

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00544 vom 18. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00544

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00544 du 18 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00544 del 18 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

1.1 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu

beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

1.4 Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen und Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Eine Wiedererwägung in diesem Sinne ist in den Schranken von Art. 53 Abs. 3 ATSG jederzeit möglich, insbesondere auch wenn die Voraussetzungen der Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die im Revisionsverfahren verhängte Aufhebung der Rente mit dieser substituierten Begründung schätzen (BGE 125 V 368 E. 2, Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 2). Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.1

1.1.1 Der 1963 geborene X. ___ meldete sich am 1. Juni 2005 zum Bezug von Leistungen (Berufsberatung, Hilfsmittel, Rente) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf daraufhin berufliche, erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, zog die Akten (Urk. 7/6) der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei und liess den Versicherten Mitte August 2007 von den Ärzten der Begutachtungsstelle W. ___ polydisziplinär untersuchen (vgl. Gutachten vom 18. Oktober 2007, Urk. 7/37). In der Folge sprach sie ihm - in Bestätigung ihres Vorbescheids vom 4. Februar 2008 (Urk. 7/45) - mit Verfügungen vom 9. Oktober 2008 (Urk. 7/71, Urk. 7/55) mit Wirkung ab 1. Januar 2006 eine auf einem Invaliditätsgrad von 67 % basierende Dreiviertels- und ab 1. April 2007 eine ganze Invalidenrente für einen Invaliditätsgrad von 83 beziehungsweise 100 % zu.

1.1.2.2. Im Rahmen des Ende 2009 von Amtes wegen veranlassten Revisionsverfahrens (Urk. 7/83) holte die IV-Stelle Berichte der behandelnden Ärzte ein und liess den Versicherten - nun von den Ärzten des Begutachtungsinstituts V.____ - abermals polydisziplinär begutachten (vgl. Expertise vom 10. November 2010 [Urk. 7/94] und ergänzende Stellungnahme vom 28. März 2011 [Urk. 7/107]). In der Folge verfügte sie - nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/98) - am 18. April 2011 die Herabsetzung der ganzen auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Juni 2011 (Urk. 2).

1.2. Die SUVA, die im Zusammenhang mit einem vom Versicherten am 15. März 2002 erlittenen Unfall (Ausrutschen auf einer Treppe mit konsekutiver rechtsseitiger Fussverletzung) Leistungen erbracht hatte, verfügte am 6. Januar 2006 die Einstellung der Taggeldleistungen per 31. Januar 2005 beziehungsweise den Fallabschluss per 6. Januar 2006 und sprach dem Versicherten eine Entschädigung für eine Integritätseinbusse von 5 % zu; auf Einsprache hin hielt sie am 28. April 2006 an diesem Entscheid fest. Die hiegegen am 29. Juli 2006 im Prozess Nr. UV.2006.00251 erhobene Beschwerde hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 30. März 2007 in dem Sinne teilweise gut, dass es den Einspracheentscheid vom 28. April 2006 insoweit aufhob, als der Rentenanspruch des Versicherten verneint wurde, und die Sache an die SUVA zurückwies, damit sie weitere Abklärungen treffe und hernach über den Rentenanspruch neu verfüge. Betreffend die beantragte Zusprache einer höheren Integritätsentschädigung wies das Gericht die Beschwerde ab.

2. Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 18. April 2011 (Urk. 2) liess X.____ am 19. Mai 2011 mit folgenden Anträgen Beschwerde erheben (1 S. 2):

1. Der angefochtene Entscheid sei insofern aufzuheben, als dass damit die ganze Rente des Beschwerdeführers auf eine Viertelsrente herabgesetzt wird.

2. Dem Beschwerdeführer sei über den 1. Juni 2011 hinaus und weiterhin die bisherige ganze Rente auszurichten.

3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen, und es sei ihm in der Person von Rechtsanwältin Ursula Sintzel eine unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen.

Die IV-Stelle schloss am 27. Juni 2011 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Replicando (Urk. 13) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest; die IV-Stelle teilte am 10. November 2011 (Urk. 17) beziehungsweise am 7. Februar 2013 (Urk. 23) ihren Verzicht auf Erstattung einer Duplik respektive auf Stellungnahme zu den vom Beschwerdeführer am 14. Januar 2013 eingereichten medizinischen Berichten (Urk. 19, Urk. 20/1-2) mit. Die mit Verfügung vom 19. Februar 2013 (Urk. 24) zum Prozess beigeladene Columna Sammelstiftung Client Invest, Winterthur, verzichtete am 2. April 2013 auf eine Stellungnahme zu den Prozessakten (Urk. 27).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2

2.1. Die IV-Stelle begründete die Rentenherabsetzung im Wesentlichen - unter Hinweis auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts V.____ vom 10. November 2010 (Urk. 7/94) - damit, dass sich der Gesundheitszustand insofern verbessert habe, als sich die Myelopathie seit der Rentenzusprache stabilisiert habe. Der Beschwerdeführer sei daher seit Mai 2010 wieder in der Lage, im Pensum von 80 % einer (qualifizierten) leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen und - unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % - ein 48 % unter dem Valideneinkommen liegendes Salär zu erzielen (Urk. 2 S. 2 f., Urk. 6).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, entgegen den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V.____, auf deren Beurteilung aufgrund formeller wie auch materieller Mängel nicht abgestellt werden könne, habe sich sein Gesundheitszustand seit der Zusprache der ganzen Rente nicht verbessert, sondern tendenziell gar eher noch verschlechtert. So leide er infolge einer Coxarthrose neu an zunehmenden Hüftschmerzen, und während die Gefahr einer Myelopathie bei übermassiger Belastung fortbestehe, hätten sich im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) zusätzlich noch Hernien und Protrusionen entwickelt (Urk. 1 S. 3-9, Urk. 13 S. 3 ff., Urk. 19 S. 1 f.). Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm deshalb nicht mehr zumutbar. Sofern dennoch von einer Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werde, liege diese weit unter 80 %. Da er ohne eine Umschulung nicht in der Lage sei, eine qualifizierte Kontroll- beziehungsweise Überwachungstätigkeit oder gar eine Arbeit in der industriellen Produktion auszuüben, und ihm eine unter dem Anforderungsniveau 3 gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik liegende Verweistätigkeit nicht zumutbar sei, könne ihm jedenfalls kein Invalideneinkommen angerechnet werden (Urk. 1 S. 9 f., Urk. 13 S. 5). Selbst unter Annahme einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit habe er - unter Berücksichtigung eines angemessenen leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % - Anspruch auf zumindest eine halbe Rente (Urk. 1 S. 10).

E. 3.1

3.1.1. Die Rentenverfügungen vom 9. Oktober 2008 (Urk. 7/71, Urk. 7/55) basierten im Wesentlichen auf dem Gutachten der Begutachtungsstelle W.____ vom 18. Oktober 2007 (Urk. 7/37). Darin stellten die Ärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/37 S. 21):

- Chronisches Zervikalsyndrom (ICD-10 M54.1) bei
- zervikaler medianer Diskushernie C6/7 mit zervikaler Myelopathie
- Gangunsicherheit, Kribbelparästhesien anamnestisch; klinisch aktuell keine sicheren Hinweise auf Myelopathie
- elektrophysiologisch nachgewiesener Läsion der kortikospinalen Bahnen zu den unteren Extremitäten (Februar 2005 und Juli 2007)
- (Brown-Séquard-Syndrom und Sphinkterstörung gemäss Neurologiebericht Dr. U.____ vom Mai 2007)
- Chronisches Schmerzsyndrom des rechten Beines und im Beckenbereich rechts, betont Wade und Fuss (ICD-10 M79.69) bei

- Status nach traumatischer Ruptur der Achillessehne rechts am 15. März 2002
- initial konservativer Behandlung
- Re-Ruptur im Juli 2002
- Status nach Naht und Augmentation der Achillessehne mit Plantarissehne rechts im Mai 2003
- subjektiv weiterhin insuffizientem Zustandsbild
- Differentialdiagnose: neurogene Insuffizienz der Wadenmuskulatur bei chronischem Zervikalsyndrom
- Verdacht auf hinteres Tarsaltunnelsyndrom rechts, möglicherweise im Rahmen des operativen Eingriffs im August 2004
- Status nach anamnestisch wahrscheinlich Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) und Commotio cerebri im Rahmen des Arbeitsunfalls vom 15. März 2002
- anamnestisch neuropsychologische Defizite möglich
- Verdacht auf rezidivierende Irritation des Nervus ulnaris beidseits, wahrscheinlich druckbedingt, im Sulcus ulnaris
- Differentialdiagnose: im Rahmen der zervikalen Myelopathie
- aktuell Verdacht auf sensible Läsion des Nervus ulnaris rechts

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten die überdies bestehenden akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1; Urk. 7/37 S. 21).

Der Beschwerdeführer sei derzeit sowohl als Garagist als auch in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, weil die HWS absolut nicht belastbar sei und eine instabile Situation mit Gefahr einer Querschnittssymptomatik bestehe, die dringend einer operativen Intervention bedürfe. Nach dem operativen Eingriff und der entsprechenden mehrmonatigen Rehabilitation sei die Arbeitsfähigkeit neu zu evaluieren; ob der Explorand wieder eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Garagist erlangen werde, erscheine angesichts der mit dieser Arbeit verbundenen erheblichen Zwangshaltungen insbesondere der HWS als fraglich (Urk. 7/37 S. 24). Berufliche Massnahmen könnten erst in Erwägung gezogen werden, wenn die HWS operiert und klar geworden sei, inwieweit der Beschwerdeführer noch belastbar sei (Urk. 7/37 S. 25).

3.1.2 Dr. med. Y.____, Praktischer Arzt, Arzt des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, hielt in seiner auf den Akten basierenden Stellungnahme vom 24. Oktober 2007 fest, für die Periode von Juni bis Dezember 2006 sei von einer 50%igen und für die Zeit von Januar bis Juli 2007 von einer 75%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle W.____ vom 18. Oktober 2007 (Urk. 7/37) erlaube die dringend operationsbedürftige Diskushernie C6/7 seit August 2007 keine Arbeitstätigkeit mehr (Urk. 7/42 S. 4).

E. 3.2

3.2.1 Aus den seit der ursprünglichen Rentenzusprache ergangenen medizinischen Berichten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf die Ergebnisse der aufgrund eines lumboradikulären Syndroms rechts L4 bis S1 veranlassten MRI-Untersuchung vom 9. Januar 2009 Äusserten die Ärzte des Stadtsitals Waid Zürich, Institut für Medizinische Radiologie und Nuklearmedizin, den Verdacht auf ein Impingement im rechten Hüftgelenk und stellten eine leichte Coxarthrose beidseits fest (Urk. 7/76 S. 8 f.).

3.2.2 Ä Ä Der seit Dezember 2000 behandelnde Hausarzt Dr. med. Z. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, attestierte dem Beschwerdeführer am 1. Februar 2010 sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/85 S. 2 f.).

3.2.3 Ä Ä Die Ärzte des Begutachtungsinstituts V. ____, stellten in ihrer Expertise vom 10. November 2010 nachstehende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/94 S. 27):

- Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom, ICD-10 M54.2
- Osteochondrose und Diskushernie HWK6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 beidseits, spinaler Verengung und Zeichen der Myelopathie; Diskushernie HWK4/5 rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel C5 (MRI vom 16. März 2010)
- Chronisches lumbales beinbetontes Schmerzsyndrom rechts, ICD-10 M54.06/T93.5
- Status nach traumatischer Ruptur der Achillessehne am 15. März 2002
- initial konservative Behandlung
- Status nach Re-Ruptur im Juli 2002
- Status nach offener sekundärer Naht der Achillessehne mit Augmentation der Plantarissehne am 21. Mai 2003
- Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials am Innenknöchel im Dezember 2003 bei Status nach Osteosynthese einer Malleolarfraktur zirka 1983
- Status nach Débridement des Narbengewebes sowie Augmentation und Achillessehnennaht mit Flexor hallucis longus-Sehnentransfer am 26. August 2004
- persistierende Funktionseinschränkung der Achillessehne
- Ulnarisneuropathie rechts, ICD-10 G56.2

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultierte aus folgenden Diagnosen (Urk. 7/94 S. 27):

- Akzentuierte Persönlichkeit mit impulsiven Zügen, ICD-10 Z73.1
- Schmerzverarbeitungsstörung, ICD-10 F54
- Verdacht auf Alkoholüberkonsum, schädlicher Gebrauch, ICD-10 F10.1
- Arterielle Hypertonie, ICD-10 I10
- medikamentös behandelt

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Obwohl das MRI Zeichen einer zervikalen Myelopathie ergeben habe, habe sich im Rahmen der neurologischen Untersuchung keine sichere Störung der langen Bahnen objektivieren lassen. Auch Anhaltspunkte für eine radikuläre Reizbeziehungsweise sensomotorische Ausfallssymptomatik seien nicht festgestellt worden

(Urk. 7/94 S. 28). Während in der angestammten Tätigkeit als Autospengler/Mechaniker beziehungsweise für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seit anfangs 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei dem Exploranden eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit spätestens seit Mai 2010 (Urk. 7/94 S. 29) wieder vollzeitlich mit - wegen des erhöhten Pausenbedarfs - 20%iger Leistungseinbusse zumutbar (Urk. 7/94 S. 28).

3.2.4 Auf entsprechende Nachfrage der IV-Stelle (Urk. 7/106) hielten die Gutachter des Begutachtungsinstituts V. am 28. März 2011 fest, zwar habe beim Exploranden bildgebend eine erhebliche spinale Kanalstenose mit Zeichen einer zervikalen Myelopathie festgestellt werden können; da die klinische Untersuchung jedoch keine Hinweise auf eine persistierende Myelopathiesymptomatik ergeben habe, habe im Zeitpunkt der Untersuchung funktionell keine wesentliche Einschränkung bestanden. Eine erneute neurophysiologische Untersuchung mittels motorisch evozierten Potentialen erbringe sich insofern, als sich damit lediglich das Vorliegen der bekannten zervikalen Myelopathie bestätigen, indes keine neue Erkenntnis betreffend allfällige funktionelle Einschränkungen gewinnen liesse. Derzeit resultierten aufgrund der Störung des zervikalen Myelons keine relevanten funktionellen Einschränkungen (Urk. 7/107 S. 1). Zwar sei gut nachvollziehbar, dass die Ärzte der Begutachtungsstelle W. den Gesundheitszustand im Jahr 2007 noch pessimistisch beurteilt hätten. Der weitere Verlauf, in dem keine klinisch relevanten pathologischen Befunde aufgetreten seien, habe indes gezeigt, dass die Situation hinsichtlich der zervikalen Myelopathie stabil sei. Es sei daher nicht davon auszugehen, dass die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation führen würde. Anlässlich der Untersuchung hätten keine Hinweise dafür bestanden, dass die Diskushernie C4/5 und die Diskusprotrusionen C2/3 und C5/6 zu einer bedeutsamen funktionellen Einschränkung führten (Urk. 7/107 S. 2).

3.2.5 Die Ärzte der Universitätsklinik A., Orthopädie, stellten am 10. Juli 2012 folgende Diagnosen (Urk. 20/1 S. 1):

- Myelopathie bei
- Diskushernie C5/7 mit zervikaler Spinalkanalstenose
- Status nach HWS-Distorsionstrauma vor Jahren

Es bestehe eine magnetresonanztomographisch evidente Myelopathie mit entsprechenden Symptomen. Man werde die Myelopathie baldmöglichst neurophysiologisch quantifizieren und die Situation im Hinblick auf eine Dekompression neu evaluieren (Urk. 20/1 S. 2).

3.2.6 Gestützt auf die Ergebnisse der neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen vom 17. und 24. Juli 2012 hielten die Ärzte der Universitätsklinik A., Zentrum für Paraplegie, in ihrem [offensichtlich falschlicherweise] vom 18. Juli 2012 datierenden Bericht fest, es bestehe eine zervikale Myelopathie bei Diskushernie mit zervikaler Spinalkanalstenose C6/C7. Als Zeichen einer Läsion des zweiten Motoneurons finde sich im EMG in der von C7 und C8 versorgten Extremitäten-Muskulatur ein chronisch neurogener Umbau. Das beidseitig grenzwertige Tibialis-SEP möge die Ataxie im Sinne der afferenten Störung teilweise erklären. Neben den chronisch neurogenen Schädigungszeichen und den klinischen Befunden

fänden sich keine Zeichen für ein frisches Geschehen; betreffend die afferenten Bahnen sei die Elektrophysiologie grenzwertig (SEP Nervus tibialis) beziehungsweise unauffällig (SEP Nervus ulnaris und Nervus medianus; Urk. 20/2 S. 2 f.).

E. 4

4.1 Eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenverfugung vom 9. Oktober 2008 (Urk. 7/71 S. 1-3) ist aufgrund der aktenkundigen Arztberichte nicht ausgewiesen. Nachdem sich der Beschwerdeführer dem von den Gutachtern der Begutachtungsstelle W. ___ als Voraussetzung für das Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit erachteten operativen Eingriff an der Halswirbelsäule (Urk. 7/37 S. 24) jedenfalls bis zur Begutachtung durch die Ärzte des Begutachtungsinstituts V. ___ im Jahr 2010 nicht unterzogen hatte (Urk. 7/94 S. 29 und S. 30), präsentierten sich im Rahmen deren Untersuchungen Befunde, die sich - wie die letztgenannten Gutachter explizit anerkannten (Urk. 7/94 S. 25 und S. 30) - gegenüber der ersten Exploration durch die Ärzte der Begutachtungsstelle W. ___ im Sommer 2007 praktisch nicht verändert hatten. So wurde die zervikale mediane Diskushernie C6/7 mit zervikaler Myelopathie, die der Hauptgrund für die Zuspache einer ganzen Rente ab 1. April 2007 war, von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V. ___ erneut diagnostiziert (Urk. 7/94 S. 27). Dass dieser fortbestehende Schaden an der Halswirbelsäule das funktionelle Leistungsvermögen nun weniger stark einschränke als dies noch im Zeitpunkt des Erlasses der Verfugung vom Oktober 2008 der Fall gewesen war, erscheint aufgrund der Akten, insbesondere auch der Berichte der Universitätsklinik A. ___ vom 10. und 18. Juli 2012 (Urk. 20/1-2), nicht als überwiegend wahrscheinlich. Insofern stellt die von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V. ___ in einer leidensangepassten Tätigkeit bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/94 S. 28 f.) - wie von den genannten Experten ausdrücklich so festgehalten (Urk. 7/107 S. 2) und auch aufgrund der Beurteilung der Ärzte der Universitätsklinik A. ___, die eine Dekompression abermals in Betracht zogen (vgl. Berichte vom 10. und 18. Juli 2012 [Urk. 20/1-2]), zu schliessen - lediglich eine weniger pessimistische Einschätzung der gleich gebliebenen gesundheitlichen Situation dar. Anzumerken ist, dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer bei der ursprünglichen Rentenzuspache nicht auferlegt hatte, sich dem von den Gutachtern der Begutachtungsstelle W. ___ für indiziert erachteten operativen Eingriff an der Halswirbelsäule (Urk. 7/37 S. 24) zu unterziehen. Die Rentenherabsetzung beruht demnach nicht etwa auf einer Verbesserung der objektivierbaren organischen Befunde, sondern vielmehr auf einer - keinen Revisionsgrund bildenden - unterschiedlichen Beurteilung der im Wesentlichen identischen gesundheitlichen Beeinträchtigung.

Wenn die gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle W. ___ vom 18. Oktober 2007 (Urk. 7/37) erfolgte Annahme einer geringen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher, mithin auch in einer die Wirbelsäule nicht belastenden Tätigkeit auch nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist, so kann die Zuspache einer ganzen Rente mit Wirkung ab April 2007 (Urk. 7/71 S. 1-3) jedenfalls nicht als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne bezeichnet werden.

4.2 Da die Zuspache einer ganzen Rente per 1. April 2007 demnach nicht zweifellos unrichtig war und sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Lage der Akten seither nicht wesentlich verbessert hat, entbehrt die Rentenherabsetzung per 1. Juni 2011 (Urk. 2) einer rechtlichen Grundlage.

Das Gericht erkennt: Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde.

E. 5

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 800.-- der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2 Ausgangsgemäss ist dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint.

Das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2) erweist sich demnach als gegenstandslos.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. April 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer auch über den 31. Mai 2011 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Ursula Sintzel, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 23 und Urk. 27
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 27
- Columna Sammelstiftung Client Invest, Winterthur
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung 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.