

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01146 vom 30. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01146

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01146 du 30 avril 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01146 del 30 aprile 2013

Erwägungen

E. 3

3.1???? Die IV-Stelle hatte die dem Beschwerdef?hrer urspr?nglich mit Verf?gung vom 6. Dezember 2007 (Urk. 13/33) zugesprochene Dreiviertelsrente mit der Revisionsverf?gung vom 3. Juli 2009 aufgehoben. Wegen der darin entzogenen aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (Urk. 13/66) und der Aufhebung dieser Verf?gung mit dem R?ckweisungsurteil des Sozialversicherungsgerichts vom 28. Januar 2011 (Urk. 13/78 S. 10) wirkte die Einstellung der Leistungen wie in der Verf?gung vermerkt (Urk. 13/66 S. 2) ab 1. September 2009 (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV; vgl. zum Fortbestehen des Entzugs der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde bei R?ckweisung der Sache an die Verwaltung bis zum Erlass der neuen Verwaltungsverf?gung BGE 129 V 370 sowie das neuere Urteil des Bundesgerichts 8C_567/2011 vom 3. Januar 2012, E. 3.2).

???????? Das Sozialversicherungsgericht erwog im Urteil vom 28. Januar 2011, Dr. A.____ habe in seinem rheumatologischen Gutachten vom 16. Dezember 2008 mit Blick auf MRI-Bilder vom 6. Oktober 2006 das Vorliegen einer eindeutigen Neurokompression auf H?he L4/5 verneint. Der dieser Beurteilung widersprechenden Interpretation von MRI-Bildern vom 28. Juli 2009 durch den Radiologen Dr. med. D.____ sei indes ein gr?sseres Gewicht beizumessen. Deshalb k?nne auf die Beurteilung der von der Diskushernie L4/5 ausgehenden Beschwerden durch den rheumatologischen Gutachter nicht abgestellt werden. Der Empfehlung des Hausarztes folgend dr?nge sich in dieser Situation eine fach?rztlich-neurologische Begutachtung des Beschwerdef?hrers zur Objektivierung der Auswirkungen der Nervenwurzelkompression auf. Die Sache sei hierzu - in Aufhebung der angefochtenen Verf?gung - an die IV-Stelle zur?ckzuweisen (Urk. 13/78 S. 8 f.).

???????? Nachdem die IV-Stelle ihre Akten in Nachachtung des Urteils vom 28. Januar 2011 mit der neurologischen Expertise von Dr. B.____ vom 16. Juni 2011 erg?nzt hatte, hielt sie mit der angefochtenen Verf?gung vom 26. September 2011 im Ergebnis an der Rentenaufhebung mit Wirkung ab 1. September 2009 fest (Urk. 2). Strittig ist im vorliegenden Verfahren weiterhin, ob die Aufhebung der Dreiviertelsrente rechtens ist. Gest?tzt auf die erg?nzten medizinischen Akten ist deshalb erneut zu pr?fen, ob seit Erlass der Verf?gung vom 6. Dezember 2007 eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. E. 1.2).

3.2???? Die urspr?ngliche Rentenverf?gung vom 6. Dezember 2007 basierte auf folgenden medizinischen Berichten (vgl. Urk. 13/25):

???????? Auf MRI-Bildern vom 6. Oktober 2006 wurden eine mediane subligament?re Diskushernie L3/4 ohne sicheren Nachweis einer radikul?ren Kompression bei relativ

engem Spinalkanal infolge leichter Spondylarthrosis und Hypertrophie der Ligamenta flava sowie eine medio-linkslaterale Diskushernie L4/5 mit deutlicher Rezessus-beziehungsweise L5-Alteration links sichtbar (Urk. 13/3 S. 8).

??????? Im Austrittsbericht der E. ___ vom 9. Januar 2007, wo der Beschwerdeführer vom 5. bis 30. Dezember 2006 zur stationären Rehabilitation hospitalisiert war, wurde ein lumboradikuläres Reiz- und sensorisches Ausfallsyndrom L5 (S1) links bei den auf den MRI-Bildern vom 6. Oktober 2006 festgestellten Befunden sowie einer klinisch erhobenen Hypästhesie über dem Segment L5/S1 links und einer abgeschwächten Kraft im Grosszehenheber links von M4 diagnostiziert. Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer bei Klinikaustritt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 5. Januar 2007 und empfahlen anschliessend einen beruflichen Wiedereinstieg anfänglich im Rahmen eines 50%igen Beschäftigungspensums, wobei das Heben von Lasten über 12,5 kg zu meiden sei (Urk. 13/3 S. 9 f., Urk. 13/9).

??????? Die Ärzte der Abteilung Neurochirurgie des C. ___ untersuchten den Beschwerdeführer am 27. März 2007 und diagnostizierten in ihrem Bericht vom 29. März 2007 ein Wurzelkompressionssyndrom L5 links bei Diskushernie L4/5 links. Ihre Untersuchung ergab ein deutliches Lokalsyndrom mit paralumbalem Muskelhartspann beidseits sowie Klopf- und Druckschmerz im Bereich der gesamten Lendenwirbelsäule. Zusätzlich stellten sie ebenfalls eine Grosszehenheberschwäche links fest. Der Achillessehnenreflex war nicht auslösbar, der Lasègue links bei 45° positiv, rechts bei 60° pseudopositiv. Die klinischen Beschwerden liessen sich nach Ansicht der Ärzte sehr gut mit dem MRI-Befund vom 6. Oktober 2007 (richtig: 2006) erklären, welcher eine Diskushernie L4/5 links mit Kompression der Wurzel L5 links zeige. Im darüberliegenden Segment L3/L4 bestehe eine Spondylose mit engem Spinalkanal (Urk. 13/3 S. 13 f.).

??????? Der Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. F. ___ erwähnte in seinem Bericht vom 28. August 2007 bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumboradikuläres Syndrom L5 links bei Diskushernie L4/5 links. Laut Dr. F. ___ bestand in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. Der Gesundheitszustand sei stationär, trotz frühzeitiger Intervention sei es zur Chronifizierung der Beschwerden gekommen, die Prognose erscheine auf lange Frist ungünstig. Zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit konnte Dr. F. ___ keine Angaben machen (Urk. 13/24 S. 2 ff.).

??????? Gestützt auf diese Berichte hielt es Dr. med. G. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie vom RAD, in seinen Stellungnahmen vom 14. Mai sowie 31. August 2007 für erwiesen, dass der Beschwerdeführer seit 20. September 2006 in der bisherigen Tätigkeit vollstündig arbeitsunfähig sei und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein Arbeitspensum von 50 % bewältigen könne (Urk. 13/25 S. 2 ff.).

3.3.???

3.3.1?? Im Revisionsverfahren gab die IV-Stelle beim Rheumatologen Dr. A. ___ ein Gutachten in Auftrag. Dr. A. ___ ging in seinem rheumatologischen Gutachten vom 16. Dezember 2008 davon aus, dass sich die gesundheitliche Situation unter alleiniger Berücksichtigung der objektiven Befunde inzwischen verbessert habe. Zwar könne die auf den MRI-Bildern vom 6. Oktober 2006 sichtbar gewordene Diskushernie auf Höhe L4/5 mit Kontakt zur Wurzel L5 links durchaus für die passager bestehende Radikulopathie L5 links verantwortlich gewesen sein. Auf diesen Bildern könne er aber keine eindeutige

Neurokompression erkennen. Objektivieren k?nne er heute noch einzelne Myogelosen tieflumbal sowie eine lumbale Bewegungseinschr?nkung von einem Drittel. Auf den angefertigten aktuellen R?ntgenbildern seien station?re degenerative Befunde im Bereich der Lendenwirbels?ule zur Darstellung gelangt, welche nicht zwingend symptomatisch sein m?ssten. Anamnestisch und klinisch habe er keine Hinweise mehr f?r ein radikul?res Reiz- oder Ausfallsyndrom, f?r einen symptomatisch engen Spinalkanal, f?r einen Nervendehnungsschmerz oder f?r eine Irritation/Kompression des Gef?ss-Nervenb?ndels gefunden. Insbesondere habe er keine Parese der vom Myotom L5 oder S1 versorgten Muskelgruppen objektivieren k?nnen. Es entspreche Erfahrungswerten, dass sich eine radikul?re Reiz- und Ausfallkomponente auch wieder spontan zur?ckbilden k?nne. In diagnostischer Hinsicht k?nne aufgrund der Untersuchungsbefunde nur noch von einem lumbalbetonten Panvertebralsyndrom ausgegangen werden. Die vom Beschwerdef?hrer geschilderten anhaltenden therapierefrakt?ren Schmerzen seien bez?glich Umfang und Intensit?t h?chstens partiell mit objektivierbaren pathologischen Befunden erkl?rbar. Angesichts der in der klinischen Untersuchung nachweisbaren f?nf Waddel-Zeichen sei davon auszugehen, dass im Jahr 2007 eine Schmerzausweitung hinzugetreten sei. F?r k?rperlich leicht bis m?ssiggradig belastende Verweist?tigkeiten in einem temperierten Raum mit der M?glichkeit zur Wechselbelastung und ohne repetitives Bewegen von Gewichten ?ber 10 kg k?nne derzeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit mehr attestiert werden (Urk. 13/43 S. 6 ff.).

???????? Am 28. Juli 2009 wurden wegen einer Schmerzexazerbation erneut MRI-Bilder der Lendenwirbels?ule angefertigt. Der Radiologe Dr. ?D. ___ gelangte zum Schluss, dass sich auf den Bildern - unver?ndert zur Voruntersuchung vom 6. Oktober 2006 - eine links paramediane teilweise intrarezessale Diskushernie auf H?he L4/5 mit Kompression von L5 links sowie eine mediane Diskushernie L3/L4 ohne Nachweis einer radikul?ren Kompression bei bereits bekannter degenerativ verursachter relativer Spinalkanalstenose auf gleicher H?he nachweisen lasse (Urk. 13/70 S. 18). Der Hausarzt Dr. F. ___ f?hrte in seinem Verlaufsbericht vom 17. August 2009 aus, die neusten MRI-Bilder seien wegen einer Zunahme der Schmerzen im linken Bein mit Schw?che des Grosszehenhebers angefertigt worden. Aufgrund der objektivierbaren Befunde habe sich das Krankheitsbild im Vergleich zu 2006 nicht ver?ndert. Seines Erachtens k?nnte eine neurologische Untersuchung zwecks Objektivierung der Nervenwurzelkompression f?r die Versicherungen von Nutzen sein (Urk. 13/70 S. 17).

3.3.2?? Dem von der IV-Stelle aufgrund der Anweisungen des hiesigen Gerichts im Urteil vom 28. Januar 2011 eingeholten neurologischen Gutachten von Dr. B. ___ vom 16. Juni 2011 ist zu entnehmen, dass die Neurologin die medizinischen Vorakten studierte, den Beschwerdef?hrer am 12. Mai 2011 klinisch und elektrophysiologisch untersuchte und gleichentags mit dem Hausarzt Dr. F. ___ telefonierte. Ebenfalls am 12. Mai 2011 liess sie MRI-Bilder der Lendenwirbels?ule anfertigen (Urk. 13/87 S. 1 ff.; vgl. auch Urk. 13/86).

???????? Die klinische Untersuchung ergab symmetrisch lebhaftige Muskeleigenreflexe bei allseits unauff?lligem Tonus, eine Hypotrophie der Grosszehenheber beidseits, linksbetont, ohne objektivierbare funktionelle Ausf?lle und widerspr?chliche (oberfl?chen- und tiefen-)sensible St?rungen, die keinem Dermatome entsprachen. Bei der Pr?fung der Wirbels?ule zeigte sich eine gut entwickelte paravertebrale Muskulatur ohne pathologischen Hartspann. Der Las?gue-Test fiel bei Ablenkung des Beschwerdef?hrers negativ aus. Der Beschwerdef?hrer gab eine diffuse Druckdolenz ?ber der ganzen

Wirbels?ule an. Die Gutachterin gelangte zum Schluss, dass die R?ckenmobilit?t nicht glaubw?rdig eingeschr?nkt sei. Die Elektro-Neurographie ergab keine Zeichen einer Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeiten oder Antwortverminderung der von L4 und L5 abh?ngigen Nerven bei symmetrischen Resultaten rechts und links. Die Nadel-Myographie ergab ausser einem minimalen Rekrutierungsdefizit im Musculus extensor digitorum brevis links normale elektrophysiologische Befunde in den von L4 und L5 innervierten Leitmuskeln. Auf den MRI-Bildern der Lendenwirbels?ule vom 12. Mai 2011 zeigte sich verglichen mit der Voruntersuchung vom 28. Juli 2009 ein station?rer Befund (Urk. 13/87 S. 8 ff.).

???????? In der abschliessenden Beurteilung f?hrte Dr. B. ___ aus, 2006/7 habe zweifellos ein radikul?res Reiz- und Ausfallsyndrom vorgelegen. Entscheidend f?r diese Diagnose seien nicht die neuroradiologischen Befunde gewesen, da diese eine Nervenkompression lediglich vermuten liessen. Retrospektiv sei vielmehr der damals von den Neurochirurgen erhobene und aktenm?ssig dokumentierte klinische Status ausschlaggebend; mit der beschriebenen territorialen Schmerzausbreitung und dem entsprechenden sensomotorischen Ausfall habe n?mlich ein anatomisches, mit der Bildgebung korrelierendes Substrat vorgelegen. Die damalige konservative Behandlung erscheine retrospektiv betrachtet als angemessen. Klassischerweise sei der nat?rliche Verlauf bei solchen Massnahmen innerhalb von Wochen oder weniger Monate erfolgreich. Die aktuell vom Beschwerdef?hrer ge?usserten Beschwerden wichen erheblich von denen ab, die er 2006/7 beschrieben habe. Im Vordergrund st?nden diffuse Schmerzen ?ber der ganzen Wirbels?ule, welche in ihrer Charakteristik atypisch f?r eine Nervenwurzelkompression seien. Im Widerspruch zu den Schmerzangaben sei die Wirbels?ule unauff?llig und weise eine gut entwickelte paravertebrale Muskulatur ohne Hartspann oder Schonhaltung auf. Der Beschwerdef?hrer habe sich unbeobachtet frei bewegt und locker geb?ckelt beim An- und Auskleiden. Die symmetrische Fusssohlenbeschwellung belege eine symmetrische Belastung und der kr?ftige Muskelstatus spreche f?r regelm?ssige Aktivit?t. Die ausschliesslich minimale linksbetonte Hypotrophie des kurzen Zehenhebers sei residuell und gehe nicht mit sonstigen Atrophien, Umfangsdifferenzen oder einem positiven Las?gue-Test einher. Aufgrund der Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und dem weitgehend unauff?lligen Befund sei die elektrophysiologische Untersuchung erfolgt, um damit eine allf?llige Persistenz einer Wurzelkompression objektivieren zu k?nnen. Dabei habe aber lediglich ein minimales Aktivierungsdefizit des Musculus extensor digitorum brevis festgestellt werden k?nnen, welches ?lteren Datums sei, ohne akute Denervation einhergehe und dem residuellen Befund nach Wurzelkompression mit aktenkundig durchgemachter Grosszehenheberschw?che 2006/7 entspreche. Die weiteren Resultate erg?ben keine Hinweise f?r eine persistierende Nervenkompression auf H?he L4/L5 und L5/S1 links. Eine funktionelle Einschr?nkung resultiere deshalb, wie sich bereits klinisch habe vermuten lassen, nicht. Somit entspreche der vom Rheumatologen Dr. A. ___ anl?sslich seiner gutachterlichen Untersuchung erhobene Status dem neurologisch und elektrophysiologisch objektivierten Bild. F?r die auf den aktuellsten MRI-Bildern sichtbar gewordenen Diskushernien bestehe klinisch kein Korrelat. Zeichen eines radikul?ren Reiz- oder Ausfallsyndroms fehlten. Die Diskushernien seien asymptomatisch, was h?ufig vorkomme. Die subjektiven Angaben des Beschwerdef?hrers m?ssten insgesamt als wenig plausibel eingestuft werden. Damit k?nne von einem nat?rlichen, komplikationslosen Verlauf unter konservativer Therapie der urspr?nglichen Nervenwurzelkompression ausgegangen werden. Es liege eine objektivierbare Verbesserung des Gesundheitszustandes

vor. Dagegen könne nicht die Rede sein von einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhaltes?. In diagnostischer Hinsicht sei von einem Status nach Nervenwurzelkompression L5 links 2006/7 bei neuroradiologisch nachgewiesener Diskushernie auszugehen, welcher aktuell klinisch und elektrophysiologisch stumm sei. Diese Diagnose wirke sich, wie bereits vom Rheumatologen Dr. A.____ festgestellt, insofern auf die Arbeitsfähigkeit aus, als dass dem Beschwerdeführer die weitere Ausübung der bisherigen schweren Tätigkeit nicht zumutbar sei, ihm aber eine wechselbelastende Tätigkeit mit gelegentlichem Heben von Gewichten bis 10-15 kg zu 100 % zugemutet werden könne. Das klinische Bild entspreche den Befunden, die anlässlich der Untersuchung vom 10. Dezember 2008 durch Dr. A.____ erhoben worden seien, weshalb die attestierte Arbeitsfähigkeit ab diesem Datum gelte (Urk. 13/87 S. 12 ff.).

E. 4

4.1???? Die Beschwerdeführerin bestreitet die Beweiskraft des neurologischen Gutachtens von Dr. B.____.

???????? Hierzu ist zunächst grundsätzlich festzuhalten, dass die Expertise gestützt auf umfassende neurologische Untersuchungen erfolgte. Die Gutachterin liess sich von der IV-Stelle den bei den zugestellten medizinischen Akten fehlenden MRI-Befund vom 28. Juli 2009 sowie CT-Bilder vom 4. August 2009 nachreichen und führte mit dem Hausarzt Dr. F.____ am 12. Mai 2011 ein Telefongespräch (Urk. 13/87 S. 7). Ergänzend zu ihren eigenen klinischen und neurophysiologischen Untersuchungen veranlasste sie eine weitere MRI-Untersuchung vom 12. Mai 2011 (Urk. 13/86) und ersuchte wegen der umfangreichen Abklärungen um ein höheres Honorar (Urk. 13/85 S. 2). Diese Umstände sprechen für eine sorgfältige Befundaufnahme durch die neurologische Gutachterin (Urk. 13/87 S. 7). Weder aufgrund der Vorbringen des Beschwerdeführers noch der Akten ergeben sich ferner Hinweise dafür, dass die Gutachterin dem Beschwerdeführer gegenüber befangen gewesen wäre oder sich während der Untersuchung auf irgendeine Art ungebührlich verhalten hätte. Schliesslich enthält das Gutachten auch nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen.

???????? Was der Beschwerdeführer dagegen einwendet, überzeugt nicht. Seine Behauptung, die von Dr. B.____ im Gutachten aufgeführten Nervenleitgeschwindigkeiten könnten nicht korrekt sein, da sie sowohl bei motorischen als auch bei sensiblen Impulsen absolut gleich gewesen seien (vgl. Urk. 13/87 S. 11), stützt sich weder auf eine konkrete ärztliche Stellungnahme noch auf medizinische Literatur. Sie ist daher nicht geeignet, erhebliche Zweifel hinsichtlich der Korrektheit der im Gutachten aufgeführten Befunde zu wecken. Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf einen dem Internet entnommenen Text geltend macht, die von der neurologischen Gutachterin gemessenen Werte für den Nervus peroneus und den Nervus suralis (Nervenleitgeschwindigkeiten von jeweils 40 m/s sowie Summenpotentiale von 1 und 2 mV respektive 5 sowie 4-6 µV; Urk. 13/87 S. 11) seien mindestens grenzwertig (vgl. Urk. 3/4), ist ihm zu entgegnen, dass aus einem grenzwertigen Befund noch nicht zwingend auf eine Pathologie geschlossen werden kann und für die Einordnung solcher Befunde eben gerade eine umfassende, auch die klinischen Untersuchungsbefunde und die Begleitumstände der Untersuchung mitberücksichtigende fachärztliche Beurteilung vonnöten ist. Der vom Beschwerdeführer eingereichte Text aus dem Internet (Urk. 3/4) vermag eine solche Beurteilung nicht zu ersetzen. Das hiesige Gericht hat in einem ähnlichen Fall bereits festgehalten, dass eine Nervenleitgeschwindigkeit von 40 m/s des Nervus suralis gemäss neuerer Literatur durchaus noch in der Norm liege und bei der Interpretation solcher Werte berücksichtigt

werden müsste, dass die Nervenleitgeschwindigkeit zusätzlich von verschiedenen Faktoren wie Alter, Raumtemperatur, Körpergröße und Körpergewicht abhängig sei (Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2003.0035 vom 8. Dezember 2003 E. 4.2-3). Soweit der Beschwerdeführer rügt, der Befund der Nadel-Myographie sei nicht überprüfbar, weil die bei diesem Test notwendigerweise erstellten Aufzeichnungen dem Gutachten nicht beigelegt worden seien, ist ihm zu entgegnen, dass keine begründeten Verdachtsmomente dafür bestehen, dass Dr. B.____ die Untersuchungsbefunde der Nadel-Myographie im Gutachten unzutreffend wiedergegeben hätte. Jedenfalls ist die Behauptung des Beschwerdeführers, der im Gutachten festgehaltene Befund eines lediglich leichten Aktivierungsdefizits beim Musculus extensor digitorum brevis links habe keineswegs seiner Wahrnehmung anlässlich des Tests entsprochen, als bloße subjektive Wahrnehmung eines medizinischen Laien nicht geeignet, die im Gutachten festgehaltenen Befunde und deren fachärztliche Beurteilung in Frage zu stellen.

??????? Aus dem Gesagten folgt, dass die neurologische Expertise von Dr. B.____ vom 16. Juni 2011 beweiskräftig ist und dass deshalb darauf abgestellt werden kann (vgl. E. 1.3).

4.2???? Aufgrund der wiedergegebenen medizinischen Akten steht nun fest, dass sich die bildgebenden Befunde in der Lendenwirbelsäule seit Erlass der ursprünglichen Rentenverfugung vom 6. Dezember 2007 nicht wesentlich verändert haben. Hingegen waren gemäss der überzeugenden neurologischen Beurteilung von Dr. B.____ die klinischen Befunde, welche ursprünglich zur Diagnose eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyndroms geführt hatten, nach Einleitung des Revisionsverfahrens nicht mehr vorhanden, so dass diese Diagnose von den Dres. A.____ und B.____ in ihren Expertisen vom 16. Dezember 2008 sowie vom 16. Juni 2011 aus rheumatologischer und neurologischer Sicht nicht mehr gestellt werden konnte und diese Ärzte von asymptomatischen Diskushernien ausgehen konnten. Insbesondere lässt sich die Vermutung, nach der Begutachtung durch Dr. A.____ sei eine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten - was zur MRI-Untersuchung vom 28. Juli 2009 führte (Urk. 13/70 S. 17 f.) -, aufgrund der Untersuchungsbefunde von Dr. B.____ nicht bestätigen.

??????? Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers reichen die vorliegenden fachärztlich-rheumatologischen und -neurologischen Gutachten zur Beurteilung seiner Beschwerden aus. Bei der von ihm angeführten orthopädisch-chirurgischen Beurteilung vom 31. August 2007 handelt es sich lediglich um eine Aktenbeurteilung und nicht um eine direkte und persönliche Befundaufnahme durch den RAD-Arzt Dr. G.____ (Urk. 13/25 S. 2 ff.). Da die von Dr. G.____ gewordigten Akten in der Folge auch Grundlage der Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ bildeten, besteht kein Anlass für die vom Beschwerdeführer beantragte zusätzliche orthopädisch-chirurgische Abklärung.

??????? Nach dem Gesagten ist eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Da zudem kein Grund besteht, von der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die beiden Gutachter abzuweichen, kann gestützt auf ihre Expertisen davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer ab dem 10. Dezember 2008 und mindestens bis zum Erlass der angefochtenen Verfugung für körperlich leicht bis mässiggradig belastende Verweistigkeiten in einem temperierten Raum mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung und ohne repetitives Bewegen von Gewichten über 10 kg zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 13/43 S. 10, Urk. 13/87 S. 17 ff.).

??????? Der Beschwerdeführer kann auch aus dem Bericht des C.____ vom 1. November 2011, wonach er dort ab 28. Oktober 2011 wegen einer deutlichen Verstärkung der Symptomatik in der Lendenwirbelsäule hospitalisiert war, nichts zu seinen Gunsten ableiten (Urk. 9). Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes wäre mit diesem Bericht nämlich erst seit Oktober 2011 dokumentiert, nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2011 und mithin ausserhalb des für das Gericht relevanten Beurteilungszeitraums.

5.????? Der von der IV-Stelle unter Berücksichtigung der ab dem 10. Dezember 2008 geltenden medizinisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgenommene Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von 19 %, welcher keinen Rentenanspruch mehr begründet (Urk. 2, Urk. 13/18, Urk. 13/47, Urk. 13/89; vgl. auch E. 3.1). Dieser Einkommensvergleich wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet, zumal die IV-Stelle beim Invalideneinkommen einen leidensbedingten Abzug von 15 % vom Lohn für Hilfsarbeiten gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik berücksichtigte (Urk. 13/47 S. 2). Es kann darauf abgestellt werden.

6.????? Wie vorstehend in E. 3.1 dargelegt wurde, hat das Sozialversicherungsgericht die Revisionsverfügung vom 3. Juli 2009, mit welcher die ursprünglich zugesprochene Dreiviertelsrente aufgehoben wurde, mit dem Rückweisungsurteil vom 28. Januar 2011 aufgehoben. Die in Nachachtung der gerichtlichen Anweisungen ergangene, im vorliegenden Verfahren angefochtene Verfügung vom 26. September 2011 erging mithin als Ersatz für die Revisionsverfügung vom 3. Juli 2009. Mit dieser hatte die Beschwerdegegnerin die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats, mithin per 1. September 2009 aufgehoben. Dieser Entscheid erweist sich nach Durchführung der noch nötig gewesenem zusätzlichen Abklärungen als korrekt. Die IV-Stelle hat die Rentenaufhebung mit der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2011 zu Recht bestätigt. Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

7.?????

7.1???? Das Verfahren ist kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG); die Kosten des Verfahrens von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

7.2???? Die unentgeltliche Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, ist für ihre Aufwendungen in diesem Verfahren aufgrund der von ihr eingereichten Honorarnote (Urk. 16) mit Fr. 2'118.85 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

7.3???? Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er diesbezüglich laut § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt:

1.???????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer

hingewiesen.

3.???????? Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, Winterthur, wird mit Fr. 2118.85 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf ? 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

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

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