

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00888 vom 1. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00888

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00888 du 1 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00888 del 1 giugno 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2011 (Urk. 2 Verfügungsteil 2) davon aus, ab Ende August 2005 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch und in jeglicher anderen körperlich mittelschweren bis schweren Tätigkeit auszugehen, womit der Beschwerdeführer ab 1. November 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 2 oben).

Aus polydisziplinärer Sicht sei seit Februar 2008 eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgewiesen, was einen Invaliditätsgrad von 42 % ergebe. Drei Monate nach Verbesserung des Gesundheitszustands, also ab 1. Mai 2008, sei die ganze Rente auf die frühere halbe Rente herabzusetzen und diese auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats auf eine Viertelsrente (S. 2).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es könne insgesamt auf das Y.-Gutachten - in welchem die Ergebnisse und Beurteilungen der Teilgutachten vollständig übernommen worden seien (S. 2 Ziff. 3) - abgestellt und somit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen werden (S. 3 Ziff. 4). Sie ermittelte sodann ein Valideneinkommen von rund Fr. 48'391.-- im Jahr 2008, was bei einem Invalideneinkommen von rund Fr. 23'992.-- einen Invaliditätsgrad von rund 50 % ergab (S. 3 unten). Aus diesem Grund sei dem Beschwerdeführer eine halbe Rente zuzusprechen (S. 4 oben).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, sein Gesundheitszustand habe sich im Februar 2008 keineswegs verbessert, und seit der Begutachtung im März 2010 zusätzlich verschlechtert (S. 4 f. Ziff. 2). Zudem seien dem Y.-Gutachten die verwendeten Teilgutachten nicht beigelegt (S. 6 f. Ziff. 4).

2.3 Strittig und zu prägen ist somit insbesondere, ob die revisionsweise Herabsetzung einer ganzen auf eine halbe Rente ab Mai 2008 gerechtfertigt ist.

E. 3

3.1 Vom 8. bis 9. Oktober 2001 war der Beschwerdeführer im Universitätsspital Z. (Z.), Departement für Innere Medizin, hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2001 (Urk. 8/9/14-15) wurden eine unklare Kardiopathie bei Status nach Schrittmacher-Implantation am 25. September 2001, ein metabolisches Syndrom und eine peripher arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) IIB links diagnostiziert

(S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer wurde unter medikamentöser Behandlung wieder aus dem Spital entlassen (S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vom 3. bis 29. Dezember 2001 weilte der Beschwerdeführer zur kardiologischen Rehabilitation in der Klinik A.____. Dort wurden gemäss Bericht vom 24. Januar 2002 (Urk. 8/9/7-10) neben den Herzbeschwerden kardiovaskuläre Risikofaktoren, ein Postdissektomiesyndrom L4/5 und eine Prostatahyperplasie genannt (S. 1). Nach dem Klinikaustritt bestehe zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab 14. Januar 2001 (richtig wohl: 2002) eine solche von 100 % (S. 3 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 7. und 11. April 2003 verfasste Hausarzt med. prakt. B.____, praktischer Arzt, Berichte (Urk. 8/9/1-6). Er übernahm die vom Z.____ gestellten Diagnosen und berichtete insbesondere von einer raschen Ermüdbarkeit. Für die Zeit von der Implantation des Herzschrittmachers bis wohl im Wesentlichen zum Austritt aus der Klinik A.____ gab er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % an. Anschliessend schätzte er die Arbeitsfähigkeit in Abweichung zum Arzt der Klinik A.____ nicht auf 100 %, sondern lediglich auf 50 % (Urk. 9/9/4-5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Verfügung vom 16. Februar 2005 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 8/20).

3.2 Ä Ä Ä Ä Mit Zeugnis vom 17. August 2005 bestätigte med. prakt. B.____, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert und demzufolge habe er ab Januar 2005 die Öffnungszeiten seines Restaurants um einen Tag pro Woche reduzieren müssen (Urk. 8/23).

3.3 Ä Ä Ä Ä Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, bescheinigte im Attest vom 6. Oktober 2005, der Beschwerdeführer sei vom 30. August bis 1. Oktober 2005 hospitalisiert gewesen (Urk. 8/28). Im Bericht vom 25. Oktober 2005 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/29/1-4) verwies er im Wesentlichen auf seinen Bericht vom 4. Oktober 2005 an den Hausarzt (Urk. 8/29/5-6 = Urk. 8/30/1-2). Darin stellte er folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- generalisierte Arteriosklerose mit
- PAVK IIb links
- koronarer und hypertensiver Herzkrankheit mit
- selten Angina pectoris
- Status nach Schrittmacher
- Status nach stummem Myokardinfarkt
- Diabetes mellitus Typ II
- Hyperlipidämie
- chronischer Nikotinkonsum
- rezidivierende Pneumonien
- Status nach Prostatahyperplasie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ führte dazu aus, der Beschwerdeführer leide seit Mitte Juli 2005 an ausgeprägter Wadenclaudicatio mit einer freien Gehstrecke von knapp 20

Metern und deutlichen Gefässstärkungen, insbesondere an der Fusssohle. Er sei als Wirt vollständig invalidisiert, weshalb die Operation indiziert sei. Vom 31. August bis 23. September 2005 sei der Beschwerdeführer mehreren Bypass-Operationen unterzogen worden, so dass er sich beim Spitalaustritt subjektiv gut geföhlt habe. Nach den Operationen sei die Gehstrecke frei gewesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. C.____ bescheinigte einerseits am 25. Oktober 2005 für die Dauer der Hospitalisation eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/29/1), während er andererseits - ohne nähere Zeitangabe - eine halbtägige Berufstätigkeit für zumutbar erachtete (Urk. 8/29/4).

3.4 Ä Ä Ä Hausarzt med. prakt. B.____ übernahm im Bericht vom 13. Dezember 2005 (Urk. 8/30/3-6) die von Dr. C.____ gestellten Diagnosen. Er attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für die Zeit ab Austritt aus der Klinik A.____ am 3. Januar 2002 bis zum Spitalaufenthalt am 30. August 2005. Seither bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (lit. B). Hiezu führte er aus, zur Zeit werde die kardiale Rehabilitation versucht, wobei der Beschwerdeführer kaum gehen könne. Er prognostizierte eine mögliche Besserung in etwa drei Monaten und legte dazumal eine erneute medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahe (Urk. 8/30/6).

3.5 Ä Ä Ä Prof. Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, führte am 29. März 2006 aus, der Beschwerdeführer habe wegen einer schweren arteriellen Durchblutungsstörung mehrmals operiert werden müssen. Schliesslich sei am 27. März 2006 der Unterschenkel amputiert und ein Neurostimulator implantiert worden. Der Beschwerdeführer sei seit 2. Februar 2006 und für weitere vier bis sechs Wochen hospitalisiert (Urk. 8/38).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 5. April 2006 führte Prof. D.____ aus, es sei keine, auch behinderungsangepasste, Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 8/36/5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 19. Juni 2007 bestätigte Prof. D.____ die bereits bekannten Diagnosen und nannte zusätzlich massive Stumpf- und Phantomschmerzen, welche einen Neuroschrittmacher erfordern hätten. Wie schon der Hausarzt erwähnte er überdies eine reaktive Depression. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig. In einer sitzenden Tätigkeit und nach entsprechender Umschulung sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vorstellbar (Urk. 8/104/3). Diese Einschätzung bestätigte er gegenüber der Beschwerdegegnerin am 3. September 2007 (Urk. 8/118/7).

3.6 Ä Ä Ä Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Kardiologie, erstattete am 19. September 2007 einen Bericht (Urk. 8/120/1-8) und führte aus, am stärksten sei der Beschwerdeführer durch die Phantomschmerzen im Bereich der Unterschenkelamputation eingeschränkt (Ziff. 4.4). Der im Jahr 2001 eingesetzte Schrittmacher wie auch die ventrikuläre Pumpfunktion seien normal (Ziff. 4.5). Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Prof. E.____ nicht.

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 21. Januar 2008 erstattete (nunmehr) Dr. med. B.____ einen weiteren Bericht (Urk. 8/133/21-22). Neben den bekannten Diagnosen erwähnte er einen postoperativen wie auch chronisch rezidivierende Harnwegsinfekte (S. 1 Ziff. 3 und 6), eine reaktive Depression (S. 1 Ziff. 5), rezidivierende Pneumonien, zuletzt im Dezember 2007 (S. 2 Ziff. 7), sowie eine ungelöste Hautproblematik im Stumpfbereich (S. 2 Ziff. 8). Es

- Status nach Thromendarteriektomie (TEA) der A. femoralis communis und superficialis links Oktober 2001

- Status nach femoro-poplitealem Bypass links mit rezidivierenden Verschlüssen, diversen Reoperationen und Thrombolysen im September 2005

- Status nach Reoperation bei Bypassverschluss links März 2006

- Status nach Implantation eines Neurostimulators bei Phantomschmerzen links nach Amputation am 27. März 2006

- kardiovaskuläre Risikofaktoren

- Status nach massivem Nikotinabusus bis 2004 (85 py)

- metabolisches Syndrom

- Gonarthrose rechts

- radiologisch klare Arthrosezeichen (Röntgen 11. März 2009)

- beidseits mässige Reizeichen, klinischer Verdacht auf Innenmeniskusläsion rechts

- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle

- anamnestisch Status nach lumbaler Diskushernie

- im Verlauf klare Beschwerdebesserung

- aktuell freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte

- koronare und hypertensive Herzkrankheit

- Status nach Schrittmacherimplantation wegen AV-Block dritten Grades September 2001

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein metabolisches Syndrom und eine leichte depressive Episode (S. 23 Ziff. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, für die angestammte Tätigkeit als Koch wie für jegliche andere körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeit könne bereits sowohl aus orthopädischer als auch aus angiologischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit festgestellt werden (S. 26 Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten liege aus rein orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum bei um 30 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs vor, wobei das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg vermieden werden sollte. Aus angiologischer Sicht bestehe für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, die vorwiegend im Sitzen ausgeübt werden könnten, eine Arbeitsfähigkeit von 50 %; die medizinische Prognose bezüglich der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sei sehr ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt könnten dem Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten, die überwiegend sitzend ausgeübt werden sollten, noch mit einer Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit von 50 % zugemutet werden. Die Einschränkungen aus angiologischer und orthopädischer Sicht addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt

werden können (S. 24 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum zeitlichen Verlauf führten die Gutachter aus, für den Beginn einer andauernden vollen Arbeitsunfähigkeit könne auf die im Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung im August 2005 erstatteten Beurteilungen abgestellt werden. Es sei nur schwierig möglich, die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten retrospektiv zu beurteilen; deshalb gelte die von ihnen genannte Einschätzung erst ab dem Datum der Untersuchung im März 2010 (S. 24 unten). Vor allem nach der Unterschenkelamputation links 2006 sei der Beschwerdeführer sicherlich während mehrerer Monate vollständig arbeitsunfähig gewesen. Eine langandauernde schwergradige Arbeitsunfähigkeit als die aktuell attestierte in adaptierten Tätigkeiten könne jedoch aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden; mit hohergradiger Wahrscheinlichkeit bestehe die von ihnen umschriebene Einschränkung seit Anfang 2008 (S. 24 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Einschätzung und der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, dies wahrscheinlich in erster Linie, weil sich dieser kaum vorstellen könne, in seinem Alter einen anderen Beruf auszuüben (S. 25 Ziff. 6.4). Ursächlich für die Diskrepanz zur Einschätzung durch den Hausarzt - der keine Stellung zu adaptierten Tätigkeiten genommen habe - sei wahrscheinlich in erster Linie dessen schwierige Rolle als Hausarzt, der naturgemäss bemüht sei, seinen Patienten zu helfen und sie zu schützen (S. 25 Ziff. 6.5).

3.11 Ä Ä Am 7. Juni 2011 wurde über eine gleichentags erfolgte angiologische Kontrolle berichtet (Urk. 3/1). Es wurde bezüglich der PAVK ein konservatives Vorgehen und wegen der dilatativen Arteriopathie eine Antikoagulation empfohlen (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B. führte in einem Zeugnis vom 11. Juli 2011 aus, es zeige sich eine Progredienz der PAVK am rechten Bein, deswegen müsse der Beschwerdeführer dauerkoaguliert werden, mit einer weiteren Verschlechterung müsse gerechnet werden. Auch sei es noch immer nicht gelungen, eine zufriedenstellende definitive Beinprothese anzupassen. Es gehe dem multimorbiden Beschwerdeführer leider nicht besser, er halte ihn weiterhin für 100 % arbeitsunfähig (Urk. 3/2). In einem Zeugnis vom 29. August 2011 äusserte er sich im gleichen Sinn (Urk. 3/3).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Nachdem die Beschwerdegegnerin eine fehlende Seite des Gutachtens nachgereicht hat (Urk. 8/0), ist dieses vollständig. Insbesondere sind darin auch alle relevanten Angaben der in den einzelnen Disziplinen eingesetzten Gutachter wiedergegeben. Die Rüge, es könne nicht auf das Gutachten abgestellt werden, weil keine separaten Teilgutachten vorliegen, stösst damit ins Leere, zumal die Ausführungen im daraus resultierenden polydisziplinären Gutachten entscheidend sind und nicht dessen - allenfalls separat formatierten - Elemente.

4.2 Ä Ä Ä Sodann machte der Beschwerdeführer geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung verschlechtert, deshalb sei das Gutachten veraltet. Aus den von ihm eingereichten medizinischen Unterlagen (vorstehend E. 3.11) geht jedoch eine solche Verschlechterung nicht hervor. Soweit Unterschiede zum Inhalt des Gutachtens erkennbar sind, handelt es sich weitestgehend um eine zurückhaltendere Beurteilung des gleichgebliebenen Sachverhalts.

4.3. Daraus folgt, dass grundsätzlich auf das Gutachten, das alle praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.3) erfüllt, abgestellt werden kann.

Dies gilt allerdings nur insoweit, als dessen Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet und eindeutig formuliert sind. Dieser Vorbehalt betrifft namentlich den Zeitpunkt, ab welchem anstelle der vollständigen Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in leidensangepassten Tätigkeiten angenommen werden kann.

Klar ist die diesbezügliche Aussage im Gutachten, wonach die entsprechende Beurteilung ab dem Zeitpunkt der Begutachtung gelte. Weniger klar sind die Ausführungen für die davor liegende Zeit, insbesondere der Hinweis, die umschriebene (geringere) Einschränkung bestehe seit Anfang 2008. Im Gutachten wurde nicht erläutert, woraus dieser postulierte Zeitpunkt - von der Beschwerdegegnerin mit Februar 2008 präzisiert - abgeleitet wurde, und in den übrigen medizinischen Unterlagen finden sich ebenfalls keine zusätzlichen Anhaltspunkte, die eine solche Annahme stützen würden. Das Bestreben der Gutachter, die Frage zu beantworten, ist anerkennenswert; ihre Antwort jedoch ist zu wenig substantiiert, um anspruchrelevant Verwendung zu finden, da ihr zu sehr ein Element des Arbiträren anhaftet.

Es ist deshalb auf die diesbezüglich eindeutige Feststellung im Gutachten abzustellen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (März 2010) besteht, mithin ab 1. April 2010.

4.4. In diesem Sinne ist der medizinische Sachverhalt als erstellt zu erachten: Es ist ab 1. April 2010 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in körperlich leichten, wechselbelastenden und vorwiegend sitzenden Tätigkeiten (unter Beachtung von einzeln genannten Gewichtslimiten) auszugehen.

4.5. Fraglich bleibt, ob diese medizinisch erstellte Arbeitsfähigkeit namentlich mit Blick auf das doch fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch verwertbar ist.

Soweit die Zumutbarkeit weiterer Erwerbstätigkeit nach Massgabe der Selbsteingliederungspflicht und der auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vorhandenen Arbeitsgelegenheiten in Frage steht, stellt das fortgeschrittene Alter keinen invaliditätsfremden Faktor dar. Vielmehr ist diesfalls zu beurteilen, ob für den Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt realistischere geeignete Arbeitsstellen zur Verfügung stehen, an denen er die ihm verbliebene Restarbeitsfähigkeit zumutbarerweise noch ganz oder teilweise verwerten kann (Urteil des Bundesgerichts I 617/02 vom 10. März 2003 E. 3.2.3, mit Hinweis auf BGE 107 V 21 Erw. 2c). Massgebend für das Alter ist dabei der Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung.

Bei einem Versicherten im Alter von 58 Jahren und 10 Monaten hat das Bundesgericht festgehalten, die Grenze für die Annahme einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit mit dem Anspruch auf eine ganze Rente sei nicht erreicht (Urteil I 246/02 vom 7. November 2003 E. 6). Umgekehrt hat es bei einer wenige Monate vor dem möglichen Altersrücktritt stehenden Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente trotz medizinischer attestierter (reduzierter) Arbeitsfähigkeit geschätzt (Urteil I 462/02 vom 26. Mai 2003 E. 3) und bei einem rund 61 ½ Jahre alten Versicherten ist es, auch mit Hinweis auf die altersbedingt verminderte Anpassungsfähigkeit, davon ausgegangen, dass

er mit Ã¼berwiegender Wahrscheinlichkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keinen Arbeitgeber mehr findet (Urteil des Bundesgerichts I 617/02 vom 10. MÃ¤rz 2003 E. 3.3). Bei einem rund acht Monate vor der Pensionierung stehenden Versicherten hat das Bundesgericht die - aufgrund des verminderten InvaliditÃ¤tsgrads erfolgte - Rentenaufhebung mit Hinweis auf die allgemeine Lebenserfahrung und den ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht zugelassen (Urteil 9C_145/2011 vom 20. Mai 2011 E. 3.4). In einem weiteren Urteil hat das Bundesgericht bei einer Ã¼ber 60-jÃ¤hrigen Versicherten die Sache zur nÃ¤heren medizinischen AbklÃ¤rung zurÃ¼ckgewiesen, ohne zur Frage des Alters Stellung zu nehmen (Urteil 9C_646/2010 vom 23. Februar 2011; auch die in E. 2 angefÃ¼hrten Entscheide ergeben keine AufschlÃ¼sse zum Altersaspekt).

Ohne die gesamte diesbezügliche bundesgerichtliche Rechtsprechung zu Ã¼berblicken, lÃ¤sst sich den erwÃ¤hnten Entscheiden doch entnehmen, dass - bei reduzierter ArbeitsfÃ¤higkeit - ab einem gewissen Alter oder einer bestimmten NÃ¤he zum mÃ¶glichen Altersrentenbezug objektiv auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine VerwertungsmÃ¶glichkeit mehr anzunehmen ist.

4.6. Der BeschwerdefÃ¼hrer war als gelernter Koch wÃ¤hrend langer Zeit als Wirt tÃ¤tig; andere berufliche Erfahrungen hat er nicht. Seit September 2002 bezog er eine halbe Invalidenrente, und von November 2005 bis MÃ¤rz 2010 steht ihm - so das vorliegende Urteil - eine ganze Rente zu.

Der BeschwerdefÃ¼hrer war im massgebenden Zeitpunkt des VerfÃ¼gungserlasses (8. Juni 2011) 60 Jahre und einen Monat alt. Damit dÃ¼rfte die hÃ¶chststrichterliche Annahme, die Verwertung der RestarbeitsfÃ¤higkeit sei objektiv nicht mehr mÃ¶glich, noch nicht greifen.

Demnach ist die ganze Rente ab April 2010 auf eine halbe Rente herabzusetzen.

In diesem Sinn ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene VerfÃ¼gung abzuÃ¤ndern.

4.7. Wie es sich nach dem vorliegend fÃ¼r die Beurteilung massgebenden spÃ¤testen Zeitpunkt verhÃ¤lt, bleibt offen. Einerseits ist der BeschwerdefÃ¼hrer zwischenzeitlich Ã¤lter und die bundesgerichtliche Rechtsprechung das Alter betreffend mÃ¶glicherweise anwendbar, andererseits ist nicht ausgeschlossen, dass sich die EinschrÃ¤nkungen aufgrund des - wiederholt als progredient beschriebenen - Gesundheitsschadens akzentuiert haben kÃ¶nnen.

Es ist deshalb angezeigt, die Sache nach Eintritt der Rechtskraft an die Beschwerdegegnerin zu Ã¼berweisen, damit sie prÃ¼fe, ob das eine oder das andere, oder beides, der Fall ist.

E. 5

5.1. Bei diesem Ausgang (teilweises Obsiegen) sind die Verfahrenskosten gemÃ¤ss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes Ã¼ber die Invalidenversicherung (IVG) - die ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen sind, je hÃ¶chst dem BeschwerdefÃ¼hrer und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2. Dem teilweise obsiegenden und vertretenen BeschwerdefÃ¼hrer steht eine um die HÃ¶lfte reduzierte ParteientschÃ¤digung zu, die beim praxisgemÃ¤ssen Stundenansatz von Fr. 170.-- (zuzÃ¼glich Mehrwertsteuer) auf Fr. 900.-- (inklusive

Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 29. und 30. Juni 2011 dahin abgeändert, dass der Beschwerdeführer von November 2005 bis März 2010 Anspruch auf eine ganze und ab April 2010 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

Die Akten werden nach Eintritt der Rechtskraft der Beschwerdegegnerin überwiesen, damit sie den ab Juni 2011 festzustellenden Sachverhalt prüfe.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst Integration Handicap
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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).

Ä

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