 21. August 2006 E. 4.1).

1.3 Nach dem Konzept des Art. 16 ATSG setzt eine rentenbestimmende Invaliditätsbemessung auch im Revisionsfall (Art. 17 ATSG) voraus, dass angezeigte Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden sind. Ein Rentenanspruch dauert nur solange an, wie die Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungs- und Selbsteingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert wird (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_228/2011 vom 26. April 2011 E. 3.1 mit Hinweisen auf 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2).

Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_228/2011 vom 26. April 2011 E. 3.1 mit Hinweisen auf 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2).

Im Sinne eines rechtslogisch gebotenen Schrittes muss sich die Verwaltung vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür - ausnahmsweise - im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist. Dieser Prüfungsschritt zeitigt dort keine administrativen Weiterungen, wo die gegenüber der Eingliederung vorrangige Selbsteingliederung direkt zur rentenausschliessenden oder -herabsetzenden arbeitsmarktlichen Verwertbarkeit des wiedergewonnenen funktionellen Leistungsvermögens führt. Das ist namentlich der Fall, wenn bisher schon eine erhebliche Restarbeitsfähigkeit bestand, so dass der anspruchserhebliche Zugewinn an Leistungsfähigkeit kaum zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich zieht, vor allem wenn das hinzugewonnene Leistungsvermögen in einer Tätigkeit verwertet werden kann, welche die versicherte Person bereits ausübt oder unmittelbar wieder ausüben könnte (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_228/2011 vom 26. April 2011 E. 3.1 mit Hinweisen auf 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2).

Im bereits zitierten Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011, E. 3.3, hat das Bundesgericht diese Rechtsprechung dahingehend präzisiert, dass sie grundsätzlich auf Sachverhalte zu beschränken sei, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat.

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 122 V 160 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Beim ursprünglichen Rentenentscheid hatte der Regionalärztliche Dienst (RAD) laut Stellungnahme vom 24. August 2008 den medizinischen Unterlagen (Bericht Dr. A.\_\_\_\_s vom 22. Dezember 2005, Bericht Sanatorium Y.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2005, Bericht des Spitals B.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 15. März 2006, Urk. 9/7-9) die Hauptdiagnosen rezidivierende depressive Störung, Verdacht auf Borreliose mit Arthropathie, chronische Schulterschmerzen linksbetont, Status nach Zeckenstich 1993, Status nach Commotio cerebri, posttraumatische leichtgradige Ptosis links nach Unfall mit 10 Jahren, rezidivierende Konjunktivitis, anamnestisch bei Hyperopie, und multiple kleine Lymphknoten entnommen und festgehalten, dass der Versicherte unter einer als schwergradig eingestuften rezidivierenden

depressiven Störung, die wiederholt zu Hospitalisationen geführt habe, leide und deshalb unter kritischer Würdigung der vorliegenden fachärztlichen sozialmedizinischen Stellungnahme von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % sowohl im zuletzt ausgeübten Beruf wie auch in behinderungsangepassten Tätigkeiten, nämlich leichten Arbeiten mit mehreren Pausen, ohne Überkopfarbeiten und ohne lang dauernden Krafteinsatz, auszugehen sei. Der Beginn der deutlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei auf den 8. Oktober 2005 zu datieren (Urk. 9/13).

Der dem Rentenentscheid zugrunde gelegte Invaliditätsgrad von 67 % hatte sich aus dem Abklärungsbericht Landwirtschaft vom 7. Mai 2007 (Urk. 9/12) und dem darin enthaltenen Betätigungsvergleich ergeben. Darin war festgehalten worden, dass die Restarbeitsfähigkeit nur noch im eigenen Betrieb verwertet werden könne. Dank der Verlagerung der Hauptarbeiten auf den inzwischen vollzeitig angestellten Sohn könne der Betrieb weitergeführt werden. Der Einkommensausfall ergebe sich aus den Lohnkosten für den Sohn, der vorher nur aushilfsweise im Betrieb gearbeitet habe und ansonsten auswärts als Chauffeur tätig gewesen sei (Urk. 9/12).

### E. 3

3.1 Laut dem im Rahmen der Rentenrevision eingeholten Bericht der Ärzte des Sanatoriums Y. \_\_\_ vom 23. Dezember 2008 zeigte der Versicherte nach der letzten, vom 24. Juli bis 5. September 2008 erfolgten stationären psychiatrischen Behandlung noch ein mittelgradiges depressives Zustandsbild mit zeitweiser Traurigkeit und Weinen, Antriebsminderung, Gefühlen der Kraftlosigkeit, der Schwäche und des Versagens, mit Zukunftsängsten, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, anhaltender Gräbelneigung und Konzentrationsstörungen, ohne derzeitige Anhaltspunkte auf handlungsrelevante Suizidalität. Während der Hospitalisation habe die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit 100 % betragen. Seit der Aufnahme der ambulant-psychiatrischen Behandlung, mithin seit dem 9. September 2008, betrage die Arbeitsunfähigkeit mindestens 80 %. In psychischer Hinsicht sei der Versicherte weiterhin durch das depressive Syndrom mit depressiven Stimmungslagen, zeitweiser Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, leichter Antriebsminderung, Gefühlen von Kraftlosigkeit und Schwäche, subjektiv vermehrter Vergesslichkeit eingeschränkt. Das Arbeitstempo sei dadurch vermindert, und es seien deshalb laut Patient auch folgenreiche Fehler aufgetreten. Seit dem 1. Januar 2009 sei der Hof verpachtet. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der obgenannten psychischen und körperlichen Einschränkungen erheblich vermindert. Trotz möglicher Symptomreduktion bei Ausschöpfung der antidepressiven Behandlung sei die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise eine Erhaltung der Einsatzfähigkeit unwahrscheinlich. Bei progredienter Verschlechterung des Zustandsbildes bestehe mittlerweile eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Landwirt und auch in einer angepassten Tätigkeit. Es sei von keiner wesentlichen Besserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ein zumutbares Arbeitsprofil für ein hypothetisches Erwerbsspensum von 100 % sei nicht vorstellbar (Urk. 9/28).

3.2 Hausarzt Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Dezember 2008 rezidivierende, schwere depressive Episoden (ICD-10 F33.23) und beidseitige komplexe degenerative Schulterläsionen. Der Versicherte habe im Verlauf der letzten 13 Jahre wegen depressiven Episoden dreimal hospitalisiert werden müssen. Seit der letzten stationären psychiatrischen Behandlung wirke er immer noch verlangsamt, gräblerisch

und mit sorgenvollem Blick in die Zukunft. Gedanklich sei er auf die problematische Situation und die ungewisse Zukunft eingeeengt. Er werde im Ambulatorium C.\_\_\_\_ psychiatrisch mittels Psychopharmaka weiter betreut. Bezüglich der Depression sei die Prognose vorsichtig zu stellen. Doch sei nach diesem langen Verlauf eine Restitutio ad integrum nicht wahrscheinlich. Weitere Schultertherapien seien zur Zeit nicht sinnvoll. Es bestehe noch bezüglich der "range of motion" eine Einschränkung mit Schmerzen in Extremstellungen und verminderter Kraft in beiden Armen. In einem kleinen Ausmass sei eine Verbesserung im Schulterbereich noch möglich. Zur vollen Funktionsfähigkeit werde es jedoch ebenfalls nicht mehr kommen. Aus psychischen Gründen sei der Versicherte nicht mehr in der Lage, selbständig einen Landwirtschaftsbetrieb zu führen. Ein reduziertes Pensum könnte er zwar durchaus erbringen. Aus praktischen Gründen gebe es aber keine Arbeitsmöglichkeiten für einen "Teilzeitlandwirt". Auch Eingliederungsmassnahmen seien für diesen 58-jährigen Patienten aussichtslos und sinnlos. Angesichts der Schwierigkeiten, eine geeignete Arbeit zu finden, sei mit einer dauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (Urk. 9/27).

3.3 Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädie/Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, stellte in seinem Bericht vom 6. Januar 2009 folgende Diagnosen (Urk. 9/29 S. 6):

- Schulter links: Subacromiales Impingement, Subscapularissehnenruptur, Luxation der langen Bicepssehne, Supraspinatusteilriss mit Status nach Schulterarthroskopie, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion, Subscapularisnaht, Tenotomie und Tenodese der langen Bicepssehne am 19. Dezember 2006

- Schulter rechts: Chronische Impingementproblematik, Akromiontyp III, AC-Gelenksarthrose, Subscapularisoberrandruptur und instabile lange Bicepssehne mit Schulterarthroskopie, Akromioplastik, AC-Gelenksresektion, mini-open Subscapularisoberrand-Reinsertion, Tenotomie und Tenodese der Bicepssehne am 24. Oktober 2006

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, der Versicherte habe ihn im Frühjahr 2006 erstmals wegen beidseitigen starken Schulterbeschwerden konsultiert, nachdem er auf Physiotherapie und Injektionen nur teilweise angesprochen habe. Nach der operativen Sanierung Ende 2006 persistierten Restbeschwerden, wobei die Arbeitsfähigkeit von Seiten der Schultern auf über 50 % habe gesteigert werden können, die Beschwerden aber durch die psychische Befindlichkeit stark beeinflusst worden seien, so dass der Eindruck einer gewissen Diskrepanz zwischen der rein objektiven und der tatsächlich geleisteten Einsatzfähigkeit der Schultern entstanden sei. Anlässlich der letzten Stuserhebung im August 2007 habe sich der Zustand der Schultern als nicht allzu schlecht erwiesen. Es könne von einer gelungenen Rekonstruktion der Schultern ausgegangen werden. Doch sei die Belastbarkeit vermindert. Für die schwere körperliche Arbeit eines aktiven Bauers seien sie zu geschwächt und zu schmerzhaft. Erschwerend sei die psychische Komponente; die Antriebsstörung wirke sich auf die Belastbarkeit der Schultern aus. Bezüglich der Arbeit auf dem Bauernhof bestehe daher maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, die mit medizinischen Mitteln nicht verbessert werden könne. Die Kraftentwicklung über Kopf sei stark vermindert, das Heben von Lasten bis Lendenhöhe sei bis 10 kg, bis Brusthöhe bis 5 kg möglich. Repetitives Rotieren in den Schultern sei nicht mehr zumutbar. Wegen der psychischen Problematik seien zudem das Auffassungsvermögen, die Aufmerksamkeit, das Konzentrationsvermögen und die Belastbarkeit eingeschränkt (Urk. 9/29 S. 6 f.).

3.4.4.4.4.4 Im von der IV-Stelle eingeholten psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 16. April 2009 erfolgte die Diagnosestellung nach dem fünfstufigen Schema des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV-TR 2003). Als unter die Achse 1 fallende klinische Störung führte der Gutachter eine rezidivierende, gegenwärtig unter Medikation und längerer Behandlung noch mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) an und wies darauf hin, dass von den seit 1993 aufgetretenen depressiven Episoden mindestens vier - darunter auch diejenige mit Beginn im Juli 2008 - schwerer Art gewesen seien und eine Vollremission nie mehr erreicht worden sei. Unter der Achse 2 führte der Gutachter strukturdiagnostisch eine Persönlichkeitsorganisation an, die durch gewissenhaft-ordentliche, pedantische, überwiegend als ichsynchron erlebte anankastische Züge mit stark ausgeprägter Selbstforderung und erhöhtem Pflichtbewusstsein gekennzeichnet sei bei gleichzeitig fragilem und unter Anforderung leicht dekompensierendem Selbstwahrleben. Als unter die Achse 3 fallende medizinische Krankheitsfaktoren nannte er eine chronische Arthropathie mit mehreren Lokalisationen (ICD-10 M12.0), seit 1993 im Schulterbereich. Diesen drei Aspekten erkannte Dr. Z.\_\_\_\_ eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben gemäß seiner Beurteilung die übrigen somatischen Diagnosen sowie die unter die Achse 4 fallenden psychosozialen und umgebungsbedingten Probleme wie nicht offen zutage tretende Dissonanzen mit der Ehefrau, latenter Groll gegen den die Betriebsübernahme ablehnenden Sohn, Rückzug aus dem gesellschaftlichen Leben im heimatlichen Dorf, Spannungen im Verhältnis mit der Ehefrau des Pächters sowie Anpassungsschwierigkeiten nach dem erzwungenen Rückzug aus dem Berufsleben. Unter Achse 5 beziehungsweise der globalen Erfassung des Funktionsniveaus ermittelte der Gutachter ein sich zwischen 51 und 60 bewegendes "Score". Symptombedingt bestanden weiterhin mindestens mittelschwere und anhaltende Einbußen in der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit. Die psychosozialen Störungsgrößen hätten das Krankheitsbild nicht verursacht, beeinflussten aber die Persistenz der Symptomatik und damit die Fortdauer des Leidens, was jedwede künftige Therapie zu berücksichtigen habe (Urk. 9/34 S. 14, 15 ff.).

4.4.4.4.4.4 Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit im angestammten und zuletzt ausgeübten Beruf als selbständiger Landwirt bescheinigte Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, bei gleicher Krankheitsentwicklung in der Haushaltstätigkeit eine solche von 30 %. Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit umschrieb er das Leistungsprofil wie folgt (Urk. 9/34 S. 34):

■ So wie sich die Verhältnisse gegenwärtig darstellen, könnte der Versicherte noch eine tägliche Arbeitszeit, entsprechende Pausen eingerechnet, von 4 Stunden ableisten; durchgeführt werden könnten körperlich leichte, gelegentlich auch mittelschwere und nur vorübergehend schwerere Arbeiten in wechselnden Arbeitshaltungen tagsüber. Orthopädischerseits sind bestimmte Einschränkungen bekannt, die beachtet werden müssen: Die Gebrauchsfähigkeit der Hände ist etwas eingeschränkt, das Ersteigen von Leitern, das Heben, Tragen und Bewegen von schwereren Lasten ist nur zeitweilig durchführbar; ganz entfallen müssen Arbeiten, die aufwichtiges Bücken oder eine erhöhte Gang- und Standsicherheit erfordern, sowie Arbeiten in Zwangshaltungen und ein Arbeitsplatz insgesamt, an dem der vermehrt thermolabile Versicherte höheren Temperaturen ausgesetzt wäre.

Wenn die Arbeiten nicht unter Zeitdruck stattfinden, längere Pausen eingehalten oder Arbeitsvorgänge im Zeitablauf auch verschoben oder aufgeschoben werden könnten, bestehen nur mittelgradige (50%ige) Einschränkungen bezüglich der Konzentration, der Aufmerksamkeit, vor allem auch der geteilten Aufmerksamkeit sowie der mnestischen und anderer kognitiver Leistungen.

Prinzipiell wäre es so also möglich, dass Herr M. gewissermassen wie ein nicht-professioneller Helfer seinem jetzigen Pächter zur Hand gehen würde (sofern die beschriebenen limitierenden Bedingungen eingehalten werden könnten).

Aus dem Gesagten wird verständlich, dass die restliche Arbeitsfähigkeit für einen leidensadaptierten Arbeitsplatz nur theoretisch bestimmbar ist. Unter diesen einschränkenden Kautelen gesehen liegt sie seit dem Juli 2008 bei 50 %. Allerdings ist es denkbar, dass das hier beschriebenen Leistungsvermögen, ebenso wie die 30%ige restliche Arbeitsfähigkeit in der Haushaltstätigkeit, durch eine geeignete Behandlung auch noch angehoben werden könnte.

Der Gutachter beurteilte die bisherige und die laufende psychiatrische Behandlung insgesamt als ungenügend. Trotz mangelnder Compliance des Versicherten sei eine Verbesserung der Behandlungssituation angezeigt. So müsste die Dosis des gewählten Antidepressivums Venlafaxin gesteigert werden und wäre ein Phasenprophylaktikum indiziert. Die Bedarfsmedikation mit Quetiapin und Lorazepam sollte nicht zu sehr dem Ermessen des Versicherten überlassen, sondern auf eine rationelle, allenfalls mit der Schmerzbehandlung einhergehende Therapiegrundlage gestellt werden. Auch brauche der Versicherte eine straffe Führung und Überwachung seiner Compliance, was bei der derzeitigen Sitzungsfrequenz von einmal pro Monat oder häufiger in noch grösseren Abständen nicht gewährleistet sei. Diese Modifikationen in der Behandlung seien nur schon deshalb nötig, um den Versicherten vor einer erneuten Dekompensation ausreichend zu schützen. Die Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit als Landwirt könne davon angesichts des schon so lange anhaltenden Krankheitsbildes kaum erwartet werden (Urk. 9/34 S. 20, 21). Dies gelte jedoch nicht gleichermassen für die geminderte Arbeitsfähigkeit im Haushalt oder in einer adaptierten Tätigkeit (Urk. 9/34 S. 19 ff.). Bezüglich beruflicher Massnahmen vertrat der Gutachter die Auffassung, diese hätten keine Aussicht auf Erfolg (Urk. 9/34 S. 20).

#### **E. 4**

4.1 Nach der Rentenzusprechung hat sich gemäss diesen medizinischen Unterlagen und dem überzeugenden, den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügenden psychiatrischen Gutachten der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insofern verschlechtert, als er seit seiner letzten schweren depressiven Episode in der angestammten Tätigkeit als selbständiger Landwirt nicht mehr arbeitsfähig ist. Da damit auf diesem Beruf eine Verwertung der Restarbeitsfähigkeit nicht mehr in Betracht fällt und der Hof des Beschwerdeführers per 1. Januar 2009 verpachtet wurde, fällt das der ursprünglichen Invaliditätsbemessung zugrunde liegende ausserordentliche Bemessungsverfahren mit Betätigungsvergleich (vgl. dazu BGE 128 V 30 f. E. 1; AHI 1998 S. 120 f. E. 1a und S. 252 E. 2b) zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Veränderung im Rahmen der Rentenrevision nicht mehr in Betracht.

Die IV-Stelle bemass daher den nunmehrigen Invaliditätsgrad nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und stellte dem von ihr für den Gesundheitsfall angenommenen Einkommen von Fr. 53'959.- (Valideneinkommen) ein anhand der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2006 ermitteltes und unter Berücksichtigung eines 10%igen Abzugs noch als zumutbar erachtetes Jahreseinkommen von Fr. 29'663.- (Invalideneinkommen) gegenüber, was zu einem Invaliditätsgrad von 45 % führte. Dabei ging sie gestützt auf die Stellungnahme der Berufsberatung vom 7. Juli 2009 davon aus, dass der Beschwerdeführer als gelernter Landwirt mit über 30-jähriger Berufserfahrung in der Lage wäre, eine qualifizierte Tätigkeit beratender oder administrativer Art im Bereich der Landwirtschaft auszuüben (Urk. 4/1 S. 2, Urk. 9/36).

4.2 Somit verwies die Verwaltung den im Zeitpunkt der Herabsetzungsverfügung knapp 59-jährigen Beschwerdeführer auf den Weg der Selbsteingliederung. Ob dazu die praxisgemässen Voraussetzungen angesichts seines fortgeschrittenen Alters erfüllt sind, ist allerdings fraglich.

So wurde die von der Berufsberatung angeführte Möglichkeit einer beratenden oder administrativen Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft in keiner Weise konkretisiert. Angaben zu entsprechenden Berufen liegen nicht vor. Ebenso wenig wurden Betriebe oder Institutionen angeführt, die einen ausgebildeten Landwirt im Alter des Versicherten allein aufgrund seiner langjährigen Berufserfahrung teilzeitlich als Berater oder Administrator anstellen würden.

Es ist demnach nicht erstellt und es fehlen auch entsprechende Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherte im Rahmen einer beratenden oder administrativen Tätigkeit im Bereich der Landwirtschaft seine Restarbeitsfähigkeit verwerten kann. Davon abgesehen sprechen die von Gutachter Dr. Z. \_\_\_ bescheinigten mittelgradigen Einschränkungen von Konzentration, Aufmerksamkeit, mnestischen und anderen kognitiven Leistungen ohnehin klarerweise gegen eine beratende oder gar administrative Tätigkeit, und es ist fraglich, ob der Versicherte dazu aufgrund seiner rein landwirtschaftlichen Ausbildung und Berufserfahrung überhaupt befähigt wäre. Dies umso weniger, als die IV-Stelle keine entsprechenden Eingliederungsmassnahmen durchgeführt und sich mit der - keine formelle Anordnung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG darstellenden - Anfrage vom 5. November 2009 begnügt hat, ob der Beschwerdeführer Interesse an einer Unterstützung durch die Institution E. \_\_\_ bei seiner beruflichen Reintegration habe (Urk. 9/40, 9/43).

Dass der psychisch und körperlich beeinträchtigte, seit dreissig Jahren als selbständiger Landwirt tätig gewesene Beschwerdeführer in seinem Alter die ihm von Gutachter Dr. Z. \_\_\_ theoretisch bescheinigte Restarbeitsfähigkeit in einer einfachen und repetitiven Hilfsarbeitertätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder im Bereich der Landwirtschaft noch rentenwirksam verwerten kann, erweist sich aufgrund der vorhandenen IV-Akten als unwahrscheinlich. An sich wäre daher der Invaliditätsbemessung im Rahmen des Revisionsverfahrens ausschliesslich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Landwirt zugrunde zu legen gewesen.

4.3 Allerdings wurden mit der Beschwerde Unterlagen eingereicht, die eine bis Ende 2009 dauernde Anstellung des Beschwerdeführers beim F. \_\_\_-Service zu einem

geringfügigen Pensum belegen (Urk. 3/1-2). Es fragt sich, ob es sich dabei um eine Nebenerwerbstätigkeit handelte, wie der Versicherte sie laut IK-Auszug vom 14. Dezember 2005 (Urk. 9/4) zumindest bis 2003 stets ausgeübt hatte und die bei der ursprünglichen Invaliditätsbemessung offenbar nicht von Bedeutung gewesen war, oder ob aufgrund des nunmehr dokumentierten Arbeitsverhältnisses auf eine zumindest bis zum Verfallungszeitpunkt zumutbare, allenfalls rentenwirksame Verweisungstätigkeit geschlossen werden muss. Zur Klärung der Fragen, wann die Tätigkeit bei der F.\_\_\_\_ aufgenommen wurde, aus welchen Gründen das Arbeitsverhältnis aufgelöst und welcher Verdienst dabei erzielt wurde, ist die Sache zwecks Vornahme der erforderlichen Abklärungen und neuer Entscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

5. Bei diesem Verfahrensausgang sind gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG die auf Fr. 800.- festzusetzenden Kosten des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 2. Dezember 2009 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Rentenrevision neu entscheide.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.\_\_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.