

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00244 vom 20. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00244

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00244 du 20 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00244 del 20 dicembre 2011

Erwägungen

E. 2

Es sei dem Beschwerdeführer ab dem 1.10.07 eine volle und zeitlich unbegrenzte Invalidenrente auszurichten. Von einer Rentenreduktion sei somit abzusehen.

E. 3

Es sei der Beschwerdeführer eventuell bei der Medas nochmals medizinisch oder beruflich abzuklären.

E. 4

4.1 Der Zusprache einer ganzen Rente im Jahre 2006 (Sachverhalt Ziff. 1.1) lag im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Wesentlichen das orthopädische Gutachten von Dr. Z. ___ vom 14. Juni 2006 (Urk. 11/29) zuhanden der Beschwerdegegnerin zugrunde (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 8. August 2006, Urk. 11/33). Dr. Z. ___ nannte folgende Diagnose (Urk. 11/29/16):

- deutliches Panvertebralsyndrom mit ausgeprägten zervikalen und lumbalen Beschwerden bei Beinlängendifferenz von gut 1.5cm, zu Ungunsten links;
- chronische, belastungsabhängige Kniebeschwerden links mehr als rechts bei:
- Status nach Valgisationsosteotomie rechts im Mai 2004;
- Status nach Osteosynthesematerialentfernung rechts im Juli 2005;
- Status nach Knie-Totalprothese rechts im Oktober 2005;
- ausgeprägter medialer Gonarthrose links;
- Status nach Denervation Ellbogen links bei Epikondylitis humeri radialis im Mai 2003.

Wegen den Kniebeschwerden rechts bzw. wegen der Varusgonarthrose rechts sei am 14. Mai 2004 eine Valgisationsosteotomie des rechten Knies durchgeführt worden. Diese Umstellungsosteotomie habe aber wenig gebracht, so dass bereits am 6. Oktober 2005 eine Knie-Totalprothese rechts eingesetzt worden sei. In Bezug auf das rechte Knie gehe es nun langsam besser. Neu dazugekommen seien die Beschwerden im linken Knie, wo sich ebenfalls belastungsabhängige Schmerzen bei medialbetonter Gonarthrose fänden. Zusätzlich kämen zervikale und lumbale Beschwerden sowie auch Schmerzen im linken Handgelenk und im linken Ellbogen hinzu (Urk. 11/29/14). Die zervikalen und tieflumbalen Beschwerden seien chronisch und hätten radiologisch und klinisch deutliche Korrelate (Urk. 11/29/16). Am linken Ellbogen sei im Mai 2003 eine Denervation bei Epikondylitis humeri radialis durchgeführt worden, eine wesentliche Besserung der Beschwerden sei danach jedoch nicht festgestellt worden (Urk. 11/29/14). Zum jetzigen

Zeitpunkt sei und bleibe der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Gipser zu 100 % arbeitsunfähig, dies ab dem 14. Mai 2004. Diese Arbeitsunfähigkeit in der schweren körperlichen Tätigkeit als Gipser werde lebenslang bestehen (Urk. 11/29/16). Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe auch für eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit keine Einsatzfähigkeit, könne doch dem Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden am linken Knie längeres Sitzen nicht zugemutet werden; auch vorüber geneigtes Arbeiten sei aufgrund der zervikalen und lumbalen Beschwerden nicht zumutbar. Längerfristig werde das Operationsresultat am rechten Knie sowie das Operationsresultat des noch zu operierenden linken Knies die Restarbeitsfähigkeit bestimmen. Zum jetzigen Zeitpunkt sei noch keine Restarbeitsfähigkeit gegeben. In knapp zwei Jahren sollte aber eine solche bezüglich einer Tätigkeit in einer optimal angepassten Arbeit bestehen, die vorwiegend sitzend mit der Möglichkeit, Pausen zu machen und aufzustehen, ohne vorüber geneigtes Arbeiten und ohne repetitive Tätigkeiten für den linken Ellbogen ausgeübt werden könne. Die Prognose bezüglich des Erreichens einer Restarbeitsfähigkeit nach dem Einsetzen der zweiten Knie-Totalendoprothese sei aufgrund der jeweils schleppenden und langwierigen Verläufe postoperativ indes wohl sehr kritisch zu stellen (Urk. 11/29/17).

4.2.2.2 Im Rahmen des im Jahre 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Sachverhalt Ziff. 1.2) ergingen die folgenden medizinischen Berichte:

4.2.1.1 Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie/Traumatologie, '____', nannte in seinem Bericht vom 30. Januar 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnose:

- Status nach Knie-Totalprothese links am 2. April 2007 bei medialbetonter Gonarthrose links bei Varus-Morpho-Typ;
- Status nach Knie-Totalprothese rechts am 26. Oktober 2005 bei ausgeprägter medialer und femoropatellarer Arthrose;
- Status nach aufklappender Tibia-Valgisationsosteotomie am 14. Mai 2004;
- Status nach Denervation einer Epikondylitis humeri radialis mit mässigem Erfolg.

4.2.2.3 Am rechten Kniegelenk bestehe nurmehr ein belastungsabhängiger, leichter ziehender Schmerz auf Höhe des Gelenkspaltes lateral. Linksseitig sei das Knie noch geschwollen und es beständen Schmerzen beim Treppensteigen. Durch die Knieoperation links habe aber sicherlich eine Verbesserung erreicht werden können. Der Beschwerdeführer laufe jetzt stockfrei und nehme weniger Schmerzmittel. In einer knieschonenden Belastung, vor allem sitzend, mit gelegentlichem Gehen und Stehen bestehe möglicherweise fast eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Erschwerend sei aber möglicherweise ein Zustand nach Denervation am Ellbogen, welcher bei stärkerer Belastung der oberen Extremität zu Beschwerden führe. Zusätzlich beständen sicherlich sprachliche Probleme, da der Beschwerdeführer praktisch kein Deutsch spreche. Seit dem 14. Mai 2004 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/46/7). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumindest eine halbtägige Tätigkeit zumutbar (Urk. 11/46/5). Eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit auf dem Bau in einem körperlich anstrengenden Beruf als Gipser sei nicht mehr möglich und auch nicht sinnvoll (Urk. 11/46/8). Dem Beschwerdeführer seien das Heben und Tragen von schweren Lasten bis Lendenhöhe sowie das Heben

Über Brusthöhe (Urk. 11/46/4), ferner auch die Kniebeuge, das Gehen auf langen Strecken und auf unebenem Gelände sowie das Treppen-Steigen beziehungsweise Leitern-Besteigen (Urk. 11/46/6) nicht mehr zumutbar, während das Heben und Tragen von leichten und mittelschweren Lasten (Urk. 11/46/4) sowie Knien (Urk. 11/46/6) nur noch selten zumutbar seien. Das Gleichgewicht beziehungsweise Balancieren sei eingeschränkt (Urk. 11/46/6).

4.2.2.2. RAD-Ärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie, stellte in ihrer Stellungnahme vom 22. Februar 2008 fest, durch die mediale Gonarthrose sei ein invalidenversicherungsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Es könne seit Oktober 2007 von einer mindestens 50%igen und seit Januar 2008 medizinisch-theoretisch von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit folgendem Belastungsprofil ausgegangen werden: leichte wechselbelastende Tätigkeiten, Überwiegend sitzend, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste, ohne kniende oder kniebeugende Körperhaltungen (Urk. 11/49/2).

4.2.3.2. Am 10. April 2008 berichtete Dr. C.____ der Beschwerdegegnerin, er habe den Beschwerdeführer lediglich aufgrund einer Knieproblematik beurteilt (Urk. 11/58). Der Beschwerdeführer leide nach wie vor auch an Schmerzen am Ellbogen bei Status nach Epikondylitis humeri radialis sowie an chronischen Rückenschmerzen, welche nach den Angaben des Beschwerdeführers weiterhin einen starken Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit hätten (vgl. Urk. 11/58).

4.2.4.2. Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, '____', wies in seinem Bericht vom 15. April 2008 darauf hin, die Behinderung sei vor allem auf den Status nach beidseitigen Kniegelenksprothesen zurückzuführen. In seinem ursprünglichen Beruf sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne keine schwereren und mittelschweren Arbeiten mehr durchführen (Urk. 11/60/2).

4.2.5.2. Dr. C.____ führte in seinem Eintrag in die Krankengeschichte vom 30. Juni 2008 als Diagnose an:

- Verdacht auf Tibiaplateaulockerung links;
- Arthrose Ellbogen links;
- Status nach Behandlung eines Tennisellbogens, Status nach Denervation;
- unklare Beinschwäche links;
- Status nach Knie-Totalprothese links am 2. April 2007;
- Status nach Knie-Totalprothese rechts am 26. Oktober 2005;
- chronisches Lumbovertebralsyndrom.

Das Kniegelenk habe einen leichten Erguss. Während bei Flexion/Extension keine Schmerzen vorhanden seien, kämen solche nach Belastung. Derzeit sei der Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden nicht arbeitsfähig (Urk. 11/68/3).

4.2.6.2. In seinem Bericht vom 6. August 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. C.____ fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Die Diagnose sei noch nicht ganz klar. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien rein belastungsabhängig. Unklar sei, inwieweit die gesamte soziale und private Situation

in die Beschwerden hinein spielen. Der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig mit zwei Knieprothesen, seinen Rückenbeschwerden und seinem bereits vorgeschädigten und operierten Ellbogen (Urk. 11/68/5).

4.2.7.1 In seinem Bericht vom 19. August 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin nannte Dr. E. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Status nach Knie-Totalprothese rechts im Jahre 2005, bestehend seit dem 26. Oktober 2005;
- Status nach Knie-Totalprothese links im Jahre 2007, bestehend seit dem 2. April 2007;
- Verdacht auf Lockerung der Totalprothese [links];
- Ellbogengelenksarthrose links, bestehend seit dem Jahr 2003;
- chronisches Lumbovertebralsyndrom, bestehend seit ca. dem Jahr 2004.

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. E. ___ einen Tremor unklarer Ätiologie an (Urk. 11/69/2). Der Beschwerdeführer weise ein Anlauf- und Schonhinken links auf. Der Patellarsehnenreflex sei links reduziert. Die Kniebeweglichkeit betrage seitengleich beidseits 115/0/0. Es sei ein feinschlüssiger intermittierender Tremor vorhanden. Am linken Ellenbogen bestehe ein Extensionsdefizit von ca. 15 Grad. Der Ellenbogen sei dolent (Urk. 11/69/3). Der Gesundheitszustand verschlechtere sich (Urk. 11/69/4). Vom 26. Oktober 2005 bis jetzt habe der zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 11/69/2). Das Heben und Tragen von schweren Lasten bis Lendenhöhe, das Heben über Brusthöhe, das Knien, die Kniebeuge, das Gehen auf unebenem Gelände und das Besteigen von Leitern seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, während das Heben und Tragen von mittleren Lasten, das leichte bzw. feinmotorische Hantieren mit Werkzeugen, Arbeiten über Kopfhöhe, die Rotation, vorgeneigtes Stehen, länger dauerndes Stehen, das Gehen über lange Strecken sowie das Treppen-Steigen ihm nur noch beschränkt zumutbar seien (Urk. 11/69/4-5). Das Gleichgewicht bzw. Balancieren, das Arbeiten in Kälte, das Konzentrations- und Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit seien eingeschränkt. Die Händigkeit sei rechtsdominant (Urk. 11/69/5).

4.2.8.1 Am 29. Januar 2010 (Eingangsdatum gemäss Aktenverzeichnis vom 18. März 2011) berichtete Dr. E. ___ zuhanden der Beschwerdegegnerin von einer stationären Situation. Mit einer Verbesserung sei nicht zu rechnen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe seit dem 14. Mai 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne keine leichte, mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten ausführen. Die Knie- und Ellenbogenschmerzen wirkten sich bei der Arbeit aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Sitzende und wechselnde Tätigkeiten seien einzig im Rahmen von etwa 10-20 % möglich (Urk. 11/78/3). Das Kauern, Knien, die Rotation im Sitzen/Stehen, das Heben und Tragen von Lasten, das auf Leitern- bzw. Gerüste-Steigen seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, das Treppen-Steigen nur noch reduziert. Die Belastbarkeit sei eingeschränkt. Rein stehende sowie wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nur eine Stunde zumutbar. Bei rein sitzenden Tätigkeiten müsse er sich zeitweise bewegen. Zeitweise könne er ohne Schmerzen nur 50m gehen (Urk. 11/78/5).

4.2.9.1 RAD-Arzt Dr. A. ___ gab in seinem Untersuchungsbericht vom 23. August 2010 folgende Diagnosen an (Urk. 11/83/5):

- schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Kniegelenkes seit dem Jahr 2007 bei:

- Status nach Knie-Totalendoprothese links im Jahre 2007;

- Status nach Knie-Totalendoprothesenwechsel links im November 2008 mit persistierendem Reizzustand;

- schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule seit langer Zeit;

- schmerzhafte Belastungseinschränkung des linken Ellbogens bei Kubitalarthrose seit dem Jahr 2004;

- Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenkes bei:

- Status nach Korrekturosteotomie im Jahre 2004;

- Status nach Knie-Totalendoprothese im Jahre 2005.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die Brustwirbelsäule bestehe eine vermehrte Kyphose, hinsichtlich der Lendenwirbelsäule eine physiologische Lendenlordose. Die Dornfortsätze L4 und L5 seien druckschmerzhaft. Zudem bestehe ein Druckschmerz iliolumbal beidseits. Beidseitig des Epikondylus lateralis und der Radiusköpfchen sei ein Druckschmerz vorhanden. Zudem habe der Beschwerdeführer einen Extensorendruckschmerz (Urk. 11/83/3). Links weise er ein diskretes Schonhinken auf. Links sei ein Beckentiefstand von 1 cm gegeben. Der Zehen-, Fersen- und Einbeinstand sei beidseits etwas unsicher möglich. Der tiefe Hocksitz sei nicht möglich. In Bezug auf das rechte Kniegelenk seien die mediale und die laterale Patellafazette sowie der mediale und der laterale Gelenkspalt leicht druckschmerzhaft. Hinsichtlich des linken Kniegelenks seien eine leichte Kapselschwellung, ein leichter Erguss, ein Druckschmerz an der medialen und der lateralen Patellafazette sowie dem medialen und dem lateralen Gelenkspalt sowie eine vermehrte Aufklappbarkeit medial vorhanden. Die Untersuchung habe die geklagten Beschwerden teilweise erklären können (Urk. 11/83/4). Es sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. In seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit. In angepasster Tätigkeit - mit körperlich leichter wechselbelastender, vorwiegend sitzender Tätigkeit, ohne regelmäßige Hebe- und Tragebelastung über 10kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne kniegelenks- oder wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten wie Bücken, Hocken, Knie-, Nackenarbeiten, Arbeiten in Armvorhalte, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälte-Exposition - sei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit gegeben, die wegen des vermehrten Pausenbedarfs in einem 100%igen Zeitpensum abzuleisten seien. Dies gelte ab dem 23. Dezember 2009 (Urk. 11/83/5).

4.2.10 In seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2010 hielt RAD-Arzt Dr. A. ___ fest, der Beschwerdeführer sei auf Dauer in seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser nicht mehr arbeitsfähig. Retrospektiv lasse sich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leidensangepasste Tätigkeiten seit Oktober 2007 und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit

für angepasste Tätigkeiten seit Januar 2008 nicht aufrecht erhalten. Es sei von einer schleichenden Tibiaplateaulockerung der Knie-Totalendoprothese auszugehen, die schon lange vor einem klinischen Nachweis Beschwerden verursache (Urk. 11/86/4).

4.2.11 Dr. E. ___ gab in seinem Bericht vom 16. Februar 2011 folgende Diagnose an:

- Diabetes mellitus II;
- arterielle Hypertonie;
- Gonarthrosen beidseits mit/bei:
- Totalprothese links in den Jahren 2007 und 2009;
- Valgisationsosteotomie rechts im Jahre 2004;
- Totalprothese rechts im Jahre 2005;
- Ellenbogenarthrosen beidseits links.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des beidseitigen Kniegelenkersatzes und der Ellenbogenarthrosen beidseits sei der Beschwerdeführer als ungelernter Hilfsarbeiter für mittelschwere und schwere Arbeiten als voll invalid zu betrachten. Für leichtere, vor allem sitzende Arbeiten wäre ein stark reduzierter Einsatz möglich. Die sitzende Tätigkeit wäre sicher auch stark limitiert in Anbetracht der Ellenbogenarthrosen. Die intellektuellen Fähigkeiten, die fehlende Aus- bzw. Vorbildung, sein Alter, die über fünf Jahre zugestandene Invalidität sowie die Unkenntnis der deutschen Sprache ermöglichen dem Beschwerdeführer keine Neuanstellung. Aufgrund dieser Situation bleibe sein Invaliditätsgrad unverändert bzw. sicher über 50 % (Urk. 11/95/15).

4.2.12 Am 23. Februar 2011 berichtete Dr. C. ___ folgende Diagnose:

- Zustand nach Knie-Totalprothesen beidseits, rechts im Jahre 2005, links im Jahre 2007;
- chronische Lumbalien und Lumboischialgien bei degenerativen Wirbelsäulen-Veränderungen;
- Ellbogenarthrose linksbetont, Status nach Denervation einer Epikondylitis humeri radialis mit mäßigem Erfolg.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Röntgenaufnahme des linken Ellenbogens am 16. April 2008 habe eine ausgeprägte Arthrose vor allem radial mit Aufhebung des Gelenkspaltes sowie ausgeprägten Osteophyten am Radiusköpfchen, eine Röntgenaufnahme des rechten Ellenbogens am 16. Februar 2011 degenerative Veränderungen, wenn auch etwas weniger ausgeprägt, gezeigt. Die Abnützungen am ganzen Bewegungsapparat seien objektivierbar und die Beschwerden glaubwürdig. Mit einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik sei nicht mehr zu rechnen. Der Beschwerdeführer bleibe in einem körperlichen Beruf sicher zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/92).

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä In seinem Gutachten vom 14. Juni 2006 ging Dr. Z. ___ von einer dauerhaften 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als angelernter Gipser sowie von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus (E. 4.1). Während im Rahmen des im Jahre 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens die bleibende dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit unumstritten war (vgl. E. 4.2), teilten sich die Meinungen der Ärzte bezüglich

leidensangepasster Tätigkeiten: Dr. C. ___ ging erst von einer höchstens 50%igen (vgl. E. 4.2.1), dann wieder von voller (vgl. E. 4.2.5-6) Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus. Dr. E. ___ hinwiederum erachtete leidensangepasste Tätigkeiten einzig im Rahmen von etwa 10-20 % als zumutbar (vgl. E. 4.2.8; E. 4.2.11), während RAD-Arzt Dr. A. ___ eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit dem 23. Dezember 2009 annahm (vgl. E. 4.2.9-10).

Es stellt sich demnach die Frage, ob aus diesen Berichten eine massgebliche Veränderung des medizinischen Zustandsbildes hervorgeht und, bejahendenfalls, ob sie Auswirkungen auf den Invaliditätsgrad zeitigt.

E. 5.2

5.2.1 Der Gutachter Dr. Z. ___ begründete in seinem Gutachten vom 14. Juni 2006 die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit einem deutlichen Panvertebralsyndrom mit ausgeprägten zervikalen und lumbalen Beschwerden, mit chronischen, belastungsabhängigen Kniebeschwerden links mehr als rechts sowie mit Beschwerden in der linken oberen Extremität nach Denervation des linken Ellbogens. Hinsichtlich der Prognose bezüglich des zukünftigen Erreichens einer Restarbeitsfähigkeit war Dr. Z. ___ sehr kritisch (vgl. E. 4.1).

5.2.2 Rund zwei Jahre später stellte Dr. C. ___ fest, durch die Knieoperation links habe sicherlich eine Verbesserung des Gesundheitszustands erreicht werden können, obgleich der Zustand nach Denervation am Ellbogen wohl erschwerend sei (vgl. E. 4.2.1), erachtete den Beschwerdeführer dann aber aufgrund seiner Beschwerden infolge zweier Knieprothesen, Rückenbeschwerden sowie bereits vorgeschädigter und operierter Ellbogen nicht mehr für arbeitsfähig (vgl. E. 4.2.5-6). Dr. E. ___ betrachtete die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor allem als durch den Status nach beidseitigen Kniegelenksprothesen eingeschränkt (vgl. E. 4.2.4). Ein Status nach Knie-Totalprothesen beidseitig bei Verdacht auf Lockerung der Totalprothese links, die Ellbogengelenksarthrose links sowie ein chronisches Lumbovertebralsyndrom wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, wobei sich der Gesundheitszustand verschlechterte (vgl. E. 4.2.7). Im Jahre 2010 begründete Dr. E. ___ die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit beidseitigen Gonarthrosen, beidseitigen Knie-Totalprothesen und einer Ellbogenarthrose links, die gesundheitliche Situation sei stationär ohne Aussicht auf Verbesserung (vgl. E. 4.2.8). Nochmals rund ein Jahr später wies Dr. C. ___ darauf hin, dass die Abnutzungen am ganzen Bewegungsapparat objektivierbar und die Beschwerden glaubwürdig seien und mit einer Verbesserung der Beschwerdesymptomatik nicht mehr zu rechnen sei (vgl. E. 4.2.12). Auch Dr. E. ___ hielt die Arbeitsfähigkeit aufgrund des beidseitigen Kniegelenkersatzes und der beidseitigen Ellenbogenarthrosen für weiterhin stark eingeschränkt (vgl. E. 4.2.11). Weder Dr. C. ___ noch Dr. E. ___ attestierten demgemäss eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands seit dem Jahr 2006. Die beim Beschwerdeführer laut Dr. C. ___ objektivierbaren körperlichen Abnutzungserscheinungen sind aufgrund des Profils des bislang ausgeübten Jobs als angelernter Gipser - unter anderem mögliches Tragen von 30-40 kg schweren Gipssäcken, Stellen von Altbauwänden sowie häufiges Tragen eines 25 kg schweren Kessels für die Deckputzarbeiten (vgl. Urk. 11/7/5) - glaubwürdig. Von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes kann daher nicht ausgegangen werden.

5.2.3.1 RAD-Arzt Dr. A.____ erachtete die Beschwerden im Jahre 2010 demgegenüber nur als teilweise erklärbar, begründete die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht näher. Er hielt lediglich fest, dass ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (vgl. E. 4.2.9-10). Dr. A.____ sagte insbesondere nicht, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2006 verbessert habe. Der Grund der von Dr. A.____ behaupteten wesentlichen Verbesserung bleibt unklar.

6. Bei dieser Sachlage müsste an und für sich eine Rückweisung an die Beschwerdegegnerin erfolgen. In der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wird indes das fortgeschrittene Alter - obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor - als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_979/2009 vom 10. Februar 2010 E. 3.1 mit Hinweisen). Vorliegend ist der Beschwerdeführer bereits 63-jährig (vgl. Sachverhalt Ziff. 1.1), weist er keine Berufsausbildung auf (vgl. Urk. 11/1/4; Urk. 11/29/1-2; Urk. 11/29/14; Urk. 11/95/15) und hat er weitreichende sprachliche Schwierigkeiten (vgl. Urk. 11/29/16; Urk. 11/46/7-8; Urk. 11/95/15). Die Verwertung seiner verbleibenden Arbeitsfähigkeit - selbst wenn sie noch in relevantem Ausmass vorhanden wäre - ist ihm daher nicht mehr zuzumuten.

7. Daraus ergibt sich, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat, was zur Gutheissung der Beschwerde führt.

8. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

9. Ausgangsgemäss steht dem vertretenen Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 34 Abs. 3 GSVGer) und beim massgeblichen Stundenansatz von Fr. 135.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1. März 2011 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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