

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00922 vom 24. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00922

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00922 du 24 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00922 del 24 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1. Im Zeitpunkt der Zusprache der ganzen Rente im Jahr 1998 präsentierte sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt:

3.2. Am 17. Juni 1997 berichtete Dr. med. Y. ____, Neurologie FMH (Urk. 8/35) zuhanden der Beschwerdegegnerin und nannte als Diagnose einen Status nach Frontalkollision am 23. Mai 1996 mit Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) und Commotio cerebri sowie Kontusion des Bulbus links mit Glassplitterverletzung und Fraktur der lateralen Ecke der linken Beckenschaufel und Kontusion der linken Schulter (Ziff. 3).

Er berichtete, dass sich das Beschwerdebild im Verlaufe des Jahres 1997 weitgehend chronifiziert habe mit ständigen Nacken- und Kopfschmerzen, welche bei jeglicher körperlicher Belastung zunehmen würden. Bis heute habe eine 30%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden können, bei Versuchen, eine höhergradige Arbeitsfähigkeit zu erreichen, sei es immer wieder zu Rückfällen mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit gekommen (Ziff. 4.1). Dr. Y. ____, attestierte demzufolge eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit Dezember 1997 (Ziff. 1.5).

3.3. Der Beschwerdeführer war vom 8. Juli bis 5. August 1997 in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Z. ____ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 21. August 1997 (Urk. 8/16) nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1):

- Status nach HWS-Distorsion bei Auffahrunfall Mai 1996 mit/bei
- Cephalaea, Zervikalgie und Zervikobrachialgie links
- Status nach rudimentärer Beckenschaufelfraktur links und Status nach Glassplitterverletzung linker Bulbus
- Dyslipidämie

Beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des Nackens sowie des Schulter-/Armbereiches links mit gehäuft Cephalea, welche sich einen Monat nach einer Auffahrkollision im Mai 1996 erstmals zu manifestieren begonnen habe. Neurologisch hätten sich bei Eintritt bis auf eine inkonstante Angabe einer verminderten Oberflächensensibilität für den linken Arm keine relevanten pathologischen Befunde erheben lassen, die HWS habe eine endständige Schmerzauslösung bei uneingeschränkter Beweglichkeit gezeigt und ein muskulärer Hartspann habe sich auch nicht nachweisen lassen. Aus neurologischer und rheumatologischer Sicht sei eine zügige schrittweise Reintegration in den Arbeitsprozess zu befürworten. Die Ärzte attestierten eine 25%ige Arbeitsfähigkeit vom 11. August

bis 24. August und eine solche von 50 % vom 25. August bis 7. September 1997 (S. 5 Mitte).

Aus neuropsychologischer Sicht seien aufgrund des Ausfallmusters und der Verhaltensbeobachtung die Minderleistungen des Beschwerdeführers kaum auf unfallbedingte cerebrale Funktionsstörungen zurückzuführen. Sie seien am ehesten, wie auch die wenigen Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers im neuropsychologischen Bereich, mit der durch die Schmerzen und die psychosozialen Probleme entstandenen psychischen Belastung zu erklären. Im Vordergrund stehe aktuell die dysfunktionale Schmerzverarbeitung (S. 5 unten). Eine rasche und gut geplante sukzessive Wiederaufnahme der Arbeit zur psychischen Stabilisierung wäre wünschenswert, jedoch mache der Beschwerdeführer einen eher abwehrenden, resignativen Eindruck, indem er darauf hingewiesen habe, dass er da keine Möglichkeit sehe und ein Versuch bereits misslungen sei. Leider sei der Beschwerdeführer stark auf seine Beschwerden fixiert und habe wenig Ressourcen, um konstruktiv damit umzugehen. Der Chronifizierungsprozess des wechselnden Beschwerdebildes sei bereits im Gang. Um ihn aufzuhalten, wäre einzig eine psychologische Begleitung zum Erlernen von Schmerzbewältigungsstrategien empfehlenswert (S. 6 oben).

3.4.4.4 Dr. med. A.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 11. Juli 1998 (Urk. 8/37) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnose (Ziff. 3):

- chronifizierendes Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion (Autounfall 23. Mai 1996)
- reaktive Depression mit ängstlichen Zügen und mehreren Panikattacken

Dr. A.____ führte aus, dass anlässlich der Kur des Beschwerdeführers in Z.____ am 21. August 1997 (vgl. Urk. 8/16) der Verdacht auf depressive Störung genannt worden sei. Der Beschwerdeführer habe berichtet, wegen anhaltender Schmerzen habe er Schlafstörungen und sei tagsüber dauernd müde. Er könne ausser Präsenz im Restaurant keine Arbeit verrichten, keine Pfannen heben, weswegen ein Koch habe angestellt werden müssen. Nach wenigen Stunden Mithilfe sei er völlig erschöpft, müsse dauernd die Stellung wechseln. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer drei Panikattacken im letzten Jahr geschildert (Druck auf Brust, Herzsrasen, keine Luft, Zittern, Angst vor Herzschlag oder Ersticken), jedoch angegeben, er brauche keine Psychiater. Dr. A.____ berichtete, der Beschwerdeführer habe keinen Einblick in vermutbare persönliche Probleme zugelassen und spiele die Schmerzen wie seine Probleme herunter. Eine genaue diagnostische und prognostische Beurteilung sei unter diesen Umständen nicht möglich und wäre spekulativ (Ziff. 4).

E. 4

4.1.4.4 Im Zusammenhang mit den zwischenzeitlich erfolgten Revisionen finden sich folgende Berichte:

4.2.4.4 Am 3. Oktober 2000 erstatteten die Ärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Z.____ ihr Gutachten (Urk. 8/50/3-58) und nannten folgende Diagnosen bei Status nach Autounfall am 23. Mai 1996 (S. 38 Ziff. B):

- persistierendes chronifiziertes zervikospondylogenes bis zervikobrachiales Syndrom links (HWS-Distorsionstrauma fraglich)

- Fraktur der lateralen Ecke der Beckenschaufel links
- Contusion der linken Schulter
- Glassplitterverletzung und Contusion des linken Bulbus
- anamnestisch Status nach Rissquetschwunde im Bereiche der linken Gesichtshälfte und des linken Daumens
- diskrete kognitive Minderleistungen
- posttraumatische somatoforme Schmerzstörung
- reaktive depressive Entwicklung mit Angstkomponenten und Panikattacken
- erheblich reduzierte psychophysische Leistungsfähigkeit

Als Gesamtbeurteilung (S. 39 ff. lit. C) führten die Gutachter aus, gemäss ihren detaillierten klinisch-rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen habe als einzig objektivierbarer Befund ein höchstens mässiggradiges chronifiziertes zervikospondylogenes bis zervikobrachiales Syndrom links mit ebenfalls höchstens leichtgradiger Bewegungseinschränkung der HWS und leichter muskulärer Dysbalance festgestellt werden können. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Bereich der HWS seien von vorherigen Ärzten als vorbestehende Fehlhaltung und Fehlform der Wirbelsäule interpretiert worden, die nach dem Unfall unter fehlender Belastung und muskulärem Training eine Dekonditionierung der Nacken- und Schultermuskulatur bewirkt hätten und somit symptomatisch geworden seien. Dieser Meinung könnten sie sich anschliessen (S. 39 oben). Des Weiteren habe sich in den Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule höchstens eine diskrete Zunahme der degenerativen Veränderungen auf Höhe HWK 5/6 gezeigt (S. 40 oben).

Vom klinischen Standpunkt habe sich das gesamte Beschwerdebild des Beschwerdeführers nach dem Unfall kaum verändert, beziehungsweise nach Angaben des Beschwerdeführers sogar verstärkt. Damit würden aber bei der Beurteilung der Gesamtsymptomatik kaum die klinischen Befunde im Vordergrund stehen, sondern die Schmerzsymptomatik und das in der neuropsychologischen Beurteilung detailliert beschriebene desolate psychische Zustandsbild. Die vom Beschwerdeführer angegebenen täglichen Schmerzepisoden seien mittlerweile chronifiziert und zu einem grossen Teil psychisch fixiert (S. 40 unten).

Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit, erachteten aber unter optimalen Bedingungen eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit als Koch als zumutbar, sofern sich der Beschwerdeführer auf die ihm angebotenen medizinischen Massnahmen eingelassen hätte (S. 53). Die medizinisch-theoretische Invalidität bei psychischen Unfallfolgen sei aufgrund der diskreten kognitiven Minderleistungen auf zirka 20 bis 25 % zu schätzen, weshalb gesamthaft unter Berücksichtigung der theoretischen Halswirbelsäulenauffektion eine medizinisch-theoretische Invalidität von zirka 15.5 % bis 20 % vorliege.

4.3 Dr. Y. bestätigte in seinem Bericht vom 5. April 2001 (Urk. 8/49/1-2) seine gestellte Diagnose (vorstehend E. 3.2), ergäuzt um einen Status nach mehreren Körperprellungen am 18. Januar 2001 (Ziff. 3). Er berichtete, der Verlauf sei schlecht, nach Auseinandersetzung mit der Polizei habe eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattgefunden. Eine Erwerbstätigkeit sei momentan nicht zumutbar,

mittelfristig sei keine Änderung zu erwarten (Ziff. 4.1).

4.4.4.4 Am 11. Oktober 2005 berichtete Dr. Y. ___ im Verlaufsbericht (Urk. 8/60) von einem stationären Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bei gleichbleibender Diagnose, ergänzt um eine depressive Entwicklung (Ziff. 2). Eine Erwerbstätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar.

E. 5

5.1.4.4 Im Zusammenhang mit der vorliegend strittigen Rentenrevision sind folgende medizinische Berichte von Belang:

5.2.4.4 Am 22. Januar 2009 berichteten die Ärzte des Stadtsitals B. ___, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation (Urk. 8/68/7-8), und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Verdacht auf Polymyalgia rheumatica
- Schulter-/Beckengrtelschmerzen
- Oberarmdruckschmerz, Morgensteifigkeit
- positiver Steroidversuch
- Osteopenie
- DEXA 6/08: Hüfte 0.5, Radius -0.1, -1.8
- chronifiziertes Lumbovertebralsyndrom
- rezidivierendes zervikozephalisches Schmerzsyndrom
- HWS-Distorsion nach Auffahrunfall 5/96
- Teilmeniskektomie rechts 1999

4.4.4.4 Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der langjährig nicht vorhandenen Integration in den Arbeitsprozess nicht vorgenommen worden.

5.3.4.4 Am 15. September 2009 erstatteten Dr. med. C. ___ und Dr. med. D. ___, Medizinische Abklärungsstelle E. ___ (MEDAS), ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/77/1-32). Dieses stützte sich auf die vorhandenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 15 ff.), eine internistische Untersuchung (S. 24 ff.), ein rheumatologisches (Urk. 8/77/34-41), ein neurologisches (Urk. 8/77/42-47), ein neuropsychologisches (Urk. 8/77/48-53) und ein psychiatrisches (Urk. 8/77/54-62) Fachgutachten.

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 4.1):

- Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (chronifiziertes zervikales und lumbales Schmerzsyndrom)
- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter ein chronifiziertes zervikales, zervikospodylogenes bis panspodylogenes Schmerzsyndrom, eine leichte Fehlform und Fehlstatik der Wirbelsäule, degenerative Veränderung der

HWS mit mittelschwerer Osteochondrose C5/6, leichte Osteochondrose C6/7, einen Status nach Autounfall am 23. Mai 1996 mit Verdacht auf HWS-Distorsion mit Contusio bulbi links mit Glassplitterverletzung des linken Auges und Kontusion der linken Beckenschaufel mit Fraktur der lateralen Ecke mit Kontusion der linken Schulter und Rissquetschwunde am linken Daumen sowie eine leichtgradige mediale Gonarthrose beidseits und ein Nikotinabusus (Ziff. 4.2).

Als Gesamtbeurteilung (S. 29 f.) führten die Gutachter aus, es könne festgehalten werden, dass nach der Rekonvaleszenz vom Verkehrsunfall im Mai 1996 beim Beschwerdeführer keine somatischen Schädigungen mehr bestanden hätten, welche eine Arbeitsunfähigkeit aus reiner Optik des Bewegungsapparates bedingt hätten. Nun sei mit den Diagnosen von leichten Gonarthrosen und einer Polymyalgia rheumatica zwar eine neue Situation eingetreten, respektive hätten sich Veränderungen eingestellt, die das Potential einer Verschlechterung haben könnten, aber gemäss Beurteilung des Rheumatologen würden diese Befunde die Arbeitsunfähigkeit nicht tangieren (S. 29 f.). Aus neurologischer wie auch aus neuropsychologischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 28 Mitte).

In psychiatrischer Sicht sei es verpasst worden, den Beschwerdeführer bei Rentenrevisionen auch psychiatrisch zu reevaluieren. So seien die sehr unsicheren Diagnosen, welche damals noch Angst- und Depression umfassten, einfach weiter gelaufen und der Hausarzt habe weiterhin die damals attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt. Eine in den letzten Jahren eintretende Besserung sei überhaupt nicht bemerkt worden. Unterdessen würden sich weder eine Depression noch chronische schwere Ängste nachweisen lassen. Zusammenfassend sei somit aus psychiatrischer Sicht - leider nicht bemerkt in den letzten Jahren und in unbestimmbarer Zeit - eine deutliche Verbesserung eingetreten. Der Beschwerdeführer sei aus ganzheitlicher Sicht zu 50 % als Koch arbeitsfähig (S. 30 oben).

Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Koch von 50 %. Ebenfalls sei er in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig, wobei eine Gewichtslimite von 20 kg beachtet werden müsse (S. 31 Ziff. 5.1 und 5.2). Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit auf dem jetzigen Niveau von 50 % gut stabilisiert, möglicherweise später noch etwas verbessert werden (S. 31 Ziff. 5.3).

Mit Bericht vom 15. Dezember 2009 (Urk. 8/93) zuhanden des Beschwerdeführers nannten Dr. med. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und G., Psychologin FSP, folgende Diagnosen (S. 1):

- schwere psychophysiologische Insomnie (F51.03)
- obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- chronisches lumbovertebrales Syndrom
- Status nach cervicocephalem Syndrom nach Autounfall 1996, aktueller Status IV 50
- Dysthymia F34.1
- Nikotinabusus (zwei Packchen pro Tag)
- Verdacht auf Persönlichkeitsveränderung aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms (F62.1)

Sie berichteten, der Beschwerdeführer habe vom 22. November bis 5. Dezember 2009 stationär in ihrer Schlafklinik gewohnt. Die seit Jahren bestehende Schlafstörung des Beschwerdeführers sei auf ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom zurückzuführen. Die Atemstörungen würden ihn bereits kurz nach dem Einschlafen wieder wecken (S. 2 unten). Nach dem stationären Aufenthalt habe sich eine leichte Verbesserung der Schlafstörung sowie seiner depressiven Befindlichkeit feststellen lassen. Er zeige zunehmend Selbstinitiative und einen differenzierten Umgang mit seiner Schlaf- und Schmerzstörung (S. 3).

In seiner Stellungnahme vom 19. März 2010 (Urk. 8/96) zuhanden der Beschwerdegegnerin führte Dr. F. aus, dass beide Störungen (Apnoesyndrom und Insomnie) prinzipiell behandelbar und daher für die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkend seien. Die Behandlung sei jedoch wegen dem chronifizierten depressiven Zustandsbild und den ebenfalls chronischen Schmerzen nicht durchführbar und insofern könnten die Insomnie und das Apnoesyndrom verstärkend wirken. Für die Schlafstörung ergebe sich keine Einschränkung, im Gesamtbild könne dies bei anhaltend gestörtem Schlaf eine solche von bis zu 50 % bedeuten (S. 1 Mitte).

Am 23. September 2010 erstattete Dr. med. H., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einen vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebenen psychiatrischen Bericht (Urk. 3/3). Er führte aus, dass er den Beschwerdeführer seit dem 14. Januar 2010 vierzehntägig behandle (S. 2 Ziff. 1). Zur psychiatrischen Beurteilung des MEDAS-Gutachtens äusserte er sich dahingehend, dass die MEDAS-Psychiaterin zwar Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Libidoverlust, eine deprimierte Stimmung, Freudlosigkeit, verminderten Antrieb und psychomotorische Hemmungen - alles Symptome einer Depression - festgestellt und die Diagnose reaktive Depression gemäss den ICD-10 Kriterien verneint habe, er nun aber festgestellt habe, dass zu diesen Symptomen noch verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit hinzukämen, weshalb eine depressive Störung vorliege (S. 3 Ziff. 3.5). Ausserdem sei auf die häufige Unfähigkeit von Menschen aus dem südlichen Europa hinzuweisen, depressive Symptome auf intellektuelle Art zu benennen. Diese eigentlich seelische Symptome würden oft als körperliche Schmerzen dargeboten. Darüber hinaus sei ein vermutlich psychogener Schmerz im Verlauf einer depressiven Störung nicht unter F45.41 zu berücksichtigen (S. 4 oben).

Dr. H. bemängelte zudem die Länge der neuropsychologischen Untersuchung im MEDAS-Gutachten. Ein allfälliges Nachlassen von Konzentration und Aufmerksamkeit habe bei dieser 2¾ Stunden dauernden Untersuchung nicht getestet werden können. Zusammenfassend komme er daher zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine mittelgradige oder schwere depressive Störung (ICD-10 F32.1 oder F32.2) vorliege. Diese habe sich seit dem Jahre 1997 wegen mangelnder psychiatrischer Behandlung chronifiziert sowie den zumutbaren Willen des Beschwerdeführers, wieder eine Arbeit zu suchen, deutlich vermindert. Die Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit betrage nämlich etwa 70 % bis 80 % und nicht bloss 50 % gemäss MEDAS-Gutachten (Ziff. 4).

E. 6

6.1 Die Rentenzusprache im März 1999 erfolgte gemäss Feststellungsblatt (Urk. 8/41) hauptsächlich gestützt auf die medizinischen Berichte von Dr. Y. (vgl.

E. 3.2), der Ärzte der Rheuma- und Rehabilitationsklinik Z.____ (vgl. E. 3.3) und Dr. A.____ (vgl. E. 3.4) sowie auf die kurze Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 1998 (Urk. 8/40). Damals wurde einerseits ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach HWS-Distorsion sowie eine reaktive Depression mit ängstlichen Zügen und mehreren Panikattacken diagnostiziert. Dabei wurde die Arbeitsfähigkeit auf maximal 30 % beziffert (Urk. 40/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beschwerde machte der Beschwerdeführer geltend, die Befunde hätten sich seither nicht geändert, es liege lediglich eine andere Beurteilung vor (S. 5 ff. Ziff. 7). Zutreffend ist, dass sich aus dem MEDAS-Gutachten im Wesentlichen dieselben Diagnosen ergeben wie aus den Berichten im Zeitpunkt der Berentung. Dies schliesst jedoch eine Rentenrevision nicht grundsätzlich aus, da jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, Anlass zur Rentenrevision gibt (BGE 125 V 368 E. 2, BGE 105 V 29 mit weiteren Hinweisen). Invalidenversicherungsrechtlich erheblich ist einzig, ob und in welchem Mass eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit - und zwar unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie - ausgewiesen ist (Urteil des Bundesgerichts I 815/05 vom 5. Februar 2007 E. 7.2.2 mit weiteren Hinweisen). Unabhängig von den gestellten Diagnosen ist somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenrevision respektive seit der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahre 1999 verbessert hat.

6.2 Ä Ä Ä Das von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens eingeholte MEDAS-Gutachten (vorstehend E. 5.3) ist für die streitigen Belange umfassend, nimmt es doch aus interdisziplinärer Sicht differenziert Stellung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Sodann beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, so dass darauf abzustellen ist (vgl. E. 1.4).

6.3 Ä Ä Ä Der am MEDAS-Gutachten beteiligte Rheumatologe, die Neurologin sowie die Neuropsychologin gelangten gestützt auf die anlässlich ihrer Untersuchung sorgfältig erhobenen Befunde und gemachten Beobachtungen in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise zum Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer keine Diagnose gestellt werden könne, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge habe (vorstehend E. 5.3). Einzig die degenerative Veränderung an der HWS und die Gonarthrose im medialen Kompartiment beidseits sowie die Polymyalgia rheumatica, welche oft mit einer gewissen Muskelschwäche einhergehen könne, lasse körperliche Schwerarbeit nicht zu und führe zu einer Gewichtslimite bezüglich Heben und Tragen von Lasten von über 20 kg (Urk. 8/77 S. 27). Der Beschwerdeführer hat ausserdem anlässlich der MEDAS- Begutachtung selbst berichtet, dass die Schmerzen seines rheumatischen Leidens (Polymyalgie) nun verschwunden seien (S. 20 Mitte und S. 27 Mitte), weshalb der Rheumatologe zu Recht nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schloss. Ebenfalls führte der Rheumatologe aus, dass nie eine Arbeitsunfähigkeit aus dem Gebiet der Rheumatologie attestiert worden sei (S. 27 Mitte). Die Auffassung des Beschwerdeführers, wonach er aufgrund der neu diagnostizierten leichten Gonarthrose beidseits sowie der Polymyalgie in seiner ursprünglichen

Tätigkeit als Koch erheblich eingeschränkt sei (Urk. 1 S. 9 Ziff. 7.2.3.1), überzeugt daher nicht. Wie bereits ausgeführt, wurde diesem Umstand mit der Gewichtslimite von 20 kg ausreichend Rechnung getragen (vgl. auch Rheumatologisches Gutachten, Ziff. 6.2).

6.4 Die am MEDAS-Gutachten beteiligte Psychiaterin diagnostizierte eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (chronifiziertes zervikales und lumbales Schmerzsyndrom) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vorstehend E. 5.4). Anhand der von ihr erhobenen psychopathologischen Befunde legte sie nachvollziehbar und begründet dar, weshalb aus psychiatrischer Sicht im Gegensatz zu der im Juli 1998 attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.4) in den letzten Jahren eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten sei und nunmehr eine Arbeitsfähigkeit in angestammter wie adaptierter Tätigkeit von 50 % bestehe und weshalb die Kriterien für die in der Vergangenheit gestellten psychiatrischen Diagnosen reaktive Depression und Panikattacken nach ICD-10 zum jetzigen Zeitpunkt nicht erfüllt seien (S. 29 f.).

6.5 Daran ändert auch der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. H. (vorstehend E. 5.5), der eine depressive Störung diagnostizierte, nichts. Dr. H. führte darin unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe weiterhin Ängste und Panikattacken, welche schon von Dr. A. und Dr. Y. in den Jahren 1997-1998 beschrieben worden seien (Urk. 3/3 S. 3). Vorab ist dabei festzustellen, dass nur Dr. A. in seinem Bericht vom 11. Juli 1998 (vorstehend E. 3.4) die Diagnose reaktive Depression mit ängstlichen Zügen und mehreren Panikattacken gestellt hatte, wohingegen Dr. Y. zwar anfänglich nur den Verdacht auf eine reaktiv-depressive Entwicklung geäußert (Urk. 8/22), jedoch keine psychiatrische Diagnose gestellt hatte. Erst im Rahmen des zweiten Revisionsverfahrens ergänzte er mit Verlaufsbericht vom 11. Oktober 2005 (vorstehend E. 4.4) seine Diagnose um eine depressive Entwicklung, ohne diese näher zu begründen oder gemäss ICD-Kriterien zu beurteilen und ohne Ängste und Panikattacken festzustellen. Somit bleiben Zweifel offen, ob Dr. H. alle Vorakten restlos kannte, zumal er diese in seinem Bericht nicht dargestellt hatte. Abgesehen davon handelt es sich bei Dr. Y. um einen Neurologen und ein solcher ist für gewöhnlich nicht als kompetent zu erachten, verbindlich zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers Stellung zu nehmen. Im Widerspruch zu Dr. H.'s Ausführungen über Ängste und Panikattacken steht zudem der Umstand, dass der Beschwerdeführer anlässlich der MEDAS-Begutachtung die gestellten Fragen betreffend Ängste oder Zwänge verneint hatte und solche auch gemäss MEDAS-Gutachterin mit Ausnahme von Zukunftsängsten nicht eruierbar waren (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, S. 5 oben).

Hinzu kommt gemäss Auffassung von Dr. H. eine depressive Störung, und zwar am ehesten eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1 oder F32.2). Dazu, dass sich die übrigen Ausführungen von Dr. H. durch eine ausgeprägte Orientierung am Detail auszeichnen, steht diese ausgesprochen pauschale Diagnosestellung in merkwürdigem Kontrast, bieten doch für jemanden mit seiner Fachkompetenz die Kriterien gemäss ICD-10 genügend Anhaltspunkte, um nicht zwei verschiedene Schweregrade zur Auswahl stellen zu müssen. Umso mehr fällt als Mangel ins Gewicht, dass für den - auch postulierten - ausgeprägtesten Schweregrad

keinerlei nähere Begründung ersichtlich ist, insbesondere nicht mit Blick auf die mit 70 % veranschlagte Arbeitsunfähigkeit. Dies gilt umgekehrt auch für die allfällige mittelgradige Ausprägung, denn dafür, dass diese eine Arbeitsunfähigkeit in dem namhaften Umfang bewirken sollte, fehlt ebenfalls jegliche Begründung.

Bei Berücksichtigt man neben diesen inhaltlichen Unzulänglichkeiten die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 352 ff.), so vermag der Bericht von Dr. H. ___ vom 23. September 2010 (vorstehend E. 5.5) das MEDAS-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

6.6 Dem Einwand des Beschwerdeführers, die von Dr. F. ___ diagnostizierten chronischen Schlafstörungen (schwere psychophysiologische Insomnie) und das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (vorstehend E. 5.4) hätten Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit, ist entgegenzuhalten, dass Dr. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 19. März 2010 (Urk. 8/96) klar ausführte, dass die vorgenannten Störungen behandelbar seien und daher auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht einschränkend wirken würden. Zur prozentualen Einschätzung könne also für die Schlafstörungen gemäss Dr. F. ___ alleine 0 % Einschränkung angegeben werden (S. 1, erster Abschnitt). Die Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach es bei den Schlafstörungen um eine zusätzliche Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit handle, vermögen folglich nicht zu überzeugen. Soweit er die etwas unklare Angabe von Dr. F. ___, wonach dieser Umstand bei anhaltend gestörtem Schlaf im Gesamtbild eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bedeuten könne, anführt, ist auf die Stellungnahme des RAD vom 7. April 2010 (Urk. 8/99/2-3) zu verweisen. Dr. med. pract. I. ___, Fachärztin für Innere Medizin FMH, führte in ihrem Bericht aus, dass sich in Zusammenschau mit der polydisziplinären Begutachtung (MEDAS-Gutachten, vgl. E. 5.3), in welcher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit attestiert wurde, sich keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe, da aus schlafmedizinischer Sicht im Gesamtkontext keine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über 50 % hinaus postuliert worden sei (Urk. 8/99/3).

6.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der aus psychiatrischer Sicht eingetretenen gesundheitlichen Verbesserung seit der letzten Rentenrevision in erheblicher Weise verbessert hat und ihm seit der Begutachtung durch die Ärzte der MEDAS im September 2009 eine angepasste Tätigkeit von 50 % zumutbar ist.

6.8 Damit wird der Rückweisungsantrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7, Urk. 11) gegenstandslos. Immerhin bleibt diese darauf hinzuweisen, dass der von ihr eingenommene Standpunkt in rechtssystematischer Hinsicht nicht schlüssig ist.

Wenn - aber nur wenn - eine frühere Verfügung zweifellos unrichtig ist, kann die Verwaltung selber darauf zurückkommen, oder das Gericht kann eine Leistungsanpassung mit der entsprechenden substituierten Begründung schaffen. Wenn die Richtigkeit einer früheren Leistungszusprache lediglich zweifelhaft erscheint, und erst im Rahmen einer nach erfolgter Rückweisung vorzunehmenden näheren Prüfung die Unrichtigkeit festgestellt würde, so wäre diese demnach nicht derart evident, dass sie das (strenge) Kriterium der zweifellosen Unrichtigkeit erfüllen würde. Mit anderen Worten: Wenn die Unrichtigkeit eine zweifellose ist, dann kann es zu ihrer

Feststellung nicht erst noch weitere klärende Abklärungen brauchen.

E. 7

7.1 Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 2/1 S. 2 unten) blieb beschwerdeweise unbestritten und ist im Wesentlichen nicht zu beanstanden.

7.2 Ausgehend von den Taggeldleistungen des Unfallversicherers gemäss Feststellungsblatt (Urk. 8/41 und Urk. 8/98) nahm die Beschwerdegegnerin ein versichertes Einkommen von zirka Fr. 70'000.-- an und ermittelte unter Anpassung an die Nominallohnentwicklung ein für das Jahr 2009 massgebendes Valideneinkommen von rund Fr. 82'036.-- (Urk. 8/80). Gemäss den Angaben des Unfallversicherers vom 8. Juni 1998 (Urk. 8/28) entrichtete dieser ein Taggeld in der Höhe von 100 % von Fr. 68'310.-- und gemäss IK-Auszug (Urk. 8/33 und Urk. 8/59) wie auch gestützt auf den Abklärungsbericht vom 18. November 1998 (Urk. 8/39) erscheint die Annahme der Beschwerdegegnerin für vertretbar und zudem für den Beschwerdeführer sehr vorteilhaft.

7.3 Da der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung keiner Arbeit mehr nachging, stellte die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ab (BGE 136 V 76 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 E. 4.2.1). Der im Rahmen der Lohnstrukturerhebung ermittelte Durchschnittslohn der Männer, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausüben, belief sich im Jahr 2008 auf monatlich Fr. 4'806.-- (LSE 2008, Bundesamt für Statistik, Tabelle A1, Niveau 4, Total). Diesem liegt eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde. Sodann sind der 13. Monatslohn sowie allfällige Sonderzahlungen im Tabellenlohn bereits miteinbezogen, weshalb für die Feststellung des Jahreslohnes lediglich der Faktor 12 zu verwenden ist. Ausgehend vom genannten Einkommen, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2009 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft, 5-2011, Tabelle B9.2) sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung in allen Wirtschaftszweigen (Die Volkswirtschaft, 6-2011, Tabelle B10.2) ergibt dies im massgebenden Zeitpunkt der Rentenanpassung im Jahr 2009 ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 61'386.-- (Fr. 4'806.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.021). Bei einem dem Beschwerdeführer zumutbaren Pensum von 50 % errechnet sich somit ein Invalideneinkommen von Fr. 30'693.--.

7.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein

Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

7.5. Die Beschwerdegegnerin gewährte einen behinderungsbedingten Abzug von 10 % mit der Begründung, darin seien das Gewichtslimit von 20 kg sowie die Teilzeittätigkeit berücksichtigt (vgl. Urk. 2/1 S. 3). Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, aufgrund der überproportional tieferen Entlohnung der Teilzeitarbeit in Bezug auf Vollzeitangestellte sowie aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen (Gonarthrose, femoropatelläre Schmerzsymptomatik, Polymyalgia rheumatica, HWS-Veränderungen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen) sei ein maximaler leidensbedingter Abzug von 25 % angemessen (Urk. 1 S. 14 unten).

Es steht fest, dass der Beschwerdeführer dahingehend eingeschränkt ist, dass in angestammter wie auch adaptierter Tätigkeit eine Gewichtslimite von 20 kg beachtet werden muss, und er wegen der Schmerzstörung eingeschränkt ist (Urk. 8/77 S. 31). Diesem Umstand wurde in erster Linie dadurch Rechnung getragen, dass seine Arbeitsfähigkeit auf 50 % reduziert wurde. Zusätzlich hat man den vom Beschwerdeführer monierten Umstand, dass Männer in Teilzeitarbeit tiefer entlohnt werden im Vergleich zu Vollzeitangestellten, mit einem Leidensabzug von 10 % gewürdigt, weshalb der Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % nicht zu beanstanden ist. Weitere Abzüge sind nicht zu rechtfertigen, zumal die vom Beschwerdeführer aufgezählten Beschwerden gemäss MEDAS-Gutachten ausdrücklich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben und dementsprechend nicht zu berücksichtigen sind (Urk. 8/77 S. 30 Ziff. 4.2).

7.6. Unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % resultiert ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 27'624.-- (Fr. 30'693.-- x 0.90).

Aus dem Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen errechnet sich eine Lohnneinbusse von Fr. 54'412.-- und demnach ein Invaliditätsgrad von gerundet 66 %.

Damit erweist sich die angefochtene, auf eine Dreiviertelsrente herabsetzende Verfügung vom 25. August 2010 (Urk. 2/1) als rechtens. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

8. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. André Largier

- 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.