

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01297 vom 31. Mai 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01297

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01297 du 31 mai 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01297 del 31 maggio 2013

Erwägungen

E. 2

2.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.3. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 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 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen

eingetreten sei und sich der Gesundheitszustand in psychischer Hinsicht nicht verbessert habe. Das Gutachten des A.____ weise diverse Mängel auf und stehe in deutlichem Widerspruch zur Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. B.____. Der RevisionsverfÄ¼gung liege letztlich nur eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverÄ¼ndert gebliebenen Sachverhalts zugrunde (Urk. 1, 14).

3.3 Der ursprÄ¼nglichen Rentenzusprache mit VerfÄ¼gung vom 26. MÄ¼rz 2004 (Urk. 8/75) lag das nach dem Urteil IV.2000.00695 vom 29. Juli 2002 eingeholte Gutachten der MEDAS Z.____ vom 26. September 2003 zugrunde. Dieses basierte auf einer internistischen, einer rheumatologischen, einer psychiatrischen und einer neurootologischen Untersuchung. Im Rahmen der interdisziplinÄ¼ren Konsens-Konferenz stellten die beteiligten Ä¼rzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (Urk. 8/65/16):

1. Anhaltende depressive StÄ¼rung, chronifiziert, mit somatischem Syndrom und mittelgradigen bis schweren Ausmasses (ICD-10 F34) auf dem Boden einer chronifizierten posttraumatischen BelastungsstÄ¼rung (ICD-10 F43.1) nach Car-Unfall 1995.

2. Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links (ICD-10 M54.4) bei/mit

degenerativen VerÄ¼nderungen der LWS (Osteochondrose L3/4 sowie L4/5 mit Diskushernie L4/5 und mÄ¼glicher BeeintrÄ¼chtigung der Nervenwurzel L5 links)

fehlenden neurologischen Defiziten

St.n. Sturz am 19.03.1999 ohne Verletzungsfolgen.

3. Chronisches zervikospondylogenes Syndrom beidseits bei/mit

WirbelsÄ¼ulenfehlhaltung

Lipom nuchal rechts

Symptomausweitung bei Diagnosen 1 und 2

bei psychosozialer Problemkonstellation.

Die neurootologische Untersuchung fÄ¼hrte zur Diagnose einer Ä¼lteren peripher-vestibulÄ¼ren FunktionsstÄ¼rung links mit vollstÄ¼ndiger zentraler Kompensation, welche aber keine einschrÄ¼nkende Wirkung auf die ArbeitsfÄ¼higkeit nach sich ziehe. Die geklagten Beschwerden (Schwankschwindel, SchwerhÄ¼rigkeit rechtsbetont, Tinnitus rechts, vgl. Urk. 8/65/40) wurden im Wesentlichen als Aggravationserscheinungen im Rahmen der psychischen StÄ¼rung interpretiert (vgl. Urk. 8/65/20).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen sowie für Arbeiten in länger dauernden Zwangspositionen, rein sitzend, rein stehend in vornüber geneigten Körperhaltungen oder mit repetitiv rumpfrozierenden Stereotypen. Auch Überkopfarbeiten wurden als ungünstig erachtet. Aufgrund der am Bewegungsapparat erhobenen Befunde wurde ein mindestens 70%iges Pensum in einer angepassten Tätigkeit als bewertigbar erachtet. Jedoch kamen die beteiligten Ärzte im Rahmen der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass diese Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Einschränkungen nicht umsetzbar sei. Die psychischen Beschwerden wurden als auf dem Hintergrund einer lange zurückreichenden lebensgeschichtlichen Belastung, welche über lange Zeit kompensiert gewesen sei und aufgrund eines Carunfalls im Jahr 1995 einen schweren Einbruch erlitten habe, beurteilt. Die Situation habe sich scheinbar stabilisiert, habe aber nach dem erneuten Unfall 1999 und insbesondere den sozialen und beruflichen Konsequenzen dieses Unfalls zu einer nachhaltigen Dekompensation geführt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der erheblich verminderten emotionalen Belastbarkeit, der Gräbel tendenz, der dadurch verminderten Konzentrationsfähigkeit und der durch die Schlafstörungen bedingten Müdigkeit, der Antriebsstörungen und der ausgesprochenen Reizbarkeit sei die Arbeitsfähigkeit um rund 60 % eingeschränkt. Empfohlen wurde die Weiterführung der psychotherapeutischen und medikamentösen antidepressiven Behandlung (Urk. 8/65/21 ff.).

3.4 Ä Ä Ä Ä

3.4.1 Ä Ä Im Rahmen des amtlichen Revisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin unter anderem einen Bericht von Dr. med. C. ____, Spezialärztin FMH für Ohren-Nasen-Halskrankheiten, vom 6. Februar 2009 ein (Urk. 8/86).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Dr. C. ____, habe sich der gesundheitliche Zustand seit ihrem letzten Bericht aus dem Jahr 1999 weiter verschlechtert. Sie erachtete eine angepasste Tätigkeit unter Ausschluss von langem Stehen, Sitzen oder Gehen sowie Bücken und Tragen über 4 Kilogramm zu 30 bis 40 % zumutbar.

3.4.2 Ä Ä PD Dr. med. D. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, bei welchem der Beschwerdeführer seit 1998 in Behandlung steht, stellte am 23. Februar 2009 folgende Diagnosen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Massive Coxarthrose rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Lumbospondylogenes Syndrom bei deutlich degenerativen Veränderungen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Cervikovertebral-Syndrom.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die rechte Hüfte sei eine Operation vorgesehen; die cervikalen und die lumbalen Beschwerden würden medikamentös behandelt. In der früheren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/87/1-2).

3.4.3 Ä Ä Die Begutachtung im A. ____ führte zu folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/100/32):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Coxarthrosen beidseits rechtsbetont

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mässige bis deutliche Fingergelenks-Polyarthrosen beidseits, leichtes CTS beidseits möglich

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Leichte Periarthritis humero-scapularis (PHS)-tendomyotica-Symptomatik Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä rechts (DD: leichtes Impingementsyndrom).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht zeige sich radiologisch ein deutlich progredienter Verlauf der rechtsbetonten Coxarthrosen beidseits bei deutlich entrundetem Femurkopf. Der Beschwerdeführer sei sowohl schmerzbedingt als auch von der Funktion her (Schuhe und Socken anziehen, Nägel schneiden selber nicht mehr möglich) zunehmend eingeschränkt. Die von Dr. D. ___ empfohlene Hüftoperation sei klar indiziert; in nicht allzu weiter Zukunft werde das gleiche Prozedere auch links nötig sein. Für Arbeiten mit ausschliesslichem Gehen und Stehen sowie in Kauerstellung sei die Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Zudem könnten die zum Teil deutlichen Fingerendgelenks-Polyarthrosen radiologisch bestätigt werden. Zusammen mit einem klinisch geringen Carpal tunnel syndrome seien die vom Beschwerdeführer geklagten verstärkten Beschwerden nach dem Aufstehen erklärbar. Diesbezüglich sei er für feinmotorische und/oder schwere manuelle Arbeiten eingeschränkt. Das dritte Problem betreffe ein Funktionsdefizit im Schultergürtel rechtsbetont, welches qualitative Einschränkungen für harte körperliche Arbeiten und/oder Tätigkeiten mit repetitiven Kraftanstrengungen im rechten Schultergürtel nach sich ziehe. Dagegen zeigten die Röntgenbilder der Wirbelsäule auffallend wenig degenerativ-reaktive Veränderungen und seien letztlich als altersnormal zu bezeichnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst sei aus rein rheumatologischer Sicht die Tätigkeit als Carchauffeur nicht zumut- respektive verantwortbar. Unter Berücksichtigung der erwähnten qualitativen Einschränkungen der objektivierbaren Diagnosen bestehe eine etwa 60%ige Arbeitsfähigkeit wegen einer somatisch begründbaren Verminderung der Leistungsfähigkeit im Sinne eines verminderten Rendements (vermehrte Pausen etc.) mit entsprechend verlängerter Arbeitszeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was den psychischen Gesundheitszustand anbelange, könne bei der aktuellen psychiatrischen Exploration die Diagnose der MEDAS-Begutachtung vom 26. September 2003 nicht mehr formuliert werden. Aktuell finden sich weder Anhaltspunkte für eine depressive noch für eine posttraumatische Belastungsstörung. Der Versicherte weise zurzeit keine psychiatrische Diagnose auf, weshalb auf diesem Fachgebiet wie auch aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne (Urk. 8/100/37 ff.).

3.4.4 Ä Ä Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens liess der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. E. ___ vom 30. Mai 2010 in serbischer Sprache einreichen, welchem die Diagnose ■ Depressio F 33 ■ zu entnehmen ist (Urk. 8/107-108).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 10. Dezember 2010 erstellte sodann der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ einen Bericht zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers. Gemäss seiner Beurteilung sei der Zustand seit 2003 unverändert. Der Beschwerdeführer leide unter einer rezidivierenden depressiven Stimmung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F 33.11), einer Panikstörung (IC-10 F 41.0) sowie einem chronifizierten zervikobrachialen und lumbosakralen Syndrom nach einem Arbeitsunfall 1999. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 0 %. Eine Tätigkeit

als Hilfsarbeiter könne er zu 40 % ausüben (Urk. 8/131/18). Bereits am 6. Dezember 2010 hatte Dr. B. ___ zum Gutachten des MRZ vom 7. Juni 2010 Stellung genommen und erklärt, dass er im Gegensatz zum psychiatrischen Teilgutachter des A. ___ den Beschwerdeführer sehr wohl als depressiv erlebe. Er sei niedergeschlagen, innerlich unruhig, manchmal ganz agitiert, im Kontakt stets nervös. Die Verneinung kognitiver Störungen durch das A. ___ basiere auf einer schnell gestellten Diagnose und oberflächlichen Untersuchungen. Entgegen den Feststellungen des A. ___ zeige der Beschwerdeführer keinerlei Eigeninitiative und eine starke Tendenz zum sozialen Rückzug. Auch bestehe gemäß seiner Erfahrung die posttraumatische Belastungsstörung weiterhin, trübten doch die Albträume und täglichen Erinnerungen entgegen der verharmlosenden Darstellung im Gutachten immer noch erheblich und aufdringend auf, ohne dass sich der Beschwerdeführer willentlich mit der Vergangenheit beschäftige. Der Beschwerdeführer leide immer noch unter einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F 33.11) sowie einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) und sei dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit zu 70 % eingeschränkt (Urk. 3/4).

4.1.1.1.1

4.1.1.1.1 Der Vergleich der unter den Erwägungen 3.3 und 3.4 zitierten medizinischen Unterlagen zeigt, dass sich der Gesundheitszustand in somatischer Hinsicht seit der ursprünglichen Rentenzusprache gestützt auf das Gutachten der MEDAS Z. ___ vom 26. September 2003 bis zur revisionsweisen Rentenherabsetzung mit der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2011 verschlechtert hat. Zwar werden die degenerativen Zustände im Bereich der Wirbelsäule im Gutachten des A. ___ als auffallend wenig verändert und das geklagte lumbospondylogene und cervikobrachiale Syndrom aufgrund des unübersehbar demonstrativen Verhaltens des Beschwerdeführers als letztlich nicht beurteilbar erachtet (Urk. 8/100/26 f.). Jedoch sprachen sich die zuständigen Ärzte des A. ___ aufgrund der neu hinzugekommenen Diagnosen der deutlichen Coxarthrosen rechtsbetont, der mässig bis deutlich ausgeprägten Fingergelenks-Polyarthrosen und der PHS tendomyotica-Symptomatik nachvollziehbar für eine deutliche Verschlechterung des Zustandes aus (Urk. 8/100/27). Stringent erscheinen in diesem Zusammenhang die im Gutachten des A. ___ postulierten Einschränkungen hinsichtlich der zumutbaren Tätigkeiten (keine Arbeiten mit ausschliesslichem Gehen und Stehen sowie in Kauerstellungen, Einschränkungen für feinmotorische und schwere manuelle Arbeiten sowie für Hebearbeiten und Tätigkeiten mit repetitiven Kraftanstrengungen im rechten Schultergürtel). Auch drängen sich keine grundsätzlichen Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht mit 60 % in einer diesen Anforderungen angepassten Tätigkeit und der weiterhin geringen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf. Jedoch kann - wie nachfolgend dargelegt - die exakte Beurteilung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der somatischen Beschwerden letztlich offen bleiben.

4.2.1.1.1

4.2.1.1.1 Strittig zwischen den Parteien ist denn auch vielmehr die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Was die von der Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung im Gutachten des A. ___ behauptete diesbezügliche Verbesserung anbelangt, kann diese gestützt auf die Aktenlage weder

diejenige einer chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung gemäss ICD-10 F 43.1 (Urk. 3/4), am 10. Dezember 2010 dagegen diejenige einer Panikstörung gemäss ICD-10 F 41 (Urk. 3/3). Zudem sprach er sich zunächst für eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 3/4), hernach ohne weitere Erklärung für eine solche von 40 % aus (Urk. 3/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten lässt sich gestützt auf die Aktenlage der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und damit auch eine allfällige revisionsrechtlich relevante Verbesserung - eine Verschlechterung des psychischen Zustandes wird weder behauptet, noch lässt die Aktenlage Schluss auf eine solche zu -, nicht abschliessend beurteilen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von weitem beweisrechtlichen Vorkehren hierzu ist jedoch abzusehen, da selbst für den Fall, dass ergänzende psychiatrische Abklärungen eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes bestmöglichen würden, von einer Rentenherabsetzung abzusehen wäre, was sich aus dem Folgenden ergibt:

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Das Bundesgericht geht in ständiger Rechtsprechung vom Regelfall aus, dass eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Wege der Selbsteingliederung zu verwerten ist (Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 2. Auflage, Zürich 2010, S. 383). Praktisch bedeutet dies, dass aus einer medizinisch attestierten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit unmittelbar auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit geschlossen und damit ein entsprechender Einkommensvergleich (mit dem Ergebnis eines tieferen Invaliditätsgrades) vorgenommen werden kann. Dennoch hat die Rechtsprechung in ganz besonderen Ausnahmefällen nach langjährigem Rentenbezug trotz medizinisch (wieder) ausgewiesener Leistungsfähigkeit vorderhand weiterhin eine Invalidenrente zugesprochen, bis mit Hilfe von medizinisch-rehabilitativen und/oder beruflich-erwerblichen Massnahmen das theoretische Leistungspotential ausgeschöpft werden kann. Es können im Einzelfall Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch zumutbaren Leistungsentfaltung entgegen stehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 30 S. 86).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Präzisierung dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht im Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 erkannt, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, grundsätzlich nur zulässig ist, wenn die Verwaltung zuvor Eingliederungsmassnahmen durchgeführt hat (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbstständig wieder

einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

5.2 Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der hier strittigen Rentenherabsetzung 63 Jahre alt und bezog seit 11 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 61 %.

Gemäss Argumentation der Beschwerdegegnerin fällt der Beschwerdeführer nicht unter den vom Bundesgericht besonders geschätzten Bezirkerkreis gemäss der vorstehend dargelegten Rechtsprechung (E. 5.1), da die Herabsetzung der bestehenden Dreiviertels- auf eine Viertelsrente auf einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auf 60 % in einer angepassten Tätigkeit beruhe, wobei sich das Ressourcenprofil nicht wesentlich verändert, mithin die 20%ige Steigerung kaum einen zusätzlichen Eingliederungsbedarf nach sich gezogen habe (Urk. 7 S. 3).

5.3 Dem ist zwar insofern zuzustimmen, als die zitierte Rechtsprechung des Bundesgerichts grundsätzlich auf Fälle von Rentenherabsetzungen/-aufhebungen zugeschnitten ist, welchen ein vorheriger Bezug einer ganzen Invalidenrente vorausgegangen ist, und nicht auf Bezirker einer Teilrente, welche ihre medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet haben und infolge dessen im Zeitpunkt einer späteren Rentenherabsetzung/-aufhebung nicht eingegliedert sind.

Im hier zu beurteilenden Fall kann aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich - ginge der Beschwerdeführer einer seinem ursprünglichen Anforderungsprofil entsprechenden Tätigkeit nach - kein zusätzlicher Eingliederungsbedarf bei einer - wenn auch hypothetischen - Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ergeben hätte:

Im Gutachten der MEDAS Z.____ vom 26. September 2003 wurde das arbeitsmedizinische Problem aus rheumatologischer Sicht dahingehend definiert, als eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen sowie für Arbeiten in länger dauernden Zwangspositionen, rein sitzend, rein stehend in vornüber geneigten Körperhaltungen oder mit repetitiv rumpffrotierenden Stereotypen vorliege. Zudem wurden Überkopparbeiten als ungünstig bezeichnet (Urk. 8/65/23). Dieses Anforderungsprofil legte die Beschwerdegegnerin der Rentenzusprache ab März 2000 zugrunde (vgl. Urk. 8/71/2).

Die im Revisionsverfahren festgestellte Verschlechterung der somatischen Beschwerden infolge der Coxarthrosen, der Fingergelenks-Polyarthrosen und der PHS tendomyotica-Symptomatik führte sodann zu weiteren Einschränkungen hinsichtlich Kauerstellungen sowie feinmotorischen und schweren manuellen Arbeiten und in Bezug auf Tätigkeiten mit repetitiven Kraftanstrengungen des rechten Schultergelenks (vgl. Urk. 2 S. 2). Dass bei einer 63-jährigen Person ohne Berufsausbildung abgesehen von der Chauffeurausbildung, welche im Wesentlichen auf manuelle Tätigkeiten angewiesen ist, dieses Anforderungsprofil die Eingliederungsfähigkeit erheblich einschränkt, liegt auf der Hand. Die Annahme, dass bei bereits erfolgter Eingliederung im

Rahmen des ursprünglichen Anforderungsprofils mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein zusätzlicher Eingliederungsbedarf hinzugekommen wäre, rechtfertigt sich nicht; ins Gewicht fallen dabei insbesondere die Einschränkungen bezüglich feinmotorischer Tätigkeiten wie auch bezüglich repetitiver Kraftanstrengungen im rechten Schultergelenk, welche das Spektrum zumutbarer einfacher manueller Tätigkeiten erheblich einschränken. Eingliederungshindernd wirkt sich zudem der operationsbedingte Befund der Hüften aus.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend rechtfertigt es sich folglich, die unter Erwägung 5.1 zitierte höchstgerichtliche Rechtsprechung zur Anwendung zur bringen. Aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass die Beschwerdegegnerin vor der Herabsetzung der Rente die Frage der Zumutbarkeit der Selbsteingliederung geprüft hat oder dem Beschwerdeführer diesbezüglich genügend Hilfeleistungen angeboten hätte. Die jahrelange berufliche und arbeitsmarktliche Absenz sowie der Umstand, dass der im Verfallungszeitpunkt 63-jährige Beschwerdeführer über keine beruflichen Erfahrungen im Bereich der noch zumutbaren leichten Hilfsarbeiten verfügt, lassen nicht den Schluss zu, dass der Beschwerdeführer zur Selbsteingliederung befähigt wäre.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da die Beschwerdegegnerin bislang entsprechende Massnahmen unterlassen hat und solche angesichts des Alters des mittlerweile nahezu 65-jährigen Beschwerdeführers auch nicht mehr sinnvoll sind, ist der angefochtene Entscheid ohne Weiterungen aufzuheben und die Beschwerde gutzuheissen.

E. 6

6.1 Ä Ä Ä Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6.2 Ä Ä Ä Entsprechend hat der Beschwerdeführer auch Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Mehrwertsteuer und allfällige Barauslagen).

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfallung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 26. Oktober 2011 aufgehoben.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ammann, unter Beilage einer Kopie von Urk. 19
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 19
- Sammelstiftung BVG der Allianz Suisse Lebensversicherungs-Gesellschaft
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.