

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01020 vom 31. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01020)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01020 du 31 mai 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01020 del 31 maggio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1 X., geboren 1965, war seit dem 10. März 1997 im Malergeschäft Y. in Z. als Maler tätig (vgl. Urk. 8/1 Ziff. 6.3; Urk. 8/7). Am 31. Dezember 2002 meldete sich der Versicherte wegen Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen) an (Urk. 8/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erteilte am 23. Dezember 2003 eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining (Urk. 8/30) und gewährte dem Versicherten am 8. September 2004 Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Arbeitsvermittlung, Urk. 8/58). Mit Verfügung vom 17. September 2004 sprach sie ihm - bei einem Invaliditätsgrad von 55 % - mit Wirkung ab 1. Juni 2003 eine halbe Invalidenrente, zusätzlich Kinderrenten und Zusatzrente für die Ehefrau, zu (Urk. 8/59 und Urk. 8/45).

Dieser Leistungsanspruch wurde im Rahmen einer Rentenrevision im August 2006 (vgl. Urk. 8/67) nach Einholung von Verlaufsberichten (vgl. Urk. 8/72-73) bestätigt (Mitteilung vom 14. November 2006, Urk. 8/75).

1.2 Im Rahmen der am 5. Januar 2010 eingeleiteten Rentenrevision (Urk. 8/93) holte die IV-Stelle Auszüge aus dem individuellen Konto (Urk. 8/94-95), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 8/96/1-8) und einen medizinischen Bericht (Urk. 8/97) ein. Zudem gab sie ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 5. November 2010 erstattet wurde (psychiatrisches Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung, Urk. 8/111; vgl. auch internistisch-rheumatologisches Gutachten vom 23. Oktober 2010, Urk. 8/108). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/117-118; Urk. 8/121) hob die IV-Stelle die bisherige halbe Invalidenrente des Versicherten mit Verfügung vom 16. August 2011 wiedererwägungsweise auf (Urk. 8/123 = Urk. 2).

### E. 2

2.1 Gegen die Verfügung vom 16. August 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 14. September 2011 Beschwerde und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2 oben). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2011 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Diese Eingabe wurde dem Versicherten am 18. November 2011 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

2.2 Mit Verfügung vom 27. April 2012 lud das Gericht die AXA Vorsorgestiftung Winterthur zum Verfahren bei (Urk. 10). Aufgrund der Eingabe vom 21. Mai 2012 (Urk. 11) wurde das Rubrum angepasst und nunmehr an Stelle der AXA

Vorsorgestiftung Winterthur die AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur, als Beigeladene aufgenommen (vgl. Urk. 13). Diese schloss am 21. Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), wovon den Parteien am 21. Mai 2012 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 13).

### E. 3

3.1 Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache lagen die folgenden medizinischen Berichte vor:

3.2 Im Bericht der Ärzte des Universitätsspitals D. (D.) vom 6. Mai 2002 (Urk. 8/6/5-6) wurden folgende Hauptdiagnosen genannt (S. 1 oben):

- unklare Knieschmerzen beidseits
- lumbospondylogenes Syndrom

Die untersuchenden Ärzte gaben an, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2001 an beidseitigen Knieschmerzen leide. Radiologisch fanden sich diskrete Hinweise für beginnende Gonarthrosen beidseits und skelettszintigraphisch ebenfalls Veränderungen im Bereich des Tibiofibulargelenkes sowie der Fibula, welche für degenerative Veränderungen sprechen würden. Am ehesten handle es sich um eine Überlastung (S. 2).

3.3 Dr. med. E., Allgemeine Innere Medizin sowie Rheumatologie FMH, stellte im Bericht vom 16. August 2002 (Urk. 8/6/7-8 = Urk. 3/2) folgende Diagnose (S. 1 Mitte):

- 18 von 18 positive Fibromyalgiepunkte mit
- wahrscheinlich Chronic-Fatigue-Syndrom und
- Generalisierungstendenz der weichteilrheumatischen Schmerzen mit Ausbildung einer panvertebralen/paravertebralen Schmerzsymptomatik

Dr. E. führte aus, dass beim Beschwerdeführer eine erhebliche Schmerzfixierung auffalle. Die Prädiktoren für eine berufliche Reintegration seien ungünstig, weshalb eine intensivere Betreuung notwendig sei. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt Dr. F. sei zuerst eine antidepressive Therapie zu versuchen, die dysphorische Verstimmung scheinbar offensichtlich, auch die beinahe Verzweiflungsstimmung (S. 2 oben).

3.4 Dr. med. F., Allgemeine Innere Medizin FMH, nannte im Bericht vom 18. Januar 2003 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/6/1-4) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Fibrositisyndrom mit im Vordergrund stehendem Panvertebralsyndrom und chronischen Knieschmerzen (lit. A). Er führte aus, dass der Beschwerdeführer an einer typischen Fibromyalgie leide. Er sei in seinem Beruf mit Tragen von schweren Lasten und Überkopfarbeit nicht mehr arbeitsfähig. Die Umschulung in eine leichtere körperliche Tätigkeit sei unbedingt zu empfehlen, da der Beschwerdeführer immer wieder versucht habe zu arbeiten und sehr motiviert sei (lit. D.7). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ihm eine Erwerbstätigkeit ganztags zumutbar (S. 4 unten).

3.5 Vom 11. März bis zum 1. April 2003 erfolgte ein stationärer Aufenthalt des Beschwerdeführers in der RehaClinic G. Im Austrittsbericht vom 11. April 2003

(Urk. 8/11 = Urk. 8/13/6-10 = Urk. 3/3) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte):

- Fibromyalgie-Syndrom

- Haltungsinsuffizienz mit Hyperlordose lumbal

Die behandelnden Ärzte gaben an, dass aktuell wechselnde Schmerzen vor allem im Nacken-/Schulterbereich, lumbal sowie im Bereich beider Knie beständen. Es handle sich um Dauerschmerzen mit Verschlimmerung bei Belastung (S. 4 Mitte). Betreffend Anamnese und klinische Befunde werde auf die beiliegende Zusammenfassung der Krankengeschichte verwiesen. Aufgrund dessen könne die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms bestätigt werden (S. 1 unten). Im Rahmen der Krankengeschichte wurde festgehalten, dass 12 von 18 für die Fibromyalgie typischen Tender Points positiv seien, bei negativen Kontrollpunkten (S. 5 oben). Insgesamt habe die Schmerzsituation bis zum Austritt nicht wesentlich beeinflusst werden können. Die Rückkehr in den angestammten Beruf als Maler scheine nicht mehr möglich, insbesondere da dieser Beruf praktisch täglich Ankerkopfarbeiten beinhalte. Eine leichte bis maximal mittelschwere körperliche Arbeit mit Wechselbelastung für die Wirbelsäule ohne Heben schwerer Gewichte und ohne Ankerkopfarbeiten sei aus rheumatologischer Sicht möglich (S. 2 Mitte).

3.6 Dr. E. gab am 24. April 2003 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/13/5) an, der Beschwerdeführer sei gemäß seiner Beurteilung grundsätzlich in einer - wie im Bericht der RehaClinic G. beschriebenen - behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (vgl. auch Formular zur medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit vom 16. April 2003, Urk. 8/13/3-4). In der angestammten Tätigkeit als Maler sei eine Arbeitstätigkeit aufgrund des Schmerzsyndroms nicht mehr zumutbar.

3.7 Vom 13. Oktober bis zum 6. November 2003 erfolgte ein Aufenthalt des Beschwerdeführers in der beruflichen Abklärungsstelle H. (BEFAS). Im Schlussbericht der BEFAS vom 18. November 2003 (Urk. 8/24) wurde festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer arbeitswillig gezeigt habe. Bei wechselbelastend behinderungsangepassten leichteren bis gelegentlich maximal mittelschwer belastenden Tätigkeiten habe er ganztags eingesetzt werden können. Bei verlangsamtem Arbeitstempo und gelegentlich wegen Schmerzen zugesprochenen kurzen Entlastungspausen habe er durchschnittlich etwa 60 % einer normalen Tagesleistung erzielt. Belastungsabhängig vorübergehend im Vordergrund seien interscapuläre Schmerzen angegeben worden. Eine zukünftige berufliche Tätigkeit sollte insbesondere bei manuellen Arbeitseinsätzen ohne Ankerkopfarbeiten und überwiegend auf Tischhöhe ausgeübt werden können. Bei Beachtung der medizinischen Situation und der Abklärungsergebnisse werde ein gestaffeltes Vorgehen mit dem Ziel einer späteren Verwertung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit unter behinderungsadaptierten Arbeitsbedingungen empfohlen. Um dieses Ziel zu erreichen, erscheine im Sinne einer Übergangslösung ein aufbauendes Arbeitstraining bei behinderungsangepasster Tätigkeit indiziert; dadurch könne die aktuell realisierbare 60%-Tagesleistung allmählich bis gegen 100 % gesteigert und gleichzeitig bei allmählicher Gewöhnung an arbeitsspezifisch günstige Belastungen das Selbstvertrauen gestärkt und die psychische Befindlichkeit verbessert werden (S. 6 Ziff. 2.3).

3.8 Dr. F. nannte im Bericht vom 15. Juni 2004 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/34) neu die Diagnose einer mittelgradigen depressiven

Episode mit somatischen Symptomen, bestehend seit 2003 (lit. A). Er fÄ¼hrte aus, dass sich die Schmerzsituation seit seinem letzten Bericht vom Januar 2003 nicht wesentlich verÄ¼ndert habe. Er habe weiterhin vor allem Schmerzen im WirbelsÄ¼ulenbereich mit oft vollstÄ¼ndiger Blockierung der Beweglichkeit. Zeitweise bestehe auch ein Dauerschmerz, der vor allem bei anstrengender Arbeit auftrete und die Arbeitsleistung des BeschwerdefÄ¼hrers sehr beeinflusse. Auch die Knieschmerzen seien meistens vorhanden und wÄ¼rden ihn an einer grÄ¼sseren Gehleistung hindern. Seit etwa Mitte 2003 hÄ¼tten sich die depressiven Symptome zunehmend verschlechtert. Die Zeichen der mittelgradigen Depression hÄ¼tten wÄ¼hrend der Zeit der beruflichen AbklÄ¼rung in H.\_\_\_\_ und des Arbeitstrainings im Arbeitszentrum immer mehr zugenommen. Dabei sei immer klarer geworden, dass er auch diese leichte Arbeit sehr oft nicht habe bewÄ¼rtigen kÄ¼nnen. Insgesamt habe sich die gesundheitliche Situation des BeschwerdefÄ¼hrers deutlich verschlechtert. Die Schmerzen von Seiten der Fibromyalgie hÄ¼tten zugenommen (jetzt auch bei nur leichter kÄ¼rperlicher Belastung, frÄ¼her vor allem bei starker Belastung). Dazu bestÄ¼nden jetzt die Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode, welche die Beschwerden von Seiten der Fibromyalgie verstÄ¼rken und eine deutliche Reduktion der Konzentration und Aufmerksamkeit verursachen wÄ¼rden. FÄ¼r eine leichte behinderungsangepasste TÄ¼tigkeit bestehe eine ArbeitsfÄ¼higkeit von maximal 50 % (lit. D.7).

3.9Ä¼ Vom 5. Januar bis zum 30. Juni 2004 absolvierte der BeschwerdefÄ¼hrer ein Arbeitstraining im Arbeitszentrum I.\_\_\_\_ in J.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/30; Urk. 8/37). Dem entsprechenden Bericht vom 28. Juni 2004 (Urk. 8/37) ist zu entnehmen, dass er am Vormittag jeweils eine quantitative Leistung von 60 % einer durchschnittlichen Leistung in der freien Wirtschaft erreicht hat. Diese Leistungsminderung entstehe vor allem durch seinen konstanten Schmerzpegel, welcher ihn in seiner Bewegungsfreiheit einschrÄ¼nke. Am Nachmittag lasse seine quantitative Leistung nach. Die Schmerzen spÄ¼re er dann zwar nicht stÄ¼rker als am Morgen, aber diese wÄ¼rden zu lange dauern, um mit der gleichen Leistung weiter arbeiten zu kÄ¼nnen. Er brauche dann Ä¼fters kleine Pausen (S. 1 Mitte). Der BeschwerdefÄ¼hrer sei ein zuverlÄ¼ssiger und angenehmer Mitarbeiter. Im Laufe seines Arbeitstrainings habe er immer schwierigere Arbeiten selbstÄ¼ndig ausÄ¼ben kÄ¼nnen. Seine Auffassungsgabe sei gut, werde aber manchmal durch seine schwachen Deutschkenntnisse beeintrÄ¼chtigt. Eine grosse EinschrÄ¼nkung fÄ¼r ihn seien die Schmerzen, die ihn immer begleiten wÄ¼rden. Sie wÄ¼rden seine LeistungsfÄ¼higkeit und damit seine Chancen auf dem Arbeitsmarkt sehr stark einschrÄ¼nken (S. 3 oben).

3.10Ä¼ Dr. med. K.\_\_\_\_, Praktische Ä¼rztin, RAD der Beschwerdegegnerin, fÄ¼hrte in ihrer Stellungnahme vom 13. Juli 2004 (Urk. 8/42) aus, dass die zervikale Diskusprotrusion C5 mit mÄ¼ssiger Duralsackeindellung doch eine grÄ¼ssere Auswirkung auch auf die ArbeitsfÄ¼higkeit in einer angepassten TÄ¼tigkeit habe (Schmerzzunahme und Leistungsabnahme am Nachmittag). Verwertet werden kÄ¼nne eine 50%ige RestarbeitsfÄ¼higkeit in einer wechselbelastenden leichten bis maximal mittelschweren TÄ¼tigkeit ohne Ä¼berkopfarbeiten. Gegebenenfalls sei eine Steigerung der RestarbeitsfÄ¼higkeit mÄ¼glich. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei grÄ¼ndlich abgeklÄ¼rt worden, insbesondere bezÄ¼glich der Verwertbarkeit einer RestarbeitsfÄ¼higkeit. Weitere medizinische Begutachtungen wÄ¼rden ihres Erachtens nur zu einer VerzÄ¼gerung fÄ¼hren, auch in Bezug auf die praktische Verwertung der jetzt noch vorhandenen RestarbeitsfÄ¼higkeit.

3.11. Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die vorliegenden Berichte davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar sei. Zudem hielt sie fest, dass die Abklärung in H. sowie das nachfolgende Arbeitstraining im Arbeitszentrum I. ergeben hätten, dass er eine leidensangepasste Erwerbstätigkeit bei einem Vollzeitpensum mit reduzierter Leistung respektive ein 50%-Pensum mit voller Leistungsfähigkeit ausüben könnte (Verfügung vom 17. September 2004, Verfügungsteil 2, Urk. 8/45 S. 1).

#### E. 4

4.1. Die im Rahmen der Revisionsverfahren eingegangenen Arztberichte geben vom Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendes Bild:

4.2. Dr. F. gab im Bericht vom 16. September 2006 (Urk. 8/72) einen verschlechterten Gesundheitszustand an (Ziff. 1). Die Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und der Knie, zeitweise auch im Schultergürtelbereich, hätten eher zugenommen. Vor allem komme es häufig zu Episoden, in denen sich der Beschwerdeführer kaum bewegen könne und auch nachts starke Schmerzen auftreten würden. Aktuell sei er in psychiatrischer Behandlung. Bis jetzt habe sich aber an der Schmerzsituation und an der depressiven Verstimmung nichts geändert (Ziff. 3).

4.3. Dr. med. L., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte im Bericht vom 8. November 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/73) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine reaktive depressive Entwicklung (lit. A). Er führte aus, dass hinter den wesentlichen Aspekten der körperlichen und depressiven Einschränkung der Leistungs- und Wahrnehmungsfähigkeit des Beschwerdeführers eine Entwicklungsstörung der Persönlichkeit mit tiefsitzenden infantilen und abhängigen Reaktionstendenzen anzunehmen sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die gleiche wie vor zwei Jahren. Er sei maximal 50 % arbeitsfähig in einer leichten, behinderungsangepassten Arbeit (lit. D.7).

4.4. Dr. med. M., Facharzt FMH Rheumatologie, führte im Bericht vom 24. Juni 2008 (Urk. 8/87/5) aus, er gehe grundsätzlich von einer somatoformen Schmerzstörung aus, wobei es versicherungsrechtlich zu klären gebe, ob die so genannten Forder-Kriterien zumindest teilweise erfüllt seien, was dann allenfalls eine differenziertere Beurteilung der effektiven Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ermöglichen würde. Diese Beurteilung könne er nicht vornehmen, sondern sollte durch einen erfahrenen Psychiater erfolgen. Der Beschwerdeführer wirke auf ihn chronisch depressiv. Er schlage eine psychotherapeutische Schmerztherapie vor.

4.5. Dr. F. nannte im Bericht vom 9. Februar 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/97/6-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie)
- depressive Störung

Dr. F. gab an, dass die Beschwerden im Bereich des Rückens und der grossen Gelenke eher zunehmen würden. Dazu kämen vor allem Schmerzen im Nacken und Schultergürtelbereich (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei fünf Mal während dreieinhalb Stunden als Lieferwagenchauffeur für die Medikamentenauslieferung tätig. Dies bedeute die maximale Leistungsfähigkeit. Er

habe nachher oft starke Schmerzen und müsse sich hinlegen. Auch nehme dann die Konzentration beim Lenken des Lieferwagens ab. Die Arbeitsgeschwindigkeit sei reduziert und werde im Verlauf der Arbeit immer geringer. Im Vergleich zu den Arbeitskollegen könne der Beschwerdeführer nur leichte Touren mit leichten Kisten durchführen und sei auch sehr viel langsamer (Reduktion von 30-40 %; Ziff. 1.7).

4.6 Dem Bericht über das Arbeitsassessment am D. \_\_\_ vom 17. Juli 2010 (Urk. 8/107) sind folgende Hauptdiagnosen zu entnehmen (Ziff. 1):

- Panvertebralsyndrom
- Verdacht auf leichte bis mittelschwere depressive Episode

Die untersuchenden Ärzte führten aus, dass der Beschwerdeführer bei den Tests eine schlechte Leistungsbereitschaft gezeigt habe. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der psychischen Problematik werde dieses Verhalten zumindest teilweise erklärbar (Ziff. 3). In der aktuellen klinischen Untersuchung fanden sich myofasziale Befunde panvertebral ohne funktionelle Einschränkungen des Achsenskeletts. Der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zu den Vorbefunden (2001-2003) nicht verbessert. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den relativ geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur zum Teil erklären (Ziff. 4). Für die bisherige Arbeit als Medikamenten-Chauffeur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (bezogen auf ein 50%-Pensum). Bei Tätigkeit in einem höhergradigen Pensum könne eine leichte Leistungsminderung (von maximal 25 %) durch sich im Tagesverlauf kumulierende Beschwerden nicht ausgeschlossen werden. Zusätzlich bestehe wahrscheinlich auch eine leichtgradige Leistungsminderung aufgrund eines psychischen Leidens von Krankheitswert, dessen Ausmass von psychiatrischer Seite her qualifiziert werden müsse, jedoch kaum eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % begründen dürfte (Ziff. 5).

4.7 Dr. A. \_\_\_ stellte im Gutachten vom 23. Oktober 2010 (Urk. 8/108) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Sie nannte die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 7):

- Nikotinabusus
- ausgedehnte chronische Schmerzen bei
- leichter LWS (Lendenwirbelsäule)-Hyperlordose mit
- unauffälliger Ganzkörper-Skelettszintigraphie (Oktober 2010)
- normalen Röntgenbefunden beider Knie (Oktober 2010)
- keinem wesentlichen Befund in der Computertomographie-LWS-Untersuchung (Oktober 2010)
- diskreten degenerativen Befunden der Halswirbelsäule (April 2010)
- klinisch ohne radikuläre Zeichen

Dr. A. \_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer ausgedehnte Schmerzen angebe. In der Dolorimetrie seien sämtliche (18 der 18) Tender Points

pathologisch wie auch alle (8 von 8) Kontrollpunkte. Sehr sanfte BerÄ¼hrungen seien bereits als schmerzhaft angegeben worden. Eine Fibromyalgie bestehe definitionsgemÄ¼ss nicht, wenn die Mehrheit der Kontrollpunkte pathologisch sei (S. 31 Ziff. 8). Der BeschwerdefÄ¼hrer kÄ¼nne die angestammte TÄ¼tigkeit als Medikamententransporteur zu 100 % ausÄ¼ben. Auch als Maler oder Druckereiangestellter kÄ¼nne er zu 100 % arbeiten. Aus rheumatologischer Sicht sei er nie langfristig arbeitsunfÄ¼hig gewesen (S. 32 Ziff. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Stellungnahme zu frÄ¼heren Ä¼rztlichen EinschÄ¼tzungen Ä¼sserte sich Dr. A. \_\_\_ zum Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom August 2002. Dieser habe ein Fibromyalgie-Syndrom bei 18 von 18 pathologischen Tender Points diagnostiziert. Unklar sei, ob die Mehrheit der Kontrollpunkte bei seiner Diagnosestellung nicht pathologisch gewesen sei, da Dr. E. \_\_\_ keine Angaben dazu mache. Falls die Mehrheit der Kontrollpunkte damals ebenfalls pathologisch gewesen sei, hÄ¼tte dies die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms ausgeschlossen. Im Ä¼brigen stimme ihre klinische Beurteilung im Wesentlichen mit derjenigen von Dr. E. \_\_\_ Ä¼berein. Des Weiteren nahm Dr. A. \_\_\_ Stellung zum Bericht der RehaClinic G. \_\_\_ vom April 2003, in welchem ebenfalls ein Fibromyalgie-Syndrom festgestellt wurde. Sie hielt fest, dass erneut in der klinischen Untersuchung nicht zwischen Tender Points der Fibromyalgie und Kontrollpunkten unterschieden worden sei. Unklar sei auch, weshalb der BeschwerdefÄ¼hrer damals ohne wesentliche pathologische Befunde in der angestammten TÄ¼tigkeit als Maler als nicht mehr arbeitsfÄ¼hig eingestuft worden sei. Es scheine, dass die subjektiven Klagen des BeschwerdefÄ¼hrers ungefiltert Ä¼bernommen worden seien, obwohl sie nicht hÄ¼tten objektiviert werden kÄ¼nnen (S. 34 Ziff. 10.4).

4.8 Ä Ä Ä Ä Dr. B. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ erstatteten am 5. November 2010 ein psychiatrisches Gutachten mit interdisziplinÄ¼rer Zusammenfassung (Urk. 8/111). Darin wurden weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit genannt (S. 8 Ziff. 9.1.1). Aus psychiatrischer Sicht wurde als Diagnose ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÄ¼higkeit eine intermittierende AnpassungsstÄ¼rung mit Sorgen, Anspannungen, Ä¼ngsten und StimmungseinbrÄ¼chen angegeben (S. 7 Ziff. 5.2). Der BeschwerdefÄ¼hrer habe eine ambulante psychiatrische Behandlung seit drei bis vier Jahren nicht mehr in Anspruch genommen und deshalb kÄ¼nne von einer Stabilisierung seines psychischen Zustandes unter niedrig dosierten Psychopharmaka ausgegangen werden (S. 7 Ziff. 6). Insgesamt wurde dem BeschwerdefÄ¼hrer sowohl in der bisherigen als auch in anderen (adaptierten) TÄ¼tigkeiten eine 100%ige ArbeitsfÄ¼higkeit attestiert. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei weder aus psychiatrischer noch aus rheumatologischer Sicht langfristig arbeitsunfÄ¼hig gewesen (S. 8 f. Ziff. 9.2).

4.9 Ä Ä Ä Ä Dr. F. \_\_\_ fÄ¼hrte in seiner Stellungnahme vom 29. August 2011 (Urk. 3/1) aus, dass - nach seinen Erkundigungen bei FachÄ¼rzten fÄ¼r Rheumatologie - vor etwa zehn Jahren die Diagnose einer Fibromyalgie noch nicht so stark auf Ä¼guide linesÄ¼ ausgerichtet gewesen sei. Es sei Ä¼blich gewesen, dass sowohl Tender Points als auch Kontrollpunkte nicht ausfÄ¼hrlich beschrieben worden seien. Des Weiteren seien im Bericht der RehaClinic G. \_\_\_ von 18 Tender Points 12 als positiv beschrieben und daneben negative Kontrollpunkte (anscheinend alle) erwÄ¼hnt worden. Die Aussage der Gutachterin sei diesbezÄ¼glich Ä¼berhaupt nicht nachvollziehbar.

5.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. N., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 20. Januar 2011 (Urk. 8/115 S. 4 f.). Dieser hielt fest, dass aufgrund des bidisziplinären Gutachtens von Dr. A. und Dr. B. klar geworden sei, dass die im August 2002 festgestellte Fibromyalgie gemäss internationalen Kriterien gar nie vorhanden gewesen sei. In keinem der früheren Berichte sei erwähnt worden, ob die für die korrekte Diagnosestellung wichtigen Kontrollpunkte getestet worden seien, weshalb die Diagnose der Fibromyalgie als falsch zu bezeichnen sei (S. 5). Die Beschwerdegegnerin machte geltend, dass die früher erfolgte Invaliditätsbemessung allein schon aufgrund dieser Tatsache auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruhe, weswegen kein vernünftiger Zweifel daran möglich sei, dass sich die frühere Verfügung als zweifellos unrichtig erweise und in Wiedererwägung zu ziehen sei (Urk. 2 S. 2 Mitte).

5.2. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprache darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_207/2011 vom 24. Juni 2011 E. 2.2 mit Hinweisen).

5.3. Die ursprüngliche Verfügung vom 17. September 2004 ist formell rechtskräftig und bildete nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung, weshalb eine Wiedererwägung grundsätzlich in Betracht kommt (vgl. E. 1.2).

Soweit die Beschwerdegegnerin die Diagnose der Fibromyalgie gestützt auf das aktuelle Gutachten von Dr. A. als falsch bezeichnete, vermag dies nicht zu überzeugen. So diagnostizierte der Rheumatologe Dr. E. im August 2002 eine Fibromyalgie bei 18 von 18 positiven Fibromyalgiepunkten. Die Diagnose eines Fibromyalgie-Syndroms wurde im April 2003 auch durch die Fachärzte der RehaClinic G. bestätigt. Diese gaben an, dass 12 von 18 für die Fibromyalgie typischen Tender Points positiv seien, bei negativen Kontrollpunkten. Schliesslich wurde die Diagnose der Fibromyalgie auch im Rahmen der beruflichen Abklärung, an welcher unter anderem ein Rheumatologe beteiligt war, nicht in Frage gestellt (vgl. Urk. 8/24). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, dass sich die Diagnose des Fibromyalgie-Syndroms als offensichtlich unrichtig erweise.

Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit handelt es sich um einen Entscheid mit Ermessenszügen (vgl. E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Rentenzusprache im September 2004 insbesondere auf die umfassende stationäre berufliche Abklärung in H., an welcher ein Facharzt für Rheumatologie beteiligt war, sowie das anschliessende 6-monatige Arbeitstraining im Arbeitszentrum I.. Aber

auch Dr. F.\_\_\_\_, der Hausarzt des Beschwerdeführers, ging im damals aktuellsten Bericht vom Juni 2004 von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Die Annahme einer lediglich 50%igen Leistungsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit erscheint zwar angesichts der damals vorliegenden Befunde sowie der Beurteilungen durch Dr. E.\_\_\_\_ sowie die Fachärzte der RehaClinic G.\_\_\_\_ als diskutabel, aber dennoch als vertretbar. Von einer zweifellosen Unrichtigkeit, welche gestützt auf Art. 53 Abs. 2 ATSG eine Wiedererwägung ermöglichen würde, kann somit nicht gesprochen werden.

Das spätere Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ bildet keinen Grund für eine Abänderung der ursprünglichen Rentenverfugung wegen zweifelloser Unrichtigkeit. Denn die Voraussetzungen der Wiedererwägung sind nach der Aktenlage zu beurteilen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der Verfugung vom 17. September 2004 dargeboten hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_144/2011 vom 10. Mai 2011 E. 4.1).

5.4 Eine revisionsweise Aufhebung der Rente gestützt auf Art. 17 Abs. 1 ATSG ist ebenfalls nicht möglich, da aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. So ist dem Bericht der Ärzte des D.\_\_\_\_ vom Juli 2010 zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zu den Vorbefunden (2001-2003) nicht verbessert hat. Zudem ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_, dass ihre klinische Beurteilung - mit Ausnahme der Diagnose der Fibromyalgie - im Wesentlichen mit derjenigen von Dr. E.\_\_\_\_ übereinstimmt. Ein Revisionsgrund wurde schliesslich auch von der Beschwerdegegnerin nicht geltend gemacht.

5.5 Zusammenfassend ist die angefochtene Verfugung demnach mangels Vorliegens der Voraussetzungen für eine Wiedererwägung (und auch für eine Rentenrevision) aufzuheben, mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat.

6. In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfugung vom 16. August 2011 (Urk. 2) somit aufzuheben, und es ist festzustellen, dass weiterhin ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente besteht.

7. Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

8. Bei diesem Ausgang steht dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 170.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfugung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. August 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Oskar Gysler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- AXA Stiftung Berufliche Vorsorge

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.