

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00551 vom 13. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00551

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00551 du 13 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00551 del 13 agosto 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 Verfügungsstück 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe und ihm spätestens seit der Begutachtung im Juni 2010 eine angepasste Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 80 % zumutbar sei, womit ein Invaliditätsgrad von 45 % resultierte (S. 1 unten).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, das psychiatrische Teilgutachten sei - aus näher dargelegten Gründen - mangelhaft (S. 6 f. Ziff. 20 ff.), im Gutachten sei ein Bandscheibenvorfall aus dem Jahr 2004 (vgl. Urk. 3) nicht richtig gewürdigt worden (S. 7 f. Ziff. 25); es sei ein unveränderter Sachverhalt lediglich neu beurteilt worden, womit kein Revisionsgrund vorliege (S. 8 f. Ziff. 26 ff.), und die für eine Wiedererwägung vorausgesetzte zweifellohe Unrichtigkeit der ursprünglichen Leistungszusprache sei ebenfalls nicht gegeben (S. 10 f. Ziff. 34 ff.)

2.3 Strittig und zu prägen ist somit, ob die erfolgte Rentenherabsetzung rechtmässig ist.

3. Am 12. Mai 2000 erstatteten Dr. med. Z. ____, Leitender Arzt, und Dr. med. A. ____, Chefarzt, Medas B. ____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/99).

Dabei stützten sie sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 13 ff.), die von ihnen erhobenen Befunde (S. 16 f.) sowie ein rheumatologisches (Urk. 8/98/5-8) und ein psychiatrisches (Urk. 8/98/9-10) Konsilium (S. 17 Ziff. 2.4).

Zusammenfassend stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 4.1):

- chronisches lumbospondylogenes und wahrscheinlich sensibles radikulares Reizsyndrom S1 links

- Status nach Diskushernienoperation L5/S1 September 1990

- Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis L5/S1

- mediale Diskushernie L4/5 (CT Juni 1995)

- medio-linkslaterale Diskushernie L3/4 (CT Juni 1998)

- zervikospondylogenes, möglicherweise radikulares Reizsyndrom C8 links

- depressiv gefärbte anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten sie Übergewicht und Nikotinabusus (S. 18 Ziff. 4.2).

Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, die angestammte Tätigkeit als Rangierarbeiter sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Limitierend wirkten sich vor allem die rheumatologischen, weniger die psychopathologischen Befunde aus (S. 19 Ziff. 5.1).

Eine körperlich leichte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nur noch zu 50 % zumutbar. Limitierend wirkten sich dabei vor allem die psychopathologischen, weniger die rheumatologischen Befunde aus (S. 19 Ziff. 5.2).

E. 4

4.1 Am 23. März 2004 berichteten die Ärzte der Wirbelsäulensprechstunde der Universitätsklinik C. über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 3). Sie nannten eine klinisch und symptomatisch neu aufgetretene Diskushernie mit Verdacht auf Kompression C7 links (S. 2 oben).

4.2 Dr. med. D., Facharzt für Allgemeinmedizin, der den Beschwerdeführer jedenfalls seit 1998 behandelte (vgl. Urk. 8/75), berichtete der Beschwerdegegnerin am 27. Dezember 2008 (Urk. 8/155).

Als Diagnosen nannte er eine seit zirka 1998 bestehende symptomatische Diskushernie C7 links, ein seit 1990 bestehendes chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation 1990 und eine seit über 5 Jahren bestehende chronische depressive Symptomatik (Ziff. 1.1).

Die Arbeitsunfähigkeit als Rangierarbeiter beziehungsweise körperliche Tätigkeiten bezifferte er mit mindestens 60 % seit 2000 (Ziff. 2). In behinderungsangepasster Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seit langem ein Pensum von 15-20 Wochenstunden zumutbar (Ziff. 5.2).

Am 26. März 2009 retournierte Dr. D. ein weiteres Berichtsformular mit dem Hinweis, seit seinem Bericht im Dezember 2008 seien keine neuen Aspekte dazugekommen (Urk. 8/157/6).

In einem Bericht vom 31. August 2009 (Urk. 8/164/1-4) nannte Dr. D. als zusätzliche Diagnose eine Distorsion / Kontusion des Vorfusses nach Treppensturz am 21. Februar 2009 (Ziff. 1.1)

4.3 Am 2. Juni 2010 erstatteten Dr. med. Z., Allgemeine Medizin FMH, Gutachter, und Dr. med. E., Rheumatologie FMH, Chefarzt, Medas B., ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/171/1-17). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 9 ff.), die von ihnen im Januar 2010 (vgl. S. 1 Mitte) erhobenen Befunde (S. 12 f.), ein rheumatologisches (S. 13 Ziff. 2.4.1, Urk. 8/171/20-25) und ein von Dr. med. F., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattetes psychiatrisches (S. 14 Ziff. 2.4.2, Urk. 8/171/26-36) Konsilium.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den vom Beschwerdeführer angegebenen aktuellen Beschwerden wurde berichtet, am Schlimmsten seien die Rücken-Beinschmerzen links und im Bereich der unteren Halswirbelsäule (HWS), sodann Ohrenscherzen und Armschmerzen links. Auf Befragung habe der Beschwerdeführer angegeben, psychisch gehe es mal besser und mal schlechter; wenn es gut laufe mit den Kindern und der Familien, gehe es ihm auch psychisch besser (S. 11 f. Ziff. 1.2.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 4.1):

- chronisches lumbospondylogenes Syndrom links
- Spondylolyse L5 mit Spondylolisthesis L5/S1 Grad I
- Segmentdegeneration mit Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links September 2000
- mediale, nicht kompressive Diskushernie L3/4 und L4/5
- zervikospondylogenes Syndrom links
- Osteochondrose C5/6
- mediolaterale, aktuell nicht kompressive Diskushernie C6/7

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten sie (S. 15 Ziff. 4.2):

- chronifizierte depressive Anpassungsstörung, Ausprägungsgrad und Intensität höchstens einer leichten depressiven Episode (F33.0) entsprechend
- psychologische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54)
- Übergewicht
- Nikotinabusus

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich nannten sie folgende Nebentbefunde (S. 16 Ziff. 4.3): Status nach Herpes zoster links thorakal (Januar 2010), Status nach OSG-Distorsion links (Februar 2009), Status nach Appendektomie (2004/2005).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, im Vergleich zum Vorgutachten von 2000 sei dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht die früher ausgeübte Tätigkeit als Y. ___-Rangierarbeiter unverändert zu weniger als 20 % und die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Y. ___-Reinigungsdienst zu 80 % zumutbar; neu sei infolge fehlender Objektivierbarkeit einer psychischen Störung von wesentlichem Krankheitswert aus rein psychiatrischer Sicht im Vergleich zur Vorbegutachtung von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit für jede aus somatischer Sicht in Frage kommende Tätigkeit auszugehen (S. 16 Ziff. 5.1). Eine behinderungsangepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Gewichtslimite für Heben und Tragen 15 kg, keine gebückte Körperhaltung, keine starken Vibrationen) sei dem Beschwerdeführer zu 80 % der Norm zumutbar, als limitierend erweise sich diesbezüglich die verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans (S. 16 Ziff. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die so umschriebene Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Akten, der erhobenen Befunde sowie anamnestischer Angaben auf den Zeitpunkt der aktuellen

Rentenrevision (August 2008) zurÄ¼ckzudatieren, bei seither im Wesentlichen unverÄ¼ndertem Gesundheitszustand des BeschwerdefÄ¼hrers (S. 16 Ziff. 5.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf eine entsprechende Zusatzfrage antworteten die Gutachter, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei im Vergleich zur Vorbegutachtung von 2000 nicht nachvollziehbar (S. 17 Ziff. 6.1).

4.4Ä Ä Ä Ä Der Psychiater Dr. F.____ fÄ¼hrte in seinem Konsilium (Urk. 8/171/26-36) unter anderem aus, der BeschwerdefÄ¼hrer beklage - nÄ¼her bezeichnete - Schmerzen und in psychischer Hinsicht Depressionen und NervositÄ¼t (S. 7 Ziff. 5). Hauptbefund im klinischen Untersuch sei eine leichte DepressivitÄ¼t (S. 7 Mitte). Im Gutachten von 2000 sei eine depressiv gefÄ¼rbte somatoforme SchmerzstÄ¼rung diagnostiziert worden (S. 7 f.); aus den berichteten Befunden sei zu schliessen, dass der BeschwerdefÄ¼hrer abgesehen von der Schmerzproblematik Ä¼ber keine weiteren psychischen Symptome geklagt habe (S. 8 Mitte). Sodann erÄ¼uterte und prÄ¼fte Dr. F.____ die medizinischen Kriterien zur Abgrenzung von Symptomausweitung und somatoformer StÄ¼rung (vgl. Urk. 8/171/37) und gelangte zum Schluss, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung kÄ¼nne nicht erhÄ¼rtet werden (S. 9 oben). Auch seien die Kriterien der Rechtsprechung fÄ¼r eine Schmerzerkrankung im engeren Sinn nicht erfÄ¼llt (S. 9). Hinsichtlich einer depressiven Erkrankung fÄ¼hrte Dr. F.____ aus, im klinischen Untersuch seien leichte depressive Zeichen objektivierbar, und es handle sich am ehesten um eine leichte chronifizierte depressive AnpassungsstÄ¼rung, bei deren Genese psychosoziale Stressoren und eventuell das aus Sicht des BeschwerdefÄ¼hrers verÄ¼nderte KÄ¼rpergefÄ¼hl eine Rolle spielten (S. 9 f.). Schliesslich fÄ¼hrte Dr. F.____ aus, es sei anzunehmen, dass der BeschwerdefÄ¼hrer 2000 unter keiner depressiven StÄ¼rung von Krankheitswert gelitten habe, diesbezÄ¼glich habe sich das psychische Zustandsbild nicht verÄ¼ndert. In Bezug auf die 2000 diagnostizierte anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung habe sich das Zustandsbild verbessert, da diese Diagnose heute so nicht mehr gestellt werden kÄ¼nne (S. 11 oben).

4.5Ä Ä Ä Ä Dr. med. G.____, FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, fÄ¼hrte in seinem Bericht vom 24. November 2010 (Urk. 8/192) aus, der BeschwerdefÄ¼hrer befinde sich bei ihm seit MÄ¼rz 2010 in regelmÄ¼ssiger wÄ¼chentlicher bis zweiwÄ¼chentlicher Behandlung. Diese ziele primÄ¼r auf eine Verminderung des depressiven Zustandsbildes und dabei im Speziellen auf das chronifizierte somatische Syndrom im Rahmen der depressiven Symptomatik ab. Die zu diesem Syndrom gehÄ¼rende bestehende vegetative Ä¼bererregbarkeit vermenge sich offenbar zum Teil mit den im Rahmen der cerviko- und lumbospondylogenen Syndrome bestehenden Schmerzen. Der dabei bekannte und hÄ¼ufige negative Aufschaukelungsprozess bestehe leider auch beim BeschwerdefÄ¼hrer und habe sich bereits deutlich automatisiert und chronifiziert (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zwischenzeitlich - auch dank der eingesetzten Medikation - eingetretene positive VerÄ¼nderungen Ä¼nderten nichts an der weiterhin bestehenden massiv eingeschrÄ¼nkten ArbeitsfÄ¼higkeit infolge der beschriebenen psychopathologischen Symptomatik im Rahmen der depressiven StÄ¼rung. Diese klinischen Symptome entsprÄ¼chen in BerÄ¼cksichtigung der einzelnen AusprÄ¼gungen gemÄ¼ss den ICD-10-Kriterien klar einer mittelgradigen, und nicht einer leichten, depressiven Episode (S. 2).

4.6. Dr. D. ___ führte in seinem Bericht vom 25. Februar 2011 (Urk. 8/194) aus, er habe den Beschwerdeführer erstmals 1998 und dann wieder im Jahr 2000 wegen Rückenschmerzen behandelt (S. 1). Als aktuelle Diagnosen nannte er (S. 2 unten):

- chronisch therapieresistente Schmerzen bei einer Lumboischialgie links bei Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links und weiteren nachgewiesenen mehrsegmentalen Diskushernien im LWS-Bereich
- Schmerzen und Gefühlsstörungen in beiden Armen bei nachgewiesener Diskushernie mit Wurzelreizung C7 links
- Trigeminus-Neuralgie linke Gesichtshälfte
- chronische Gastritis
- depressive Stimmung
- Nikotinabusus

Für schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 %. Eine Restarbeitsfähigkeit für leichte körperliche Betätigung in sitzender Position von 2-3 Stunden täglich erachte er als möglich (S. 3 oben).

E. 5

5.1. Vorerst ist auf die beschwerdeweise am Medas-Gutachten geübte Kritik (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 20) einzugehen.

Sie beginnt mit "Es ist nicht zulässig, in einer ärztlichen Beurteilung die massgebenden Gesichtspunkte ausser Acht zu lassen und an Stelle der medizinischen Befunderhebung andere Motive und Umstände den Vorzug zu geben (vgl. Urteil vom 8C_474/2009 vom 7.1.2010)." An der genannten Fundstelle - nämlich in Erwägung 8.4 - findet sich eine (abgesehen vom im Urteil korrekten Akkusativ "anderen Motiven und Umständen") praktisch gleichlautende Formulierung, die sich nur in einem, allerdings entscheidenden, Punkt vom sinngemässen Zitat in der Beschwerde unterscheidet. Im Urteil heisst es nämlich, es sei "nicht zulässig, dass das Gericht die massgebenden Gesichtspunkte ausser Acht lässt (A)". Es handelt sich also bei der genannten Stelle keineswegs um eine bundesgerichtliche Aussage darüber, was "in einer ärztlichen Beurteilung" zulässig sei und was nicht, sondern was das Gericht darf und was nicht. Dementsprechend vermag die genannte Stelle auch nichts zur Würdigung des Gutachtens im vorliegenden Fall beizutragen.

Beschwerdeweise wurde auf ein weiteres Urteil (9C_161/2009 vom 18.9.2009 E. 2.2") Bezug genommen. Ein Urteil mit dieser Fallnummer und diesem Entscheiddatum gibt es, aber in der genannten Erwägung findet sich keine der in der Beschwerde der Fundstelle zugeschriebene Formulierungen. Dies steht - mangels Nachvollziehbarkeit der erhobenen Kritik - einer weiteren Beschäftigung mit der entsprechenden Passage entgegen.

5.2. Sodann wurde kritisiert, dass der psychiatrische Gutachter (auch) auf die Gerichtspraxis im Zusammenhang mit somatoformen Schmerzstörungen Bezug genommen hat (Urk. 1 S. 7 Ziff. 22). Richtig daran ist, dass die entsprechende Wertung Sache der Rechtsanwendung (und die Wiedergabe der Überwindbarkeitspraxis im

medizinischen Kontext insoweit entbehrlich) ist. Allerdings ist die Rechtsanwendung darauf angewiesen, dass die medizinische Begutachtung ihr die für die Wertung benütigten Fakten zur Verfügung stellt, und dabei ist es von Vorteil, wenn im medizinischen Bereich zumindest bekannt ist, welche Kriterien die Rechtsanwendung verwendet. Vor diesem Hintergrund kann keine Rede davon sein, der Gutachter habe der rechtsgültigen Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin vorgreifen" wollen oder können und damit seine Neutralität aufs Spiel gesetzt.

5.3 Sodann wurde einerseits eingewendet, die Beschwerden hätten sich nicht verändert, vielmehr handle es sich um "eine neue Diagnostizierung der bestehenden Leiden" (Urk. 1 S. 7 Ziff. 24), und andererseits, der 2004 aufgetretene Bandscheibenvorfall habe zu zusätzlichen Beschwerden geführt (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 25). Beides zugleich kann nicht zutreffen. Entweder wurde im Medas-Gutachten von 2010 (nach Meinung des Beschwerdeführers) ein unveränderter Sachverhalt neu und anders eingeschätzt, oder der Gesundheitszustand hat sich zwischenzeitlich (etwa infolge des genannten Bandscheibenvorfalles) geändert.

Das dass der Beschwerdeführer beide - sich ausschliessenden - Standpunkte gleichzeitig vertritt, macht eine vertiefte Beschäftigung damit unmöglich.

5.4 Schliesslich wurde als Inkonsistenz im Gutachten bemängelt (S. 9 Ziff. 31), dass die Bandscheibenproblematik C6/7 bei den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt werde, aber gleichzeitig behauptet werde, dass die Diskushernie C6/7 das zumutbare Belastungsprofil nicht zusätzlich verändere (IV-act. 172 - 17/37).

Am genannten Ort (richtig: Urk. 8/171/17) findet sich nun aber keine solche Aussage; weder von Belastungsprofil noch von der Diskushernie C6/7 ist auf dieser Seite die Rede. Gleiches gilt für alle auf der vorangehenden Seite 16 des Gutachtens gemachten Feststellungen. Damit bleibt nicht nachvollziehbar, wo sich die behauptete Inkonsistenz finden lassen sollte. Es ist im Gegenteil darauf hinzuweisen, dass die Gutachter ausführten, die von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit - beim gegebenen Belastungsprofil (S. 16 Ziff. 5.2) - sei ab August 2008 anzunehmen (S. 16 Ziff. 5.4), also ab einem weit späteren Zeitpunkt als dem des Bandscheibenvorfalles im Jahr 2004.

5.5 Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass sich die beschwerdeweise gegen das Medas-Gutachten von 2010 erhobenen Einwände als nicht stichhaltig erwiesen haben. Sie stehen einer Verwendung des Gutachtens mithin nicht entgegen.

E. 6

6.1 Beschwerdeweise wurde sodann geltend gemacht, das Medas-Gutachten stelle lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts dar (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 26 ff.), weshalb eine revisionsweise Leistungsanpassung unzulässig sei. Als Beleg wurde angeführt, die Schlussbeurteilung im Gutachten bestimme eindeutig, dass teilweise von einer unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitsschadens ausgegangen werden muss (sic!) (IV-act. 172 - 15/37) (Urk. 1 S. 9 Ziff. 31 am Ende).

Dazu ist klarzustellen, wie die Passage im Gutachten, auf die Bezug genommen wurde, effektiv wie folgt lautete (Urk. 8/171 S. 15 Mitte):

(Ä) aus psychiatrischer Sicht ist somit teilweise von einer unterschiedlichen Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitsschadens (Depression) und teilweise auch von einem verbesserten Gesundheitszustand (somatoforme Schmerzstörung) auszugehen - eine diesbezügliche nähere Aufteilung ist uns dabei nicht möglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit erweist sich die beschwerdeweise erhobene Behauptung, die Gutachter hätten selber angegeben, sie hätten einen unveränderten Gesundheitszustand lediglich anderes beurteilt, als falsch.

6.2 Ä Ä Ä Ä Vergleicht man die Diagnosen, die 2000 (vorstehend E. 3) und 2010 (vorstehend E. 4.3) gestellt wurden, so zeigen sich sowohl Übereinstimmungen als auch Veränderungen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Praktisch gleichlautend wurde ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - diagnostiziert, was der behandelnde Dr. D. ___ 2011 als chronisch therapieresistente Schmerzen bei einer Lumboischialgie links umschrieb (vorstehend E. 4.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann wurde ein zervikospondylogenes Syndrom links ebenfalls mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Im Jahr 2000 wurde dies mit einem möglichen radikulären Reizsyndrom C8 in Verbindung gebracht, im Jahr 2010 hingegen mit einer Osteochondrose C5/6 und einer Diskushernie C6/7 - was belegt, dass der Bandscheibenvorfall C7 aus dem Jahr 2004 (vorstehend E. 4.1) nicht unbemerkt geblieben ist. Der behandelnde Dr. D. ___ nannte diesbezüglich als Diagnose Schmerzen und Gefühlsstörungen in beiden Armen bei nachgewiesener Diskushernie mit Wurzelreizung C7 links (vorstehend E. 4.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Erhebliche Unterschiede zeigen sich hinsichtlich der psychiatrischen Diagnostik, worauf die Gutachter 2010 auch selber hingewiesen haben (vorstehend E. 6.1). Im Gutachten von 2000 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressiv gefärbte anhaltende somatoforme Schmerzstörung genannt. Im Gutachten von 2010 wurde - mit entsprechender Begründung (vorstehend E. 4.4) festgehalten, dass eine somatoforme Schmerzstörung nicht mehr zu diagnostizieren sei, und dass die festzustellende leichtgradig ausgeprägte Depressivität keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigte. Dementsprechend wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte depressive Anpassungsstörung, (Ausprägungsgrad und Intensität höchstens einer leichten depressiven Episode entsprechend) sowie psychologische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten diagnostiziert. Die entsprechende Diagnose des behandelnden Dr. D. ___ im Jahr 2011 lautete depressive Störung (vorstehend E. 4.6).

6.3 Ä Ä Ä Ä Somit weisen der im Jahr 2000 und der im Jahr 2010 erhobene medizinische Sachverhalt Unterschiede auf, die so erheblich sind, dass keine Rede davon sein kann, es sei ein im Wesentlichen gleich gebliebener Sachverhalt bloss unterschiedlich beurteilt worden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor dem Hintergrund der Unterschiede im medizinischen Sachverhalt erweist sich sodann auch die attestierte Arbeitsfähigkeit als plausibel und nachvollziehbar begründet. Die früher - körperlich schwere - Tätigkeit wurde übereinstimmend als weitgehend nicht mehr zumutbar beurteilt. Für körperlich leichte Tätigkeiten wurde im Gutachten von 2000 - hauptsächlich aufgrund der psychopathologischen Befunde - eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (vorstehend E. 3); im Gutachten von

2010 wurde für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bei Einhalten bestimmter Limiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert (vorstehend E. 4.3).

6.4 Nach dem das Gutachten von 2010 alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich erfüllt, sind keine Gründe ersichtlich, nicht auf die dort attestierte Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten von 80 % abzustellen.

Insbesondere vermag daran nichts zu ändern, dass der seit März 2010 behandelnde Psychiater in seinem Bericht vom November 2010 eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode diagnostizierte (vorstehend E. 4.5). Geht man von einem möglicherweise wechselhaften Verlauf der depressiven Stimmung aus, so lässt eine im November 2010 festgestellte Ausprägung nicht den Schluss zu, im Gutachten von 2010 (basierend auf Untersuchungen im Januar 2010) sei die Ausprägung falsch erhoben worden. Sodann stellen nach der Rechtsprechung mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens (im Sinne der Überwindbarkeitsrechtsprechung) dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_936/2011 vom 21. März 2012, E. 4.2.1), woraus zu schliessen ist, dass auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im konkreten Fall die Unterscheidung zwischen leichter oder mittelgradiger Ausprägung einer depressiven Episode nicht den alleinigen Ausschlag geben kann.

Dass sich eine vom behandelnden Dr. D.____ im Februar 2011 zusätzlich und - soweit ersichtlich - erstmals genannte Trigeminus-Neuralgie der linken Gesichtshälfte und eine chronische Gastritis zusätzlich limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, ist weder ersichtlich noch wurde es vom Beschwerdeführer geltend gemacht.

Somit hat es mit der im Medas-Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit sein Bewenden.

6.5 Die Beschwerdegegnerin ist von der genannten Arbeitsfähigkeit ausgegangen und hat - ausgehend von Tabellenlöhnen sowie einem Abzug von 20 % - ein Invalideneinkommen von Fr. 40'540.-- im Jahr 2010 ermittelt (Urk. 8/174 S. 1 f.). Dies wurde beschwerdeweise nicht beanstandet und erweist sich als rechnerisch korrekt, so dass vom genannten Betrag auszugehen ist.

Zur Ermittlung des Valideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin auf eine Lohnauskunft der früheren Arbeitgeberin im Jahr 2005 (Urk. 8/134) abgestellt und den dort genannten Betrag auf das Jahr 2010 hochgerechnet (Urk. 8/174 S. 1). Dabei wurde dem Umstand nicht Rechnung getragen, dass der Beschwerdeführer seine Stelle nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hat, sondern weil er straffällig geworden ist (vgl. Urk. 8/99 S. 15 unten). Dementsprechend wäre das Valideneinkommen korrekterweise nicht ausgehend vom verhältnismässig hohen früheren Einkommen, sondern anhand von Tabellenlöhnen zu bestimmen gewesen.

Da im aktuellen Verfahren lediglich geprüft werden darf, ob - immerhin - die erfolgte Herabsetzung der Rente zulässig sei (also keine weitere Verschlechterung im Sinne einer reformatio in peius erfolgen kann), bleibt der genannte Fehler in der Invaliditätsbemessung vorliegend folgenlos.

6.6. Somit ist zusammenfassend festzuhalten, dass sich die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestützte revisionsweise Leistungsanpassung als zutreffend erweist, womit ab Juni 2011 beim ermittelten Invaliditätsgrad von 45 % noch Anspruch auf eine Viertelsrente besteht.

Demnach ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss 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:

- lic. iur. Amir Brunner

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.