

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00145 vom 24. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00145

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00145 du 24 mars 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00145 del 24 marzo 2011

Erwägungen

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer weiterhin eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % zuzusprechen.

E. 3

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, bei der Gutachterstelle A.____ die erstellten Teilgutachten in ihrer ursprünglichen Form zu edieren und dem Beschwerdeführer auszuhändigen.

E. 4

Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholens eines neuen polydisziplinären Gutachtens.

E. 4.3

4.3.1. Vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2010 betreffend Rentenaufhebung präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: X.____ erlitt am 31. Juli 2007 einen Myokardinfarkt, weswegen er vom 7. bis 15. August 2007 in der medizinischen Klinik des E.____ hospitalisiert war. Mit Austrittsbericht vom 1. Oktober 2007 wurde ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Eintritt attestiert, und es wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 12/40/13-14):

- Koronare Zweiggefässerkrankung
- Akuter inferior-posteriorer Myokardinfarkt am 31. Juli 2007 (H.____)
- Koronarangiografie 1. August 2007: Vollständiger RCA-Verschluss, etwa 50%ige RCX-Stenose, Stenting des RCA-Verschlusses
- Periinterventionell 7-malige Defibrillation bei Kammerflimmern
- Ejektionsfraktion von 40-45 %, Hypokinesien inferior und posterior, Akinesien apikal, diskreter Perikarderguss (Echokardiographie 14. August 2007 am E.____: kardiovaskuläre Risikofaktoren [kvrf] Nikotinabusus, Hypercholesterinämie)
- Anamnestisch Status nach Hemisymptomatik rechts 1996
- Anamnestisch Verdacht auf Morbus Behçet

4.3.2. Der Beschwerdeführer begab sich aktenkundig erstmals am 8. November 2007 in die Sprechstunde von Dr. B.____ der Herzpraxis C.____, wobei dieser mit Bericht vom 12. November 2007 Folgendes diagnostizierte (Urk. 12/70/1):

- 2-Gefäß-KHK: Zustand nach RCA-Rekanalisation 1. August 2007, RCX 50%ige Stenose belassen
- Alter Myokardinfarkt, inferior, 31. Juli 2007
- Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung im Rahmen des Myokardinfarkts
- Ischämische Kardiomyopathie
- Reine Hypercholesterinämie, LDL 2.8 mmol/l in 10/2007
- Schädlicher Gebrauch von Nikotin (60 pack years bis August 2007)
- Anamnestisch Verdacht auf Morbus Behçet

Seit dem Myokardinfarkt leide X. unter atypischen linksthorakalen Beschwerden, die sich sekundär mit einem starken Angstgefühl mischten. Bei der Teilnahme an der Herzsport-Gruppe habe der Patient keine kardialen Beschwerden, während im Alltag sei eine Beinschwäche sowie eine allgemeine Schwäche. Auf direktes Befragen hin gebe der Patient deutlich vermehrte Traurigkeit und reduzierte Stimmungsschwankungsfähigkeit an. Ein Belastungs-Elektrokardiogramm (EKG) vom 8. November 2007 habe eine leichtgradig reduzierte körperliche Belastbarkeit ergeben. Der Befund sei typisch für eine Dekonditionierung, es sei keine kardiale Limitierung erkennbar (Urk. 12/70/1-2). Insgesamt bestehe erfreulicherweise weder klinisch noch apparativ ein Hinweis auf das Vorliegen einer Herzinsuffizienz nach dem Myokardinfarkt (Urk. 12/70/3). Am 27. Dezember 2007 fand die nächste Sprechstunde statt, in deren Folge Dr. B. Dr. Z. am 28. Dezember 2007 erklärte, dass sich beim Beschwerdeführer kardiale mit nicht-kardialen Beschwerden vermischen würden. Seiner Meinung nach liege eine reaktive Depression auf den Herzinfarkt und die Wiederbelebung vor, die der Patient als sehr traumatisch und einschneidend erlebt habe (Urk. 12/71). Nach ergänzend durchgeführter Dobutamin-Stress-Echokardiographie berichtete Dr. B. Dr. Z. am 28. Januar 2008, die Untersuchung habe den vorgängigen, alten infero-apikalen Infarkt gezeigt. Neue Wandbewegungsstörungen seien nicht zu Darstellung gekommen. Zusammenfassend habe weder das Belastungs-EKG noch die Stress-Echokardiographie eine neue, belastungsinduzierte Ischämie gezeigt. Die multiplen somatischen Beschwerden des Patienten seien gut vereinbar mit einer sekundären Somatisierungsstörung (Urk. 12/40/10; vgl. auch die Berichte von Dr. B. vom 19. Februar 2008 [Urk. 12/72] und vom 2. April 2008 [Urk. 12/73]).

4.3.3 Dr. G. von der Rheumaklinik des E. erhob am 8. Juli 2008 nach einer Konsultation des Patienten vom Vortag zuhanden von Dr. Z. die Befunde unauffälliger Schultern und Ellbogen sowie Händen. Im Positionsversuch sinke der rechte Arm leicht ab und zeige eine Pronationstendenz. Im rechten Knie zeige sich kein Erguss. Insgesamt sei der Befund stationär. Es gebe keine Hinweise auf das Vorliegen eines erneuten Schubes des Morbus Behçet (Urk. 12/40/7-8). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äußerte sich Dr. G. nicht.

4.3.4 Der Hausarzt Dr. Z., bei dem X. seit 1989 in Behandlung steht (Urk. 12/3/2), diagnostizierte am 9. August 2008 zuhanden der IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Morbus Behçet mit rezidivierenden Arthritiden rechtes Knie und linkes Handgelenk, Aphose, Zentralvenenthrombose rechtes Auge seit Februar 1995 (mit zerebralem Befall November 1995 und Dezember 1996), eine koronare 2-Gefäßkrankung [entsprechend Bericht des E. vom 1. Oktober 2007] sowie einen

Verdacht auf eine depressive Entwicklung seit August 2007. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben die korpusbetonte Helicobacter pylori-assoziierte Gastritis sowie der Verdacht auf eine nicht erosive Refluxkrankheit (bei axialer Hiatushernie und zeitweiligem Klaffen der Kardia) seit November 2007 (Urk. 12/40/2). Zurzeit werde der Patient vor allem kardial medikamentös therapiert. Der Morbus Behçet werde zurzeit nicht behandelt. Diesbezüglich sei die Prognose offen, bezüglich dem "Herz" sei die Situation zurzeit stabil (Urk. 12/40/4; vgl. hierzu den Bericht des E.____ vom 8. Juli 2008 [Urk. 12/40/7-8; Erw. 4.3.3] und das Ergebnis des MRI vom 5. März 2008, das unveränderte vermutlich postvaskulitische Veränderungen hauptsächlich in der weissen Marksubstanz rechtshemisphärisch und keinen Hinweis auf eine floride Vaskulitis zeigte [Urk. 12/40/9]). Alle psychischen Ressourcen des Patienten (Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) seien im Rahmen der depressiven Entwicklung eingeschränkt (Urk. 12/40/5). Dieser sei weder in angestammter noch in angepasster Tätigkeit arbeitsfähig (Urk. 12/40/6).

4.3.5.1 Dr. B.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 9. Januar 2009 und erstellte ein Ruhe-EKG sowie eine Stress-Echokardiographie (Urk. 20/2; Urk. 12/73/10). Mit Bericht vom 12. Januar 2009 an Dr. Z.____ erhob er betreffend Herz (Inspektion/Palpation, Zirkulation, Auskultation, Herzgeräusche), Lunge, Thoraxwand und Thoraxform unauffällige Befunde (Urk. 20/2 S. 2). Die Stress-Echokardiographie ergab keinen Nachweis belastungs-(stress-)induzierter Wandbewegungsstörungen sowie keine Änderung vorbestehender Wandbewegungsstörungen (Urk. 8/3). Dr. B.____ berichtete, der Patient habe sich kardial beschwerdefrei zur Verlaufskontrolle vorgestellt. Blutdruck und Puls seien im Zielbereich und bei der kardiopulmonalen Untersuchung zeige sich kein Hinweis auf Herzinsuffizienz. Bei der Belastungsuntersuchung auf dem Velo sei der Beschwerdeführer bis 120 Watt belastbar gewesen; dies sei eine deutliche Verbesserung zu Ende 2007, als er 100 Watt geleistet habe. Diese Verbesserung der physikalischen Leistungsfähigkeit führe er auf die regelmäßige Teilnahme des Patienten an der Herzsportgruppe zurück (Urk. 20/2 S. 2).

4.3.6.1 Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch das A.____ wurde X.____ am 26. und 27. Januar 2009 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht, wobei unter anderem ein Ruhe-EKG und eine kleine Lungenfunktionsprüfung vorgenommen (Urk. 12/58/28-29) und Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule, der Kniegelenke a.p./seitlich beidseits sowie Patellatangentiaufnahmen, der Handgelenke a.p./seitlich sowie des Ellbogens rechts in zwei Ebenen erstellt (Urk. 12/58/33-34) wurden. Die Fachärzte diagnostizierten mit Gutachten vom 29. März 2009 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit was folgt (Urk. 12/58/41):

- Anamnestisch Morbus Behçet mit Oligoarthritis mit/bei:
- Erstdiagnose 1995
- Status nach Zentralvenenthrombose rechts bei Uveitis 1995
- Status nach spastischem Hemisyndrom rechts Ende 1996 bei vaskulitisch-bedingtem ischämischem Insult im Thalamus links und nachgewiesenen alten ischämischen Herden im Thalamus rechts
- dysfunktionellen Residuen arbeitsfähig rechts
- letztem Krankheitsschub Ende 1996

- seit über vier Jahren ohne immunsuppressive Therapie
- Koronare 2-Gefässkrankung mit/bei:
- Status nach inferior-posteriorem Myokardinfarkt am 31. Juli 2007
- Vollständiger RCA-Verschluss, etwa 50%ige RCX-Stenose, Stenting des RCA-Verschlusses, periinterventionell 7-malige Defibrillation bei Kammerflimmern
- erhaltener linksventrikulärer Pumpfunktion (Auswurffraktion 54 %) mit Hypokinesien inferior und posterior sowie Akinesien apikal
- aktuell ohne nachweisbare Restischämie
- Kvr: Nikotinabusus 60 pack years, arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Morbus Behçet

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben folgende Diagnosen (Urk. 12/ 58/41):

- Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit Akzentuierung eines polyarthralgischen, lumbospondylogenen und cephalen Schmerzsyndroms mit/bei:
- hochgradiger myostatischer Insuffizienz bei allgemeiner Dekonditionierung
- ausgeprägter Fehllhaltung
- Epicondylitis humeri radialis rechts
- femoropatellärem Schmerzsyndrom rechts
- Sensomotorische periphere Störung des linken Beines unklarer Ätiologie seit 1995
- Refluxerkrankung mit/bei:
- axialer Hiatushernie
- Status nach Helicobacter pylori-assoziiertes Gastritis im November 2007
- Aplasie der Arterie vertebralis rechts (Erstdiagnose: 1996)

Die internistische Untersuchung durch Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, führte - unter Bezug des aktuellsten Berichts des behandelnden Kardiologen Dr. B.____ vom 12. Januar 2009 (Urk. 20/2) - zur Feststellung, dass von einer mässig eingeschränkten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit auszugehen sei, welche durch fortgesetztes Training unter anderem in der Herzsportgruppe noch optimiert werden könne. Im Neurostatus liessen sich sowohl im rechten Arm wie im Bereiche des linken Unterschenkels und Fusses motorische Defizite vermuten, dies als Residuen bei Status nach spastischem Hemisyndrom rechts 1996 bei linksseitigen Thalamusinfarkten respektive der erstmals 1993 festgestellten sensomotorischen Parese unklarer Ätiologie im linken Unterschenkel (Urk. 12/58/45).

Laut rheumatologischem Teilgutachten von Dr. med. J.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, imponiert beim Versicherten eine erhebliche Selbstlimitation und Inkonsistenz. So seien die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates während der Begutachtung deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel (Urk. 12/58/35). Der Versicherte

demonstrierte im Verhalten überborsichtige Bewegungen, eine starre, abnorme Haltung, eine häufige Schmerz mimik sowie häufige verbale Schmerz Äusserungen und es komme zu übertriebenen Abwehrreaktionen bei der klinischen Untersuchung. Drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auffällig sei eine hochgradige Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur bei allgemeiner erheblicher Dekonditionierung. Zusammen mit der daraus resultierenden Fehlhaltung komme es zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans (Urk. 12/58/36).

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte bei der Untersuchung eine insgesamt ausgeglichene Grundstimmung des Beschwerdeführers fest. Das Antriebsverhalten sei etwas reduziert, psychomotorisch wirke der Versicherte eher wenig lebhaft. Es zeige sich auf psychiatrischem Fachgebiet ein insgesamt unauffälliger Versicherter, ohne relevante psychopathologische Befunde oder psychische Funktionsstörungen. Die geschilderten Ängste vor einem erneuten Krankheitsschub seien vor dem Hintergrund der komplexen Problematik im Rahmen des Morbus Behçet, bei Status nach Vaskulitis, mit Facialparese und Halbseitenlähmung sowie nach Herzinfarkt bei koronarer Herzerkrankung als adäquat zu bezeichnen und ohne Krankheitswert (Urk. 12/58/39-40).

Der versicherungsmedizinischen Gesamtbeurteilung ist zu entnehmen, dass die volle Arbeitsunfähigkeit im ursprünglichen Beruf als Maschinist und Lagerist unverändert seit 1997 bestehe. Abgesehen von den hospitalisationsbedingten Arbeitsunfähigkeitszeiten könne aber auch retrospektiv für eine behinderungsangepasste Tätigkeit keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Es könne ab sofort von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, das heisst leicht bis intermittierend mittelschwer ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen und Leitern und ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten in kniender beziehungsweise hockender Position, ausgegangen werden (Urk. 12/ 58/46-47; Urk. 12/58/ 37; Urk. 12/58/45).

4.3.7 Am 15. Oktober 2009 bemängelten Dr. med. L. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und PD Dr. med. M. ____, Facharzt FMH für Neurologie, vom D. ____, am A. ____, Gutachten zusammenfassend was folgt: Beim Exploranden stehe mit der Diagnose Morbus Behçet mit rezidivierenden neurologischen Defiziten eine immunologische Krankheit mit neurologischer Symptomatik (wiederholte Durchblutungsstörung in beiden Hirnhälften) im Mittelpunkt. Auch die kardiale Problematik sei ein zentraler Faktor. Deshalb dränge sich die Frage auf, wieso keine Fachärzte aus dem Gebiet der Neurologie und der Kardiologie beigezogen worden seien. Die Beurteilung von cerebralen Residuen gehöre einzig und alleine in die Hände einer neurologischen Fachperson (Urk. 3/5 S. 3). Die Anamnese im psychiatrischen Teilgutachten sei knapp und unvollständig und Angaben zum subjektiven Erleben der Erkrankung seitens des Morbus Behçet und des Herzinfarktes würden vollständig ausgeblendet (Urk. 3/5 S. 6).

4.3.8 Am 17. Februar 2010 hielt Dr. B. ____, zuhanden des Rechtsvertreters fest, in der gesamten Begutachtung des A. ____, werde nicht Stellung genommen zur kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit des Patienten. Die von diesem nach regelmässigem Training in der Herzgruppe am 9. Januar 2009 geleisteten 120 Watt seien deutlich weniger, als von einem

50-jährigen Mann zu erwarten wäre. Aufgrund der eingeschränkten kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit sei das Gutachten nicht gerechtfertigt, insbesondere da es sich nicht mit dieser auseinandersetze (Urk. 8/1).

5.

5.1 Die Rechtmässigkeit der von der IV-Stelle vorgenommenen Rentenaufhebung hängt nach dem (in Erw. 2.3) Gesagten primär von einer Änderung im Sachverhalt ab. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 Erw. 3 S. 132 f. und 133 V 108 Erw. 5.4 S. 114 mit Hinweis).

5.2 Die dem Beschwerdeführer nach Massgabe eines 100%igen Invaliditätsgrades ab 1. September 1997 bis auf Weiteres eine ganze Rente zusprechende Verfügung vom 19. Januar 1998 (Urk. 12/17) stellt eine auf einer umfassenden rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung basierende rechtskräftige Verfügung im Sinne von BGE 133 V 108 dar. Demgegenüber hatte die Verwaltung in den Revisionsverfahren in den Jahren 1998/1999, 2002 und 2005 wohl Kurzberichte des Hausarztes Dr. Z., den Verlaufsberichte des behandelnden Rheumatologen Dr. G., E., beilagen - die sich jedoch nicht zur Arbeitsfähigkeit des Versicherten äusserten -, beigezogen. Dies kann jedoch nicht als vertiefte Sachverhaltsabklärung mit entsprechender Beweiswürdigung gewertet werden, zumal die IV-Stelle es unterliess, sich in den rentenbestimmenden Verfügungen respektive Mitteilungen mit diesen medizinischen Berichten auseinanderzusetzen, respektive überhaupt nicht darauf einging, sondern jeweils lediglich mit Standardformulierung darauf hinwies, dass sich keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben habe (Urk. 12/22; Urk. 12/ 8) respektive keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf die Rente auswirke (Urk. 12/37). Bei diesen Schreiben der IV-Stelle, die denn mit Ausnahme des ersten im Jahr 1999 auch als Mitteilung und nicht als Verfügung bezeichnet sind, handelt es sich folglich lediglich um einfache Mitteilungen betreffend die Weiterzahlung der Rente, wie sie nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung als zeitliche Referenzgründe unbeachtlich sind (vgl. BGE 133 V 112 Erw. 5.3.2).

5.3 Bei der Frage nach einer rentenrelevanten Sachverhaltsänderung sind demnach die Verhältnisse zu prüfen, wie sie sich ab dem 19. Januar 1998 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2010 entwickelt haben.

6.

6.1 Das umstrittene Gutachten des A. vom 29. März 2009 taugt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers als diesbezügliche Vergleichsgrundlage, denn es ist schlüssig und umfassend. X. wurde internistisch (Urk. 12/58/19-29), rheumatologisch (Urk. 12/58/29-37) und psychiatrisch (Urk. 12/58/37-40) untersucht und die Gutachter nahmen den aktuellsten Bericht des behandelnden Kardiologen Dr. B. zu den Akten (Urk. 12/58/12-13). Die oben in Erw. 4.3 auszugsweise erwähnten Vorakten (Urk. 12/58/3-12), die eine fundierte Beurteilung erlauben, und die persönlichen Aussagen des

Versicherten (Urk. 12/58/19; Urk. 12/58/29-30; Urk. 12/58/37-38) wurden umfassend berücksichtigt sowie gewürdigt. Dass die Berichte von Dr. B. ___ vom 12. November und 28. Dezember 2007 und vom 19. Februar und 2. April 2008 den Gutachtern des A. ___ nicht vorlagen - wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt (Urk. 1 S. 9) - vermag daran nichts zu ändern, lagen ihnen doch die aktuellsten Berichte Dr. B. ___s vom 28. Januar 2008 und 12. Januar 2009 vor (Urk. 12/ 58/11-13). Die Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtend und widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar (Urk. 12/58/41-47). Damit sind die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage grundsätzlich erfüllt (vgl. vorstehend Erw. 2.5). Nicht ohne Weiteres gefolgt werden kann der Feststellung der Gutachter, dass auch retrospektiv für eine behinderungsangepasste Tätigkeit keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne (Urk. 12/58/47), zumal rückwirkende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit generell schwierig sind (vgl. etwa Urteil des EVG vom 30. Mai 2006, I 725/05 Erw. 4.1). Da diese Aussage jedoch nicht den vorliegend interessierenden Zeitraum betrifft, vermag sie nichts an der Beweiskraft des A. ___-Gutachtens zu ändern.

6.2 Auch die Äusserungen gegen das Gutachten des A. ___ erhobenen Einwände des Beschwerdeführers und die medizinischen Akten vermögen nichts am Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens zu ändern. Es sind keine Befunde ersichtlich, die von den Gutachtern des A. ___ nicht berücksichtigt worden sind. Was die durch den Hausarzt gestellte und von den behandelnden Kardiologen aufgegriffene Diagnose der depressiven Entwicklung respektive einer Somatisierungsstörung anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraussetzt (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6), was vorliegend nicht der Fall ist, konnte doch der begutachtende Psychiater Dr. K. ___ mit nachvollziehbarer Begründung keine psychiatrischen Diagnosen stellen. Der Beschwerdeführer hat denn auch den Akten zufolge nie eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen und es sind den Akten auch keine Hinweise darauf zu entnehmen, dass ihm dies von einem seiner behandelnden, psychische Einschränkungen erhebenden Ärzte persönlich nahe gelegt worden wäre (vgl. hierzu die Angaben des Versicherten anlässlich der psychiatrischen Begutachtung im A. ___ vom 27. Januar 2009: Urk. 12/58/37 Ziff. 5.2; im Gegensatz zum Bericht von Dr. B. ___ zuhanden von Dr. Z. ___ vom 12. November 2007 [Urk. 12/70/3] und vom 28. Dezember 2007 [Urk. 12/71]). Im Äusseren kam auch der zweite mit dem Beschwerdeführer befasste Psychiater, Dr. L. ___ vom D. ___, - trotz Kritik am psychiatrischen Teilgutachten - zum Schluss, dass es schlüssig sei, dass der Explorand aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsfähig sei (Urk. 3/5 S. 10). Die fachfremden psychiatrischen Diagnosenennungen (zum grundsätzlich beweisrechtlichen Vorrang der psychiatrischen gegenüber der nichtfachärztlichen Beurteilung im Bereich psychischer Leiden vgl. BGE 131 V 49 Erw. 1.2, und zum Beweiswert eines ärztlichen Berichts bei fehlender fachspezifischer Qualifikation vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen) durch den Hausarzt und den behandelnden Kardiologen vermögen keine Zweifel am Ergebnis der psychiatrischen Teilbegutachtung durch das A. ___ zu erwecken und stehen diesem ohnehin nicht entgegen, da dieses von einer fehlenden depressiven Symptomatik ab Untersuchungszeitpunkt (27. Januar 2009) ausgeht.

Der Beschwerdeführer moniert, dass die Umstände der Durchführung der Untersuchungen im A. ___ nicht nachvollziehbar seien und nicht erkennbar sei, ob überhaupt ein rechtsgenügendes Teilgutachten erstellt worden sei (Urk. 1 S. 9 f.). Das vom A. ___ aufgelegte Gutachten, welches von sämtlichen beteiligten Ärzten unterzeichnet wurde, erlaubt eine problemlose Zuordnung der Ausführungen hinsichtlich internistische, rheumatologische und psychiatrische Untersuchung, wurden doch die einzelnen Teilgutachten mit einer klaren Überschrift, welche auf den involvierten Gutachter hinweist, versehen und als Ganzes in das Hauptgutachten integriert. Weshalb diesbezüglich eine Zuordnung nicht möglich sein sollte, ist nicht ersichtlich. Einzig die Ausführungen in Bezug auf die Angaben des Beschwerdeführers im internistischen Hauptgutachten lassen sich nicht eindeutig Dr. med. N. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM und Chefarzt des A. ___, oder Dr. I. ___ zuordnen. Da der Beschwerdeführer weder den Inhalt dieser Angaben bemängelte noch bestritt, derartige Ausführungen gemacht zu haben, vermag dies den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern, und es ist auch Ziffer 3 des Rechtsbegehrens (Urk. 1 S. 2) nicht stattzugeben. Schliesslich ist es unerheblich, wie lange eine einzelne Untersuchung dauert, solange die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 9C_55/2009 Erw. 3.3 mit Hinweisen), was vorliegend wie gesagt (vgl. Erw. 6.1) zutrifft (vgl. auch Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. November 2010, IV.2009.01056 Erw. 4.2).

Weiter bemängelt der Beschwerdeführer, dass in den zentralen Gebieten der Neurologie und der Kardiologie lediglich eine unqualifizierte Begutachtung durch den Internisten des A. ___ stattgefunden habe, obwohl jeweils eine entsprechende fachärztliche Untersuchung indiziert gewesen wäre (Urk. 1 S. 11). Dem A. ___-Gutachten liegen jedoch unter anderem die aktuellsten Berichte des behandelnden Kardiologen Dr. B. ___ zugrunde, wobei die letzte Untersuchung erst im Januar 2009, also zeitgleich mit den Untersuchungen im A. ___, stattfand. Es ist somit nicht ersichtlich, inwieweit ein kardiologischer Facharzt andere Untersuchungen respektive Beurteilungen hätte vornehmen sollen. Im Übrigen steht das A. ___-Gutachten in Übereinstimmung mit den Beurteilungen des behandelnden Kardiologen und berücksichtigt im Belastungsprofil einer angepassten Tätigkeit sehr wohl eine Einschränkung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit des Versicherten (Urk. 12/58/45). Soweit diese auf eine Dekonditionierung zurückzuführen ist (wie von Dr. B. ___ bereits früher festgestellt worden ist), ist darauf hinzuweisen, dass eine solche nicht ohne Weiteres zu einer von der IV zu berücksichtigenden Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. etwa Urteil des EVG vom 11. August 2006, I 601/05, Erw. 2.3). Zur Arbeits(un)fähigkeit äusserte sich Dr. B. ___ nie aktenkundig, weshalb diesbezüglich von vornherein keine Abweichung zwischen den Beurteilungen bestehen kann. Was das neurologische Fachgebiet anbelangt ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei dem Morbus Behçet um eine Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis handelt (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/>). So stand denn der Beschwerdeführer die ganzen Jahre über auch stets in rheumatologischer Behandlung bei Dr. G. ___ und nicht in neurologischer Behandlung. Die Notwendigkeit einer fachärztlichen neurologischen Begutachtung war somit nicht ausgewiesen. Ferner finden sich in den aktuellen medizinischen Akten keine Hinweise auf neurologische Defizite, die den Beschwerdeführer in einer angepassten Arbeitstätigkeit einzuschränken vermöchten (Urk. 12/14/8). Was die vom Neurologen des D. ___ bemängelten neurologischen Untersuchungen durch den Internisten des A. ___ anbelangt,

so waren diese nicht entscheidend für die Beurteilung und lag dem A.____ auch der aktuellste Bericht des Dr. G.____, der den Beschwerdeführer - neben dem Hausarzt und dem Kardiologen - seit Jahren ausschliesslich behandelt und jeweils seinen Berichten zufolge auch neurologisch untersucht, vom 8. Juli 2008 vor. Die von Dr. G.____ jeweils festgestellte «Dysfunktion» des rechten Arms wurde von den Gutachtern des A.____ denn auch berücksichtigt (vgl. Urk. 12/58/46 Ziff. 7.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Zeit der Rentenerhöhung befand sich X.____ in einer Phase nach dem ischämischen Insult und einem Schub des Morbus Behçet. Zwischenzeitlich ist zwar die Diagnose einer koronaren Zweigefässerkrankung und ein im Jahr 2007 durchlittener Myokardinfarkt hinzugekommen. Gemäss aktuellstem Bericht von Hausarzt Dr. Z.____ - der diesbezüglich im Einklang mit den übrigen medizinischen Akten steht - ist die kardiologische Situation jedoch unter medikamentöser Behandlung stabil und der Morbus Behçet wird zurzeit nicht behandelt. Den Akten zufolge litt der Beschwerdeführer seit der Rentenzusprache respektive -erhöhung unter keinem neuerlichen Schub dieser Krankheit. Folglich ist die dem A.____-Gutachten zu entnehmende Verbesserung des Gesundheitszustandes, die auch der Stellung nehmende Med. pract. O.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, als ausgewiesen erachtete (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 10. Juni 2009; Urk. 12/60/3), durchaus nachvollziehbar.

6.3 Ä Ä Ä Ä Es ist somit nach dem Gesagten mit der IV-Stelle gestützt auf das Gutachten des A.____ vom 29. März 2009 ab diesem Zeitpunkt von einer aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nunmehr 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, das heisst in einer leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen und Leitern, ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten in kniender beziehungsweise hockender Position, auszugehen (Urk. 12/58/46-47). Damit kann offengelassen werden, ob die rentenzusprechende respektive die rentenerhöhende Verfügung allenfalls «offensichtlich unrichtig» waren und somit der Rechtsfigur der substituierten Begründung der Wiedererwägung (vgl. hierzu Art. 53 Abs. 2 ATSG) zugänglich wären.

7.

7.1 Ä Ä Ä Ä Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.6 Stunden (2008). Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; vgl. BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Die Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens durch die IV-Stelle, die auf einem Bericht der Y. AG vom 5. Februar 1996 (Urk. 12/4) respektive der LSE (Zentralwert der standardisierten Bruttolöhne, Total, im privaten Sektor für einfache und repetitive Tätigkeiten für Männer gemäss LSE 2006 Tabelle TA1, Ziff. 1 - 93, Anforderungsniveau 4), je unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2008, beruht (vgl. Urk. 2; Urk. 12/61), blieb in der Beschwerde unbestritten, und es ist gestützt auf die Akten auch kein Grund ersichtlich, weshalb nicht darauf abzustellen wäre.

Bei solchermassen festgelegten Validen- und Invalideneinkommen resultiert ein Invaliditätsgrad von 35 % und die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 5

Es sei die Beschwerdegegnerin in jedem Fall zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die Kosten von Fr. 5'111.-- für das Gutachten D. zu erstatten.

E. 6

Es sei der vorliegenden Beschwerde die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen.

E. 7

Es sei dem Beschwerdeführer in der Person von RA lic. iur. Massimo Aliotta, Obergasse 20, 8401 C., ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bewilligen.

E. 8

8.1 Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

8.2 Die im vorliegenden Verfahren eingereichte medizinische Würdigung des A. Gutachtens durch das Institut D. vom 15. Oktober 2009 erweist sich nach dem Gesagten für die Entscheidungsfindung nicht als unerlässlich, hat sie doch nichts zur Klärung des Sachverhalts beigetragen und erweist sich damit als unnötig im Sinne von Art. 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor

dem Sozialversicherungsgericht. Das Gesuch des Beschwerdeführers um Übernahme der Kosten des Gutachtens von Fr. 5'111.-- durch die Beschwerdegegnerin ist daher abzuweisen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta

- 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.