

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01249 vom 18. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01249

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01249 du 18 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01249 del 18 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

4. Juli 1999 bei der Y.____ und war dabei bei der Berner Allgemeine Versicherungs-Gesellschaft (heute: Allianz Suisse Versicherungs-Gesellschaft [Allianz]) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert, als er am 27. April 2000 tätlich angegriffen wurde. X.____

zog sich dabei eine Verletzung der rechten Schulter zu (Unfallmeldung UVG vom 8. Mai 2000, Urk. 7/19/3). Das Z.____ diagnostizierte eine Akromioklavikuläre Fraktur rechts und eine Fraktur des Glenoids (Arztzeugnis UVG vom 31. Mai 2000, Urk. 7/19/35).

Der Unfallversicherer erbrachte bis am 14. Januar 2001 Taggeldleistungen und kam bis zum vorläufigen Behandlungsabschluss per 5. März 2001 für die Heilbehandlungskosten auf (Schreiben der Allianz vom 20. April 2004, Urk. 7/39/51-55).

Am 15. August 2003 musste sich X.____ wegen progredienter Beschwerden einer Schulteroperation unterziehen, bei der das Osteosynthese-Material am vorderen Glenoidrand rechts entfernt wurde (Operationsbericht, Urk. 7/39/59). Die Allianz erbrachte erneut Heilbehandlungskosten und Taggelder. Am 7. Januar 2004 meldete sich X.____ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6). Mit Verfügung vom 2. Juli 2004 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch von X.____ auf berufliche Massnahmen, da sich dieser selber aus gesundheitlichen Gründen nicht als arbeitsfähig erachte (Urk. 7/29). Nachdem die IV-Stelle X.____ durch die A.____ hatte abklären lassen (Schlussbericht vom 1. Februar 2005; Urk. 7/46), lehnte sie mit Verfügung vom 1. März 2005 (Urk. 7/59), bestätigt durch

Einspracheentscheid vom 16. Juni 2005 (Urk. 7/82) die Zusprechung einer Invalidenrente ab. Die von X.____ hiergegen am 19. August 2005 erhobene Beschwerde (Urk. 7/83/3-10) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 21. Dezember 2006 in dem Sinne gut, dass der angefochtene Entscheid aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit sie weitere medizinische Abklärungen vornimmt und hernach über den Leistungsanspruch ab April 2005 neu entscheidet (Urk. 7/89). Im Nachgang zu diesem Urteil gab die IV-Stelle bei der B.____ ein Gutachten in Auftrag, welches am 4. September 2008 erstattet wurde (Urk. 7/108). Am 4. November 2009 auferlegte die IV-Stelle X.____ im Sinne einer Schadensminderungspflicht, sich einer adäquaten Therapie des entzündlich veränderten Schultergelenks zu unterziehen (Urk. 7/112). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 4. November 2008, Urk. 7/114) sprach die IV-Stelle

X.____ mit Verfügung vom

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente hat oder ob kein Rentenanspruch mehr besteht.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 21. November 2011 durch Rechtsanwältin Dominique Chopard Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihm weiterhin eine Viertelsrente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2012 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 11), was dem Beschwerdeführer am 16. Januar 2012 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Bei der ursprünglichen Rentenzusprache ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Auslieferer nicht mehr ausüben könne, er in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aber zu 60 % arbeitsfähig sei. Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf das Gutachten der B.____ vom 4. September 2008 (Verfügungsteil 2, Urk. 7/120, Feststellungsblatt, Urk. 7/110, Gutachten, Urk. 7/108).

Die B.____ diagnostizierte in ihrem Gutachten vom 4. September 2008 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine septische und posttraumatische Omarthrose rechts bei (a) Zustand nach Glenoidfraktur und Akromionfraktur vom 2. Mai 2000, anschliessend multiple Operationen (initial Rekonstruktion, Osteosynthesematerialentfernung, mehrere Schulterarthroskopien mit Débridement, Bizepsstenotomie, Akromioplastik und Spülungen) und (b) glenohumeraler Dysfunktion und muskulärer Dysbalance (sekundär) und (2) ein chronisches zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom bei (a) pseudoradikulären Begleitsensationen und (b) muskulärer Dysbalance (sekundär bei Diagnose 1) und (3) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei (a) Flachrücken und leichter Wirbelsäulenfehlform, (b) muskulärer Dysbalance, (c) leichten Spondylarthrosen der LWS und (d) pseudoradikulären Begleitsensationen. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (1) eine posttraumatische Belastungsstörung und (2) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Urk. 7/108/20). Für eine geeignete Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht mindestens zu 60 % arbeitsfähig. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit setze sich zum einen aus einer Reduktion des zeitlichen Pensums von 20 % und zum anderen einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % zusammen. Relevant sei überwiegend die septische und posttraumatische Omarthrose rechts. Das Profil der Verweistätigkeit müsse Folgendes beinhalten: Die Belastungen für die obere Extremität und Hände sollten in Lendenhöhe höchstens leichte bis maximal kurzfristig schwere Belastungen beinhalten. Ab Brusthöhe, höchstens vorübergehend, leichte Belastungen und Arbeiten über Brusthöhe, respektive über Kopfhöhe, müssten konsequent gemieden werden. Prinzipiell sei die dauernde Belastung der rechten oberen Extremität zu minimieren, das heisst, das monotone Bedienen von Maschinen in Produktionen oder von Steuerungselementen oder ähnlichem mit der oberen Extremität sollte nicht konstant ausgeführt werden. Heben und Tragen von Lasten sei bis Lendenhöhe bis maximal 5 Kilogramm, bis Brusthöhe bis maximal 2 Kilogramm möglich. Die Exposition der oberen rechten Extremität für unvorhersehbare äussere Gewalt, resp. Belastungseinwirkungen sei strikt zu vermeiden. Arbeiten auf behelfsmässigen Arbeitsflächen seien nicht zumutbar. Zudem (aufgrund des chronischen zervikovertebralen und zervikospondylogenen Syndroms und des chronischen Lumbovertebralsyndroms) sei die individuelle Wahl von Wechselpositionen günstig, monotone kniende oder nach vorn gebeugte Tätigkeiten wie auch Tätigkeiten mit repetitiven Torsions- und Schwenkbewegungen mit dem Rumpf seien ungünstig (Urk. 7/108/22). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Auslieferungskraft für Kleinimbiß- und Backbetriebe könnten sie das Belastungsprofil nicht einschätzen (Urk. 7/108/21).

E. 2.2.1

Im aktuellen Revisionsverfahren nannte

C.____ mit Bericht vom 12. Februar /1 5. März 2010 (Urk. 7/141) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Omarthrose rechts bei Status nach Glenoidfraktur

im Jahr 2000, Osteosynthese, Gelenksinfektion etc. bestehend seit dem Jahr 2000, (2) ein chronisches zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom, bestehend seit etwa dem Jahr 2000 und (3) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), bestehend seit etwa dem Jahr 2000. Der Beschwerdeführer könne die angestammte Tätigkeit seit dem 27. April 2000 nicht mehr ausüben. Es seien ihm folgende Tätigkeiten möglich: eine rein sitzende während drei Stunden täglich mit 100%iger Leistungsfähigkeit, eine rein stehende und eine wechselbelastende während 4 Stunden täglich mit 80%iger Leistungsfähigkeit, eine vorwiegend im Gehen ausgeübte während 6 Stunden mit 100%iger Leistungsfähigkeit, Kauern während 2 Stunden mit 100%iger Leistungsfähigkeit, Knien während 2 Stunden mit 50%iger Leistungsfähigkeit, Heben/Tragen während 4 Stunden mit 50%iger Leistungsfähigkeit und Treppensteigen während 4 Stunden mit 100%iger Leistungsfähigkeit. Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Rotation im Sitzen/Stehen und Arbeiten auf Leitern/Gerüsten seien ihm nicht mehr zumutbar. Er könne Gewichte bis 5 Kilogramm heben. Konzentrationsvermögen, Auffassungsvermögen und Anpassungsfähigkeit seien uneingeschränkt. Die Belastbarkeit sei aufgrund der chronischen Schmerzen eingeschränkt. Diese Angaben gälten ab dem Jahr 2008.

E. 2.2.2

E.____ und D.____ diagnostizierten in ihren Gutachten vom 4. April 2011 (Urk. 7/157-158) aus psychiatrischer Sicht mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monophasen Depression, gegenwärtig leichtgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.9) bei Status nach Anpassungsstörung im Jahr 2008, bestehend seit etwa 2009 und (2) eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), aktuell geringe Symptomatik, bestehend seit mindestens 2008. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit mindestens 2004. Aus somatischer Sicht bestehe (1) eine Omarthrose rechts, (2) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der oberen und der unteren Wirbelsäule mit spondylogener Ausstrahlung, welches somatisch nicht ausreichend abstützbar sei, bei (a) diffuser Druckschmerzangabe, (b) im Januar 2011 elektrodiagnostisch diskrete Hinweise auf ein Sulcus - ulnaris -Syndrom links und auf eine Thoracic outlet -Komponente links und (c) Schlafstörungen, Müdigkeit und Bauchschmerzen, (3) anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom und (4) ein Verdacht auf eine subklinische Hypothyreose (Urk. 7/158 /10

und Urk. 7/157 /36). Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeiten zu 100 % eingeschränkt gewesen im Zeitraum vom 27. April 2000 bis Ende 2000, vom 15. August 2003 bis längstens November 2003, vom 14. Mai 2005 bis längstens Mitte August 2005, vom 4. bis 31. Dezember 2007 und vom 4. September 2008 bis längstens Ende November 2008. Neben diesen Einschränkungen bestehe für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur mit Auslieferung von Backprodukten seit dem Jahr 2004 eine Einschränkung von 10 % , für das Jahr 2005 von 20 % , für das Jahr 2006 von 30

% und seit 2008 von 50 % . Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt geleistet werden. Für eine angepasste Tätigkeit gälten die genannten 100%igen Arbeitsunfähigkeiten ebenfalls. Zudem bestehe für eine angepasste Tätigkeit seit dem Jahr 2007 eine 10%ige und seit dem Jahr 2008 eine 20%ige Einschränkung. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit das somatisch-rheumatologische Zumutbarkeitsprofil. Für eine angepasste Tätigkeit könne bis 2007 vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht und für die Jahre 2008 und 2009 vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht abgestellt werden und seit dem Jahr 2010 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % postuliert werden. Eine angepasste Tätigkeit sei in einem temperierten Raum auszuüben. Die Tätigkeit dürfe körperlich nur leichtgradig belastend sein und es müsse die Möglichkeit bestehen, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Vermieden werden sollten der repetitive Handeinsatz oberhalb der Augenhöhe, sofern der rechte Ellbogen nicht abgestützt werden könne, und Arbeiten, bei denen der rechte Arm Vibrationen ausgesetzt sei. Die Gewichtslimite für bis Brusthöhe zu bewegende Gewichte betrage 5 bis 7,5 Kilogramm und oberhalb der Brusthöhe bei beidseitigem Handeinsatz 4 bis 5 Kilogramm und bei rechtseitigem Handeinsatz 1 bis 2 Kilogramm. Das Schieben von Gestellen (mit Rollen) sei auch weiterhin zumutbar. Das Einhalten der Rückergonomie sei wünschenswert (Urk. 7/158 /20-22).

E. 2.2.3

F. ___ nannte mit Bericht vom 5. Juli 2011 (Urk. 7/171) als Diagnose (1) einen an der rechten Schulter durchgemachten low -grade Infekt mit Propionibacterium

acnes sowie Omarthrose bei (a) Status nach Glenoidfraktur , behandelt im Z. ___ mit Osteosynthese, (b) Status nach Metallentfernung und im Anschluss multiplen Operationen, (c) Status nach Schulterarthroskopie mit Synovektomie , Akromioplastik am 30. September 2005, (d) Status nach erneuter Schulterarthroskopie, subtotaler Synovektomie und multiplen Gelenksbiopsien am 18. Mai 2006, (e) Status nach Schulterarthroskopie und subtotaler Synovektomie rechts am 4. Dezember 2007 und (f) Status nach Schulterarthroskopie mit glenohumeraler

Synovektomie , subacromialer

Bursektomie und Entnahme von Gewebeproben Schulter rechts am 4. September 2008 und (2) ein cranio -zervikales Schmerzsyndrom bei Diskusprotrusion C6/7 sowie Einengung C5/6 rechts. Die Beurteilung der IV-Stelle respektive des Begutachters verstehe er nicht. Strukturell habe sich die rechte Schulter verschlechtert. Es sei eine mäßiggradige posttraumatische Arthrose entstanden. Der Beschwerdeführer gebe Schmerzen an, welche strukturell vollumfänglich erklärt werden könnten. Er könne den rechten Arm zwar knapp heben, aber in keiner Art und Weise belasten. In diesem Zustand erachte er ihn als Dreher überhaupt nicht arbeitsfähig und in einer angepassten Tätigkeit höchstens als zu 50 % , mit nur Durchführung von leichten Tätigkeiten, allenfalls administrativen Tätigkeiten ohne Heben von Gewichten repetitiv über 1 Kilogramm. 3.

E. 3

Nachdem die Allianz dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 17. Mai 2011 mitgeteilt hatte, dass sie bei der ursprünglichen Rentenzusprache

aufgrund eines Rechnungsfehlers fälschlicherweise von einem Invaliditätsgrad von 50 statt von 42 % ausgegangen sei und dass sie beabsichtige, die Rente auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 28 % beruhende Rente herabzusetzen, nahm sie die ange kündigte Herabsetzung mit Verfügung vom 12. September 2011 vor. Die vom Beschwerdeführer hiergegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 16. Januar 2012 insoweit gutgeheissen, als der Invaliditätsgrad auf 29 % festgesetzt wurde. Die vom Beschwerdeführer am 16. Februar 2012 dagegen erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (Prozess Nr. UV.2012.00044).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer rentenaufhebenden Verfügung vom 18. Oktober 2011 davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe und er nun in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Sie stützte sich dabei im Wesentlichen auf die Gutachten von D.____ und von E.____ vom 4. April 2011 (Urk. 2).

E. 3.2

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb). Vorliegend sind keine Indizien ersichtlich, welche gegen die Beweistauglichkeit der Gutachten von D.____ und E.____ vom 4. April 2011 sprechen. Die Gutachten erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Gutachten gestellt werden: Sie sind für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf eingehenden Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden, sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

Die Beweistauglichkeit der Gutachten wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Er wendet gegen die Aufhebung der Rente vielmehr ein, dass aus den Gutachten gar keine Verbesserung seines Gesundheitszustandes hervorgehe, sondern dass es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handle. Es komme jedoch hinzu, dass es für eine Feststellung einer Verbesserung des Gesundheitszustandes nicht genüge, wenn salopp, ohne eingehende Begründung, eine „summarische Verbesserung des Gesundheitszustandes“ festgehalten werde (Urk. 1 S. 7).

Es trifft zwar zu, dass die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch D.____ und E.____ von derjenigen der B.____

abweicht. Diese retrospektive Einschätzung ist revisionsrechtlich jedoch nicht entscheidend. Vielmehr ist relevant, wie D.____ und E.____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung beurteilen und ob sie eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers rechtsgenügend feststellen konnten. Der Beschwerdeführer verkennt hierbei, dass D.____ nicht einfach eine „summarische Verbesserung des Gesundheitszustandes“ festhält, sondern betreffend die oberen Extremitäten erklärt (Urk. 7/158/13): „So hat zwar das Ausmass der radiologisch dokumentierten Omarthrose rechts, seit dem 11.04. 2005 zugenommen, was eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedeutet. Die klinisch pathologischen

Befunde im Bereich der oberen Extremität und insbesondere im Bereich des rechten Schultergürtels sind jedoch aktuell deutlich weniger pathologisch ausgeprägt. So hat sich die Bewegungseinschränkung im glenohumeralen Gelenk rechts für sämtliche Bewegungsamplituden deutlich zurückgebildet. So ist die rechte Schulter nicht mehr geschwollen und überwärmt, wobei damals (Zeitpunkt des B.____-Gutachtens) noch eine Infektsituation in der rechten Schulter vorlag. So hat sich die Schulterbeweglichkeit links normalisiert“. Im Weiteren stellte D.____ auch hinsichtlich der Wirbelsäule eine Verbesserung des Gesundheitszustandes fest (Urk. 7/158/14) : „Wenn ich die Befunde im Bereich der unteren Wirbelsäule, die ich anlässlich dieser aktuellen Begutachtung objektivieren kann, mit denjenigen, die im B.____-Gutachten, G.____, vom 04.09.2008 beschrieben wurden, vergleiche, kann ich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigen. So fällt das Lot der Wirbelsäule wieder in die Rima ani. So besteht kein Schulterhochstand links mehr. So ist kein Hartspann im Musculus

trapezius links mehr nachweisbar. So sind keine Myogelosen und Myotendinosen im Musculus

levator

scapulae rechts und den Rhomboidei und dem Musculus supra- und infraspinatus rechts mehr nachweisbar. So ist die Halswirbelsäule für die Inklination nicht mehr in der Beweglichkeit eingeschränkt“.

Aus den Gutachten von D.____ und E.____ geht also in schlüssiger Weise eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hervor. Diese Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wurde denn auch bereits von der B.____ bei entsprechenden medizinischen Massnahmen in Aussicht gestellt (Urk. 7/108/22-23). Da die Gutachten auch die übrigen Voraussetzungen an beweistaugliche Gutachten erfüllen, bilden

sie eine hinreichende Beurteilungsgrundlage.

E. 3.3

C.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 12. Februar/15. März 2010 eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als D.____ und E.____, wobei er diese je nach Art der Tätigkeit detailliert darlegte

(E. 2.2.1). C.____ hielt dabei auch fest, dass seine Angaben seit dem Jahr 2008 Gültigkeit hätten. C.____ ging also im Gegensatz zu D.____ und E.____ von einem seit der Begutachtung durch die B.____ unveränderten Gesundheitszustand aus. Die Einschätzung von C.____ steht deswegen jedoch nicht im Widerspruch zu derjenigen von D.____ und E.____, fand die Untersuchung durch D.____ und E.____

doch erst rund ein Jahr nach der Berichterstattung durch C.____ statt, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in der Zwischenzeit eingetreten ist. So erklärt D.____ denn auch, dass er im Gegensatz zu C.____ keine Bewegungseinschränkung der rechten Schulter mehr feststellen konnte (Urk. 7/158/19).

E. 3.4

F.____

berichtete am 5. Juli 2011, dass er die Beurteilung der IV-Stelle respektive des Begutachters nicht verstehe. Er erachte den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als nicht mehr und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit höchstens als zu 50 % arbeitsfähig (E. 2.2.3). D. ___ erklärte hierzu am 6. September 2011 (Urk. 7/174), dass er in seinem Gutachten vom 4. April 2011 auch davon ausgegangen sei, dass die Omarthrose rechts zugenommen habe. Seines Erachtens seien die geklagten Beschwerden jedoch nur teilweise auf objektivierbare somatisch-pathologische Befunde abstützlich. Diese unterschiedliche Einschätzung von F. ___ und D. ___ lässt sich ohne Weiteres durch die Verschiedenheit ihrer Aufgaben, das heisst ihres Behandlungs- bzw. Begutachtungsauftrags erklären (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4). Da es zudem auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen gilt, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 35 I E. 3b/ cc), vermag der Bericht von F. ___ die Einschätzung von D. ___ nicht in Frage zu stellen.

E. 3.5

Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Gutachten von D. ___ und E. ___ vom 4. April 2011 abgestellt und von einer aktuell 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen ist.

E. 4

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Wie bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 21. Dezember 2006 festgehalten (Urk. 7/89 E. 6.2), erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2002 gemäss den Angaben der Y. ___ als Chauffeur ein monatliches Einkommen von Fr. 4'400.--, wobei er keinen Anspruch auf einen 1/3 Monatslohn hatte (Urk. 7/16). Dies entspricht im Jahr 2002 einem Jahreslohn von Fr. 52'800.-- (Fr. 4'400.-- x 12) und im Jahr 2011, das heisst dem Jahr, per welchem die Änderung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen ist, von Fr. 58'815.-- (Fr. 52'800.-- : 110,6 x 122,1 [Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1.1.93, D] : 100 x 100,9 [Nominallohnindex nach Geschlecht, 2011, des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1.1.10, C]).

E. 4.2.1

Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen

gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b). Vorliegend rechtfertigt es sich, auf die Tabellenlöhne abzustellen, da der Beschwerdeführer keiner Tätigkeit mehr nachgeht und er in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein höheres Einkommen erzielen kann als in der angestammten Tätigkeit, in welcher er nur noch zu 50 % arbeitsfähig ist. Aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2010 (LSE 2010) ergibt sich für Arbeitnehmer des Anforderungsniveaus 4 (ein fache und repetitive Tätigkeiten) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn von Fr. 4'901.-- (Tabelle TA1 S. 26). In Anbetracht der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2011 für alle Sektoren von 41,

E. 4.2.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen bewerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

E. 4.2.3

Die Beschwerdeführerin nahm einen Abzug vom Tabellenlohn von 15 % vor (Urk. 2). Da der Beschwerdeführer nur noch leichtgradig körperlich belastende, mit einer Gewichtslimite für bis Brusthöhe von 5 bis 7,5 Kilogramm, oberhalb der Brusthöhe bei beidseitigem Handeinsatz von 4 bis 5 Kilogramm und bei rechtsseitigem Handeinsatz von 1 bis 2 Kilogramm, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung wechselnd, mit Einhalten der Rückenergonomie, mit Vermeidung repetitiver Handeinsätze oberhalb der Augenhöhe, sofern der rechte Ellbogen nicht abgestützt werden kann, und ohne Vibrationen für den rechten Arm auszuübende Tätigkeiten in temperierten Räumen verrichten kann, scheint dies – unter Berücksichtigung auch der übrigen relevanten Umstände – insgesamt angemessen. Es ergibt sich so ein Invalideneinkommen von Fr. 42'109.-- (Fr. 49'540.-- x 0,85).

E. 4.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 58'815.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 42'109.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 16'706.-- und ein Invaliditätsgrad von gerundet 28 % .

Bei einem Invaliditätsgrad von 28 % besteht kein Rentenanspruch mehr, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin die Rente des Beschwerdeführers auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats hin eingestellt hat (Art. 88 bis Abs. 2 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung). 5.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstWylter VC/FW/IKversandt

E. 7

: 100 x 101) für ein 100%-Pensum und Fr. 49'540.-- für ein 80%-Pensum .

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