

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00005 vom 28. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00005 du 28 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00005 del 28 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1965 geborene X. war seit Mai 1989 bei der Y. AG als angelernter Elektromonteur (Urk. 11/7) sowie zusätzlich ab Juli 1998 während neun Stunden wöchentlich als Reinigungsfachmann bei der Z. AG tätig. Am 14. August 2002 rutschte er von einer Leiter, wobei er sich das rechte Knie verdrehte (Urk. 11/12/68) und eine Zerrung/Teilruptur im medialen Seitenband des rechten Knies erlitt (Urk. 11/12/67). Am 5. September 2003 meldete er sich unter Hinweis auf multiple unfallbedingte Beschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Rente) an (Urk. 11/3). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, im Rahmen derer X. an der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) A. am 14. und 15. Dezember 2004 polydisziplinär begutachtet worden war (Expertise vom 27. Juli 2005, Urk. 11/33), wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 15. August 2005 (Urk. 11/38) ab. Hiergegen liess dieser am 16. September 2005 (Urk. 11/39) unter Beilage diverser medizinischer Berichte (Urk. 11/38/3-31; Urk. 11/45, Urk. 11/51) Einsprache erheben. Mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch von X. ab (Einspracheentscheid vom 4. Juli 2006, Urk. 11/61). Mit Urteil vom 28. November 2007 (Urk. 11/67) hob das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich diesen Entscheid auf und wies die Streitsache zu ergänzender Abklärung in Bezug auf die Beschwerdesituation an der Lenden- (LWS) und Halswirbelsäule (HWS) an die IV-Stelle zurück (Urk. 11/67/26, E. 4.3).

1.2. Mit Einspracheentscheid vom 28. April 2006 (Urk. 11/57) bestätigte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) ihre Verfügung vom 27. August 2004, wonach deren Leistungen per 1. September 2004 eingestellt würden. Dieser Entscheid wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich bestätigt (Urteil vom 28. November 2007, UV.2006.00246) und erwuchs mit Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2008 (8C_104/2008) in Rechtskraft.

1.3. Am 6. Mai 2008 liess die IV-Stelle X. von Dr. med. B., FMH Rheumatologie, FMH Innere Medizin, Leitender Arzt der RehaClinic C., untersuchen (Gutachten vom 17. Juni 2008, Urk. 11/75 sowie Urk. 11/76). Gestützt auf dessen Beurteilung zeigte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. Oktober 2008 (Urk. 11/83) an, er habe ab dem 1. Juni 2008 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Nachdem X. am 21. November 2008 (Urk. 11/86) die Ausrichtung einer Dreiviertelsrente ab Januar 2004 beantragt, seine Einwände am 23. März 2009 (Urk. 11/90) jedoch wieder zurückgezogen und um Ausrichtung der Rente gemäss Vorbescheid ersucht hatte, veranlasste die IV-Stelle die Durchführung einer vorzeitigen amtlichen Revision (Urk.

11/91; Urk. 11/97). Mit Verfügung vom 3. Juni 2009 (Urk. 11/96) sprach sie X.____ mit Wirkung ab 1. Juni 2008 eine halbe Invalidenrente und drei Kinderrenten zu. Nachdem der behandelnde Psychiater von X.____, Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, das Erstellen eines Arztberichtes infolge Befangenheit abgelehnt (Urk. 11/98/7), Dr. med. E.____, Praktische Ärztin FMH, am 5. September 2010 (Urk. 11/106) und Dr. med. F.____, FMH Physikalische Medizin, am 7. Oktober 2010 (Urk. 11/99) einen Verlaufsbericht erstattet hatten, stellte die IV-Stelle gestützt auf die polydisziplinäre Abklärung des Versicherten durch das G.____ vom 1. April 2011 (Urk. 11/117) nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 11/121-132) die Rente mit Verfügung vom 1. Dezember 2011 (Urk. 2) ein.

2. Hiergegen liess X.____ unter Auflage diverser medizinischer Berichte (Urk. 3/1-12) am 4. Januar 2012 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Dreiviertelsrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2012 (Urk. 10 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 11/1-138) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Am 7. März 2012 (Urk. 13) wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit eingeräumt, sich zu der vom Gericht in Betracht gezogenen substituierten Begründung zu äussern. Mit Eingabe vom 27. März 2012 (Urk. 15) liess der Beschwerdeführer unter Beilage der Berichte von Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 3. Februar 2012 (Urk. 16/1) und von Dr. E.____ vom 11. März 2012 (Urk. 16/2) Stellung nehmen und an der Beschwerde festhalten.

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Hiergegen

1.1 Auf das Gutachten des G.____ abstellend hielt die Beschwerdegegnerin dafür, ab April 2011 sei von einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes auszugehen, weshalb dem Beschwerdeführer nunmehr zumutbar sei, einer leichten, gelegentlich mittelschweren, rückenadaptierten und an die Kniebinnenschädigung angepassten Tätigkeit vollumfänglich nachzugehen. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % ergebe sich damit ein mögliches Invalideneinkommen von Fr. 53'274.--, was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 84'192.-- zu einem Invaliditätsgrad von noch 37 % führe. Ein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe damit nicht mehr (Urk. 2).

1.2 Demgegenüber liess der Beschwerdeführer vorbringen, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, sondern im Gegenteil verschlechtert. Er leide an einer Knieverletzung, Wirbelbeschwerden, erschwerter Durchblutung des Kopfes, sehr starken Kopfschmerzen sowie unter psychischen Beschwerden (Urk. 1 S. 2). Die Feststellung der Ärzte der G.____, an der HWS und LWS beständen nur minimale radiologische Befunde, sei nicht zutreffend und widerspreche den übrigen Berichten (so insbesondere von Dres. I.____, Belgrad, und H.____; Urk. 2 S. 3-4). Schliesslich habe die Hausärztin Dr. E.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, hätten die Ärzte der Klinik J.____ einen möglichen Kontakt zur Nervenwurzel L5 festgestellt, habe Dr. med. K.____, Facharzt für Neurochirurgie, eine Operation an der Wirbelsäule für

nÄrtig erachtet und habe sich der BeschwerdefÄhrer inzwischen bei einem Sturz das linke Knie verletzt und leide an einer starken Depression (Urk. 1 S. 4). Mithin sei belegt, dass es keinesfalls zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei.

E. 2

2.1ÄÄÄÄ InvaliditÄt ist die voraussichtlich bleibende oder lÄngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunÄhigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes Äber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die InvaliditÄt kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes Äber die Invalidenversicherung, IVG). ErwerbsunÄhigkeit ist der durch BeeintrÄchtigung der kÄrperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄr die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunÄhigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄchtigung zu berÄcksichtigen. Eine ErwerbsunÄhigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Äberwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2ÄÄÄÄ Anspruch auf eine Rente haben gemÄss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a.ÄÄÄÄÄÄ ihre ErwerbsfÄhigkeit oder die FÄhigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betÄtigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kÄnnen;

b.ÄÄÄÄÄÄ wÄhrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunÄhig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c.ÄÄÄÄÄÄ nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

ÄÄÄÄÄÄ Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem InvaliditÄtsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem InvaliditÄtsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem InvaliditÄtsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem InvaliditÄtsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3ÄÄÄÄ Ändert sich der Grad der InvaliditÄt eines RentenbezÄgers oder einer RentenbezÄgerin in einer fÄr den Anspruch erheblichen Weise, so ist die Rente laut Art. 17 Abs. 1 ATSG fÄr die Zukunft entsprechend zu erhÄhen, herabzusetzen oder aufzuheben. Der Revisionsordnung gemÄss Art. 17 ATSG geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskrÄftige VerfÄgung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurÄckzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 176 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine RentenverfÄgung auch dann abÄndern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfÄhlt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprÄnglichen RentenverfÄgung erst vom Gericht festgestellt, so kann es die auf Art. 17 Abs. 1 ATSG gestÄtzte RevisionsverfÄgung der Verwaltung mit dieser BegrÄndung schÄtzen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen).

2.4.4 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 wärdigen 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 auszumende 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.).

E. 3

3.1.1 Mit Urteil vom 28. November 2007 (Urk. 11/67) stellte das hiesige Gericht fest, der medizinische Sachverhalt erweise sich einzig in Bezug auf die Beschwerdesituation an der LWS und HWS als ungenügend abgeklärt, wobei sich insbesondere die Frage stelle, ob und allenfalls seit wann eine Nervenwurzelkompression L5/S1 beziehungsweise C6-C7 bestehe (Urk. 11/67/26). Hinsichtlich der Diagnosen betreffend beide Kniegelenke sei auf das Gutachten der MEDAS vom 27. Juli 2005 und mithin auf eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit abzustellen (Urk. 11/67/22). Was sodann den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betreffe, so komme der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode keine invalidisierende Wirkung zu (Urk. 11/67/24, 26).

3.1.1.1 Gestützt auf das am 26. November 2004 durchgeführte MRI der LWS und HWS erklärte PD Dr. med. L. ____, Spezialärztin für Neuroradiologie, Klinik M. ____, (Urk. 11/38/21-22), der Beschwerdeführer leide an der HWS unter degenerativen Veränderungen. Auffällig seien vor allem die deutliche Osteochondrose, die Uncarthrose, die Spondylarthrose sowie die Protrusion auf der Höhe C6/C7 mit mässiggradiger foraminärer Einengung jedoch ohne Wurzelkompression rechts und links (Urk. 11/38/21). Zudem beständen Chondrosen bei C3/C4 und C5/C6 sowie eine zirkuläre Protrusion bei C5/C6. Eine fokale Hernie sei nicht vorhanden. In Bezug auf die LWS weise der Beschwerdeführer geringe Osteochondrosen auf der Höhe L4/L5 und

gezeigt. Neben einer uneingeschränkten Muskelkraft an Extremitäten und Rumpf erhob der Rheumatologe eine diffuse Hypästhesie an der ganzen linken Hand, welche sich keinem Dermatome zuordnen liess. Die Muskeleigenreflexe waren an den oberen und unteren Extremitäten symmetrisch lebhaft auslösbar (Urk. 11/75/16). An Diagnosen nannte Dr. B. ___ (1) ein zervikospondylogenes Syndrom beidseits, (2) ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits, (3 und 4) chronische Kniegelenkschmerzen links und rechts, (5) eine erhebliche Hypermobilität sowie (6) ein kleines, inzidentelles Meningeom über dem mittleren Ethmoiddach (MRI Gehirn vom 15. Mai 2008). In Zusammenfassung der Befunde notierte der Gutachter Dr. B. ___, bereits im MRI vom 26. November 2004 hätten sich in der LWS leicht- bis mässiggradige degenerative Veränderungen mit einer medianen bis paramedianen Diskushernie L5/S1 als Hauptbefund gezeigt. An der HWS sei als Hauptbefund eine fortgeschrittene Osteochondrose C6/7 mit Diskusprotrusion und leichter foraminaler Einengung visualisiert worden. Der Arzt hielt im Weiteren fest, in der Vergleichsuntersuchung mittels MRI der HWS vom 15. Mai 2008 habe sich keine wesentliche Veränderung zur Voruntersuchung im Jahr 2004 ergeben. Sodann erklärte er, die in Belgrad durchgeführte neurologische EMG-Untersuchung habe an der Nervenwurzel C7 beidseits und S1 beidseits Läsionen gezeigt, welche mit den geschilderten Beschwerden in Einklang zu bringen seien (Urk. 11/75/18). Die Aussage, Ursache der vom Beschwerdeführer geschilderten Schwindelattacken sei eine Irritation der Arteria vertebralis, sei demgegenüber zwar denkbar aber auch spekulativ. In Bezug auf die an den Kniegelenken bestehenden Beschwerden ist dem Gutachten zu entnehmen, dass diese chronischer und diffuser Natur seien. Wenngleich Läsionen nachgewiesen worden seien, so seien sie nicht derart ausgeprägt, dass sie die initialen Beschwerden vollumfänglich erklären könnten. Im Verlauf der Zeit sei die Schmerzintensität an beiden Knien in den Hintergrund getreten. Schliesslich sei als generelles Problem die ausserordentlich hohe Hypermobilität zu sehen, welche bei deutlicher Dekonditionierung zu einer Überbelastung der Facettengelenke der gesamten Wirbelsäule, aber auch zu Problemen an den Knien führe (Urk. 11/75/19).

3.1.9.3 Dr. B. ___ kam sodann zum Schluss, die Tätigkeit als Elektromonteur sei belastender, als von der MEDAS A. ___ postuliert. Seiner Ansicht nach bestehe im bisherigen Beruf eine Arbeitsfähigkeit von 30 %, unter weitgehender Vermeidung unangünstiger Belastungen eine solche von maximal 50 % (Urk. 11/75/19). In einer wechselbelastenden Tätigkeit, welche ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 15 kg ausgeführt werden könne und bei welcher das Heben und Tragen von Lasten von über 15 kg, das Arbeiten mit Kniegelenksbelastung im Knien und Kauern, repetitives Treppensteigen und Gehen in unebenem Gelände sowie Arbeiten über Kopf und Arbeiten in nicht wechselnden Positionen nur in geringem Masse gefordert würden, bestehe nach Auftrainieren der Muskulatur und einer Einarbeitungsphase von drei bis sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bis 80 %. Hinsichtlich der vorhandenen Arztberichte hielt Dr. B. ___ dafür, diese seien im Bereich der somatischen Befunde schlüssig und plausibel. An den aus Belgrad stammenden Resultaten sei sodann nicht zu zweifeln, da die Untersuchungen offenbar medizinisch korrekt durchgeführt worden seien (Urk. 11/75/20). Wie weit endlich zwischen 2002 und 2004 im Bereich der Wirbelsäule welche Einschränkungen bestanden hätten, sei retrospektiv nicht mehr zu erheben. Es sei aber davon auszugehen, dass spätestens seit der MRI-Untersuchung der Wirbelsäule das gesamte Beschwerdebild mit der genannten

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Abschliessend notierte der Gutachter, in der aktuellen Untersuchung des Gehirns hätten sich keine Hinweise für eine grössere Durchblutungsstörung finden lassen. Der Zufallsfund des Meningeoms sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unerheblich (Urk. 11/75/21).

3.1.9.4. Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) unter Hinweis auf Inkonsistenzen zwischen den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden (uneingeschränkte Muskelkraft der oberen und unteren Extremitäten, diffuse Hypästhesie der linken Hand, normale und symmetrische Reflexe der oberen und unteren Extremitäten, seitengleich ausgebildete Muskulatur beider Beine, 5 Waddellzeichen) um eine nachvollziehbare Begründung für die von Dr. B. attestierte erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ersucht hatte (Urk. 11/80/3), erklärte Dr. B. am 25. Juli 2008 (Urk. 11/76), die objektivierbaren Befunde der Elektromyographie seien eine wichtige Komponente bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit. Anlässlich der Untersuchung der Wirbelsäule hätten sich konkordante Untersuchungsergebnisse und keine Diskrepanzen ergeben. Im EMG vom 1. Juni 2007 seien neurogene Läsionen C7 beidseits und eine Nervenwurzelirritation S1 rechts nachgewiesen worden, was eher als die klinischen Untersuchungsbefunde einzustufen sei. Angesichts dieser Tatsache unterscheide sich seine Beurteilung indes nur unwesentlich von jener der MEDAS vom 27. Juli 2005. Dort sei für eine körperlich mittelschwere Verweigerungstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 80 % formuliert worden, ohne dass aber die Wirbelsäulenproblematik ausdrücklich miteingeschlossen worden sei. Aufgrund der klinisch fassbaren Chronifizierung resultiere nach einer Einarbeitungsphase von drei bis sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von weiterhin zwischen 60 % bis 80 %.

3.2. Obgleich die Beantwortung der von der Beschwerdegegnerin formulierten Zusatzfragen an Dr. B. nicht zu neuer Erkenntnis führte (vgl. Stellungnahme von Dr. Q., Urk. 11/80/4), sprach die Beschwerdegegnerin - umfassend auf die Expertise von Dr. B. abstellend (Urk. 11/80/4) - dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 55 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (Verfügung vom 3. Juni 2009, Urk. 11/96).

Nach Erlass dieser Verfügung sind folgende Berichte aktenkundig:

3.2.1. Mit Verlaufsbericht vom 5. September 2010 (Urk. 11/106) hielt Dr. E. dafür, der Beschwerdeführer sei aufgrund von Bewegungseinschränkungen, starkem HWS- und LWS-Schmerzsyndrom sowie infolge Kopfschmerzen vollständig arbeitsunfähig. Behinderungsangepasste Tätigkeiten bezeichnete sie allesamt als nicht mehr möglich (Urk. 11/106/6).

3.2.2. Dr. F. notierte am 7. Oktober 2010 (Urk. 11/99), der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich nicht wesentlich verändert. Nach wie vor ständen Rückenschmerzen mit radikulären Reizsyptomen L5 und S1 im Vordergrund bei recht fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen sowohl im Bereich der LWS als auch der HWS. Zudem leide der Beschwerdeführer an anhaltenden Cervikalgien mit Kopfschmerzen und Schwindel (Urk. 11/99/3). Die Frage, ob mit einer Wiederaufnahme bzw. Erhaltung der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, verneinte die Ärztin (Urk. 11/99/4). Als noch mögliche Tätigkeiten (Urk. 11/99/5)

nannte sie wechselbelastende Tätigkeiten und bezeichnete sowohl das Konzentrations- und Auffassungsvermögen als auch die Anpassungsfähigkeit des Beschwerdeführers als uneingeschränkt. In adaptierten Tätigkeiten betrage die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwei bis drei Stunden täglich (Urk. 11/99/6).

3.2.3.1 Das an der Klinik J. am 3. März 2011 (Urk. 11/123/2) erstellte MRI der LWS visualisierte diskrete Chondrosezeichen bei L5/S1, eine umschriebene kleine intra-/extraforaminale Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 und möglicher Nervenwurzelreizung sowie eine diskrete dorsomediane Diskusprotrusion mit kleinem Riss im Anulus fibrosus L5/S1 ohne Nervenwurzelbeeinträchtigung.

3.2.4

3.2.4.1 Am 1. April 2011 (Urk. 11/117/1-46) erstattete das G. das polydisziplinäre Gutachten, wozu sich die Experten auf die zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 11/117/4-11), die anlässlich der Begutachtung des Beschwerdeführers am 22. und 28. Februar 2011 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die Teilgutachten (orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch) stützten.

3.2.4.2 Dr. med. R., Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, notierte, anlässlich der Untersuchung hätten sich sowohl die HWS als auch die LWS endphasig als schmerzhaft bei auffallendem rumpfmuskulären Globaldefizit und deutlich lumbaler Hyperlordose mit verkürzter Iliopsoasmuskulatur gezeigt. Die in der letzten MRI-Abklärung der HWS vom 15. Mai 2008 beschriebenen Chondrosen C5/6 und C6/7 mit leichter foraminale Einengung seien als altersassoziiert zu betrachten; Gleiches gelte für die MRI-Ergebnisse der LWS vom 17. Juni 2008 im Sinne einer geringen Osteochondrose der beiden distalen belasteten Wirbelsäulensegmenten L4-S1 mit kleiner fokaler Diskushernie L5/S1. Die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durch Röntgenabklärungen an der HWS und LWS festgestellten Befunde (28.02.2011, vgl. Urk. 11/117/16) hätten als altersassoziiert zu gelten und seien nicht relevant krankheitswertig. Es handle sich dementsprechend dezidiert sowohl um nur minimale klinische als auch nur minimale radiologische Wirbelsäulenebefunde. Ein wie von Dr. F. diagnostiziertes Reizknie habe aktuell nicht bestärkt werden können. Ebenso fehle es an einer Bandinstabilität, und weder klinisch noch röntgenologisch hätten sich Aspekte einer Gonarthrose finden lassen. Allenfalls könne von einer beginnenden Femoropathellararthrose die Rede sein (Urk. 11/117/17). Die von Dr. F. formulierte Schlussfolgerung, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrage hypothetisch zwei bis drei Stunden täglich, sei mithin nicht nachvollziehbar. Im Bereich beider Beine hätten sich sodann keinerlei Aspekte einer muskulären Atrophie erheben lassen, und die Ober- und Unterschenkelmuskulatur sei seitengleich kräftig. Für eine hinreichende Gebrauchsfähigkeit beider Beine spreche sodann eine mittelkräftige, seitengleiche Fusssohlenbeschielung. Schliesslich habe die gemäss Gutachten der RehaClinic C. festgestellte Hypermobilität nicht bestärkt werden können. Die entsprechenden Symptome seien allenfalls als rumpfmuskuläre Dekonditionierung und Schwäche mit lumbaler Hyperlordose zu betrachten, was einer angedeuteten Bindegewebslaxität, nicht jedoch einem Hypermobilitätssyndrom entspreche. Endlich habe sich im Bereich der oberen Extremitäten kein erkennbares pathologisches Korrelat für die geklagten endphasigen Schulterschmerzen finden lassen. Mithin seien dem Beschwerdeführer wechselbelastende leichte bis mittelschwere, rückenadaptierte und an die Kniebinnenschädigung angepasste Tätigkeit mit einer Gewichtslimite von 15 kg und

einem Pensum von 100 % zumutbar. Folgende Arbeiten seien dabei zu vermeiden: vornüber gebeugt stehend, langfristig nur sitzend, nur stehend und mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Wegen der Kniepathologie seien kniende, hockende oder kauende Arbeiten zu vermeiden (Urk. 11/117/18).

3.2.4.3 Der neurologische Gutachter, Dr. med. S.____, hielt fest, die vom ruhig und freundlich wirkenden Beschwerdeführer geschilderte Schmerzstärke von teilweise VAS 8.5 für den Rückenschmerz sei in seinem Ausdrucksverhalten nicht erkennbar gewesen. Das An- und Ausziehen von Schuhen und Strümpfen sei im Sitzen auch mit weit vorgebeugtem Oberkörper ordentlich gut gelungen. Eine Schwäche der Arme und Füsse habe sich nicht gezeigt (Urk. 11/117/32). Der Gutachter erklärte, im neurologischen Status seien keine relevanten neurologischen Defizite aufgefallen. Das Reflexniveau sei durchaus lebhaft und symmetrisch. Selbst für die angeblich bestehende radikuläre L5 oder S1-Schädigung hätten sich weder sensible noch motorische oder reflexdifferente Befunde erheben lassen. Zwar seien bildgebend degenerative Veränderungen im Bereich der HWS in Höhe C5/6/7 im Sinne einer Osteochondrose vorhanden. Eine relevante Foramenstenose sei aber nicht zu visualisieren. Zudem sei aufgrund des sehr lebhaften und symmetrischen Reflexstatus eine entsprechende relevante C6 oder C7-Radikulopathie nicht anzunehmen. Diesbezüglich sei auch nie eine konkrete radikuläre Schmerzprojektion angegeben worden. Sodann sei für die in den Akten genannte radikuläre C8-Schädigung kein degenerativer Befund und erst recht keine neurokompressive Pathologie ersichtlich (Urk. 11/117/34). Ähnlich präsentiere sich die Situation im lumbalen Bereich. Auch hier imponierten gewisse Inkongruenzen. Der neurologische Status weise ebenfalls symmetrische und lebhafte Reflexe auf. Eine relevante Schädigung in den Etagen L4, S1 und L5 sei damit nicht nachvollziehbar. Eine anfangs gezeigte Schwierigkeit bei der Fusshebung und -senkung beidseits sei bei zweiter Prüfung nicht mehr nachvollziehbar gewesen und vor allem durch das flüssige und harmonische Gangbild in keiner Weise glaubwürdig, sondern nur als Selbstlimitierung zu erklären. Zudem sei für die erst auf Nachfrage behauptete Schmerzirritation in Richtung des kleinen Zehs bei der Lasagne-Prüfung beim Anziehen in vorgebeugter Haltung keine derartige Schmerzsymptomatik hinderlich gewesen. Der Neurologe erklärte im Weiteren, die Durchsicht der EMG- und NLG-Befunde aus Serbien beschrieben allenfalls unspezifische und leichtgradige Phänomene, welche mit Sicherheit nicht zu einem schwergradigen radikulären Schädigungsmuster des S1- oder L5-Segments passten. Sodann seien auf dem MRI der LWS aus dem Jahr 2004 verhältnismässig geringe degenerative Veränderungen erkennbar, wobei es an einem relevanten neurokompressiven Prozess fehle. Das MRI 2008 sei als ohne wesentliche Veränderung beschrieben worden. Was schliesslich den Kopfschmerz mit einer Stärke von 7.5 betreffe, so sei weder dieser noch jener im Lumbalbereich mit einer behaupteten Stärke von 8.5 aufgrund des Ausdrucksverhaltens des Beschwerdeführers nachvollziehbar. Die angegebenen Kopfschmerzen entsprächen am ehesten einem chronischen Spannungskopfschmerz, welcher üblicherweise nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führe. Schliesslich sei das kleine Meningeom im Olfaktoriusrinnenbereich grossenkonstant und somit ebenfalls nicht von Relevanz. Und endlich habe das Duplexsonogramm der Vertebralis zwar eine Abnahme der Perfusion, nicht aber einen Perfusionsstopp gezeigt (Urk. 11/117/35). Die Schlussfolgerung, die HWS-positionabhängigen Schwindelphänomene seien auf eine positionsabhängige Flussminderung zurückzuführen, sei mithin nicht zulässig. Vielmehr sei die

geschilderte Symptomatik mit Blick auf die Akten als funktionelles Phänomen zu werten.

Zusammenfassend verneinte der neurologische Gutachter das Vorliegen einer relevanten radikulären Störung, welche über die Bewertung auf orthopädischem Fachgebiet hinausgehend eine Einschränkung bedeuten würde. Damit besteht aus neurologischer Sicht betrachtet eine Arbeitsfähigkeit von 100 % auch im angestammten Beruf (Urk. 11/117/36).

Dr. med. T.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, konnte keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Er führte aus, der psychopathologische Befund habe sich unauffällig gezeigt (Urk. 11/117/42-43). Die leichte, somatoforme Schmerzstörung habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und werde durch sein Schon- und Vermeidungsverhalten aufrechterhalten. Zu den aufliegenden psychiatrischen Vorakten Stellung nehmend führte Dr. T.____ aus, die bislang gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode lasse sich nicht mehr stützen. Zwar würden sich Hinweise für das Vorliegen einer leichten somatoformen Schmerzstörung auf der Grundlage einer selbstunsicheren Persönlichkeit mit Vermeidungsreaktionen finden lassen. Derzeit sei aber kein Leidensdruck ersichtlich, welcher eine Behandlungsbereitschaft auslösen würde, wobei darauf hinzuweisen sei, dass der Beschwerdeführer über viele Jahre hinweg überhaupt keine Therapie in Anspruch genommen habe. Mithin seien dem Beschwerdeführer sämtliche berufliche Aufgaben im Rahmen seiner Fähigkeit als ungelerner Arbeiter zumutbar.

Zusammenfassend stellten die Gutachter folgende Diagnosen als mit Auswirkung auf die bisherige Tätigkeit: (1) chronisches cervicospondylogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei (a) im Rahmen der MRI-Abklärung 2008/2011 identifizierte leichte Chondrosen C5/6 und C6/7 mit einer leichten, linksbetonten foraminalen Einengung; aktuell röntgenologisch leichte mehrsegmentale Facettenarthrose; im MRI der LWS 2008 identifizierte kleine fokale Diskushernie L5/S1 bei geringer Oestochondrose L4-S1, ebenfalls in Verbindung mit den aktuell beschriebenen röntgenologischen Befunden der LWS in Form einer leichten mehrsegmentalen Facettenarthrose, altersassoziiert und die Beweglichkeit sowie Belastbarkeit der Wirbelsäule nur gering bis allenfalls mäßiggradig beeinträchtigend, (b) rumpfmuskulärem Globaldefizit, Langzeitdeconditionierung, (c) aktuell neurologisch gutachterlich ausgeschlossenen wirbelsäulenassoziierten Nervenwurzelkompressionssyndromen; (2) beginnende Femoropathellararthrose beidseits, subjektiv rechts mehr als links bei Status nach dreimaliger Arthroskopie des rechten Kniegelenks, einmal links, aktuell klinisch an beiden Kniegelenken stabile Bandführung in allen Qualitäten, keine klinischen Meniskuszeichen; beidseits keine klinischen Aspekte für das Vorliegen eines gravierenden Kniegelenkbinnenschadens rechts oder links. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit bezeichneten die Experten (3) Platt-Knick-Spreizfüße, (4) einen chronischen Spannungskopfschmerz sowie (5) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) mit nicht krankheitswertiger Persönlichkeitsvariante mit ängstlich vermeidenden Anteilen (Urk. 11/117/19-20).

Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers kamen die Gutachter zusammenfassend zum Schluss, gestützt auf die MRI-Befunde 2008 von HWS und LWS sowie die aktuellen Röntgenaufnahmen der HWS und LWS sei eine

rückenadaptierte, wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit einem Pensum von 100 % zumutbar. Eine darüber hinausgehende Minderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht begründen, weshalb das im orthopädischen Gutachten zitierte Anforderungsprofil (E. 3.2.4.2) massgebend sei. Demgegenüber würde die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit das orthopädische Restleistungsspektrum des Beschwerdeführers überfordern, weshalb in dieser Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 11/117/21-23). Mit Blick auf die aktuelle Begutachtung sowie die in den Vorakten teilweise als gravierend beschriebenen Schäden im Bereich der Wirbelsäule, des Rumpfes und der Kniegelenke sei mithin von einer Besserung, welche ab Begutachtungszeitpunkt (28. Februar 2011) anzunehmen sei, auszugehen (Urk. 11/117/23). An Möglichkeiten, die Arbeitsfähigkeit zu verbessern, nannten die Experten die rumpfmuskuläre Rekonditionierung (Ausdauertraining, Velofahren, Gymnastik etc.), welche der Eigenaktivität des Beschwerdeführers obliege. Allfällige - dauerhaft nicht vermeidbare - interkurrent auftretende Rücken- und Kniegelenksbeschwerden seien einer ambulanten hausärztlichen/orthopädischen Behandlung ausreichend zugänglich (Urk. 11/117/25).

3.2.5.1 Der Neurochirurg Dr. K. ___ berichtete am 26. Mai 2011 (Urk. 11/128/3-4), im Bereich der Gesichtsnerven hätten keine Ausfälle festgestellt werden können. Um das Olfactorius-Meningeom zu beobachten, seien MRI-Untersuchungen alle zwei Jahre empfehlenswert. In Bezug auf die HWS nannte Dr. K. ___ deutlich osteochondrotische Veränderungen bei C6/7 mit beginnenden Veränderungen bei C5/6, welche sich von 2004 bis 2008 zumindest leicht progredient gezeigt hätten. Erwartungsgemäss sehe man bei C6/7 auch beidseitige foraminale Stenosen. Wenn der Beschwerdeführer mit den Ergebnissen der konservativen Therapie nicht zufrieden sei, so müsste er sich für eine Spondylodese bei C6/7 und C5/6 entschliessen. An der LWS schliesslich seien die spondylarthrotischen Veränderungen gegenüber 2008 unverändert. Eine Forameneinengung um die Nervenwurzel L5 und S1 sei nicht zu sehen. Bei der Nervenwurzel L4 liege eine linksseitige Forameneinengung vor, welche aber asymptomatisch zu sein scheine. Mittels Facettengelenksinfiltration liessen sich die Rückenschmerzen temporär beruhigen.

3.2.6.1 Am 5. Juni 2011 (Urk. 11/128/1-2) hielt Dr. E. ___ dafür, der körperliche und psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Nach wie vor leide der Beschwerdeführer an andauernden und immobilisierenden Schmerzen. Die aktuelle neurochirurgische Untersuchung habe eine erhebliche Instabilität an der HWS gezeigt, welche nur operativ behandelt werden könne. Aus Angst vor Komplikationen sei der Beschwerdeführer aktuell für eine Operation jedoch nicht bereit. Aufgrund seines Gesundheitszustandes sei er in erheblichem Masse eingeschränkt beziehungsweise in der freien Wirtschaft nicht vermittelbar.

3.2.7.1 Zu den neu aufgelegten Berichten Stellung nehmend erklärten die Gutachter des G. ___ am 10. Oktober 2011 (Urk. 11/129), die von Dr. E. ___ erhobene Diagnose eines chronifizierten, sensomotorischen, axonalen und demyelinisierenden Reiz- und Ausfallsyndroms L5 links und Läsion der Wurzel S1 rechts sei aufgrund der von ihnen durchgeführten Untersuchungen weder verifizierbar noch plausibel. Gestützt auf den im Rahmen der Begutachtung erhobenen vollständig unauffälligen symmetrischen Reflexstatus seien keine neurologischen Korrelate für die von Dr. E. ___ genannte Diagnose und gemachte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit feststellbar. Was die von Dr.

K.____ aktenkundig gemachten Feststellungen betreffe, so habe der von ihm erhobene neurologische Status keine radikulären sensomotorischen Defizite an den oberen oder unteren Extremitäten ergeben, sondern hätten sich sämtliche Reflexe auch hier als unauffällig gezeigt. Schliesslich seien die von Dr. H.____ im Bericht vom 9. Juli 2007 (Urk. 11/123/1) gemachten Erhebungen offenbar ohne klinisches Korrelat, was auch dann gelte, wenn der von ihm erwähnte EMG-Befund 2007 bestanden habe. Hierbei sei allerdings darauf hinzuweisen, dass sich aus den MRI der LWS von 2004 und 2008 keinerlei Hinweise ergeben hätten, dass eine derartige radikuläre Wurzelkompression L5 je bestanden habe. Auch der zusätzliche MRI-Befund vom 6. März 2011 einer intra/extraforaminalen Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 vermöge eine neurokompressive radikuläre Ausfallsymptomatik mit Sicherheit nicht zu begründen. Schliesslich seien bezüglich der cervicalen Beschwerden radikuläre Störungen nicht ausgewiesen. Die Differenz zu den in früheren Berichten genannten Einschätzungen einer stärker geminderten Arbeitsfähigkeit beruhe damit einerseits überwiegend wahrscheinlich in einer zu unkritischen Übernahme des subjektiven Beschwerderapportes des Beschwerdeführers, andererseits auf einer zu unkritischen Übernahme der Befunde der externen serbischen Arztberichte, wobei diese Befunde nicht mit der Bildgebung korrelierten. Zusätzlich seien endlich eine verbesserte Adaption an die Beschwerden und damit eine bessere Leistungsfähigkeit wahrscheinlich. Mithin ergebe sich keinerlei Anlass, von der gutachterlichen Einschätzung, wonach eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % bestehe, abzuweichen.

E. 4

4.1 Auf die Expertise von Dr. B.____ abstellend, war der RAD davon ausgegangen, dem Beschwerdeführer sei ab Juni 2008 (Begutachtungszeitpunkt) nur mehr eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten von über 5 kg und ohne Verharren in Zwangshaltungen im Umfang von 70 % zumutbar (Einschätzung von Dr. med. Q.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 21. August 2008, Urk. 11/80/4), weshalb die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 55 % errechnete und dem Beschwerdeführer eine halbe Rente der Invalidenversicherung zusprach (Verfugung vom 3. Juni 2009, Urk. 11/96). Dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auch in körperlich leichten Tätigkeiten derart reduziert wäre, ergibt sich entgegen der Feststellung des RAD aber nicht aus dem Gutachten von Dr. B.____. Dieser schränkte das Leistungsprofil des Beschwerdeführers insoweit ein, als das Heben und Tragen von Lasten von über 15 kg nicht repetitiv, sondern einzig sporadisch (nur in geringem Mass) erfolgen dürfe (E. 3.1.9.3). Damit sprach sich Dr. B.____ nur zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer mittelschweren Tätigkeit aus, während Angaben in Bezug auf eine körperlich leichte Verweisungstätigkeit gänzlich fehlen. Die Anfrage des RAD, wie sich die von ihm weitgehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit (60 % bis 80 % unter Beachtung des formulierten Anforderungsprofils) angesichts der in der Untersuchung gezeigten Inkonsistenzen nachvollziehbar begründen lasse (E. 3.1.9.4), beantwortete Dr. B.____ dahingehend, als den (in Serbien) mittels EMG erhobenen Befunden höheres Gewicht zukomme als den klinischen Untersuchungsbefunden. Unter Hinweis auf das von ihm genannte Anforderungsprofil präzisierete der Experte sodann, seine Einschätzung weiche nicht wesentlich von jener der Gutachter der MEDAS A.____ ab, wonach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 80 % in einer körperlich mittelschweren Verweisungstätigkeit bestehe (E. 3.1.9.4). Hatte Dr. B.____ darüber hinaus festgestellt, an der HWS hätten sich im

Vergleich zur Voruntersuchung des Jahres 2004 keine wesentliche (E. 3.1.9.2) und betreffend die LWS nur wenig Veränderungen ergeben (Urk. 11/75/17), so ist unerfindlich, weshalb die Beschwerdegegnerin ihrem Entscheid dennoch eine gegenüber dem Gutachten der MEDAS A. ___ verminderte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zugrunde legte. Eine auf eine körperlich leichte Tätigkeit im Umfang von 70 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit liess sich nur schon mangels entsprechender Ausführungen weder auf das Gutachten von Dr. B. ___ stützen, noch rechtfertigte sich eine solche Einschätzung mit Blick auf die übrigen medizinischen Berichte. Soweit Dr. N. ___ am 13. Juni 2006 eine Nervenwurzelkompression diagnostiziert hatte, vermag seine Beurteilung nicht zu überzeugen, hielt er doch ausdrücklich fest, das MRI vom 30. Mai 2006 habe die Befunde vom 26. November 2004 bestätigt (E. 3.1.4). Dass eine Kompressionsproblematik vorliege, hatte PD Dr. L. ___ gestützt auf das am 26. November 2004 angefertigte MRI aber ausdrücklich ausgeschlossen (E. 3.1.1). Im übrigen hatte Prof. Dr. N. ___ im September 2005 einzig mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als unzumutbar bezeichnet (E. 3.1.3). Dazu kommt, dass die von Dr. B. ___ erhobenen Befunde (uneingeschränkte Muskelkraft an Extremitäten und Rumpf, diffuse Hypästhesie, welche sich keinem Dermatome zuordnen lässt, symmetrisch auslösbare Muskeleigenreflexe, E. 3.1.9.2) einer eindeutig radikulären Symptomatik entgegenstanden, was bereits von den Ärzten der MEDAS A. ___ festgehalten worden war (E. 3.1.2). Schliesslich erhob Dr. B. ___ an den Kniegelenken einen unauffälligen Befund, bezeichnete die These einer Irritation der Arteria vertebralis als (auch) spekulativ und machte ebenso wie die Gutachter der MEDAS A. ___ schon zuvor (E. 3.1.2) eine deutliche Dekonditionierung des Beschwerdeführers aktenkundig. Mithin war es für die Beschwerdegegnerin leicht erkennbar, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen war und sich damit eine von der Einschätzung der MEDAS-Gutachter abweichende Beurteilung nicht aufdrängte. Diese hatten in Bezug auf die Beschwerden an HWS und LWS bei fehlenden Kompressionszeichen, aber verschiedenen Hinweisen auf eine Symptomausweitung, eine mittelschwere Tätigkeit im Umfang von 50 % bis 80 %, eine körperlich leichte Arbeit aber als vollumfänglich zumutbar bezeichnet (E. 3.1.2). Das hiesige Gericht hatte denn auch in seinem Urteil vom 28. November 2007 die Beurteilung von Dr. U. ___, MEDAS A. ___, wonach der Beschwerdeführer zwar an degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule leide, ein Nerv aber nicht betroffen sei, als nachvollziehbar bezeichnet, angesichts der Expertise zeitlich nachfolgenden Hinweisen auf eine Kompressionssymptomatik jedoch ergänzende Abklärungen als nötig erachtet (E. 3.1). Eine gesundheitlich Verschlechterung, wie dies das Gericht für möglich gehalten hatte (Urk. 11/67, E. 4.2.2), und damit einhergehend eine verminderte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers liess sich in der Folge aber nicht bestätigen. Im Gegenteil schloss Dr. B. ___ eine wesentliche Veränderung ausdrücklich aus und kam - wie schon festgestellt - bezüglich mittelschweren Tätigkeiten zur beinahe deckungsgleichen Einschätzung wie die Gutachter der MEDAS A. ___ (E. 3.1.9.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Fehlte es der Expertise von Dr. B. ___ nicht bloss an einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Verweisungstätigkeit, sondern mangelte es nachweislich an einer gesundheitlichen Verschlechterung, so war es der Beschwerdegegnerin verwehrt, ihren Entscheid auf sein Gutachten abzustellen. Gestützt auf die medizinische Aktenlage und das in dieser Sache bereits ergangene Urteil des hiesigen Gerichts (vgl. insbesondere E. 4.2.2, Urk. 11/67/23) wäre die

Beschwerdegegnerin vielmehr gehalten gewesen, ihrem Entscheid unverändert die Beurteilung der Gutachter der MEDAS A.____ und damit eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer körperlich leichten Tätigkeit zugrunde zu legen. Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin erweist sich damit als offensichtlich unrichtig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine auf keiner nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der massgeblichen Arbeitsfähigkeit beruhende Invaliditätsbemessung ist nicht rechtskonform, und die entsprechende Verfügung zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinn (E. 2.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. April 2009, 9C_1014/2008, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Mit dem Erlass der auf ungenügenden Grundlagen beruhenden Rentenverfügung vom 3. Juni 2009 hat die Beschwerdegegnerin nebst dem Untersuchungsgrundsatz auch den Grundsatz der Eingliederung vor Rente verletzt (Urteil 9C_1014/2008, E. 3.2.5). Die Verfügung ist daher zweifellos unrichtig.

4.2 Ä Ä Ä

4.2.1 Ä Ä Steht die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung fest und ist die Berichtigung von erheblicher Bedeutung, was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (E. 2.3), sind die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro zu prüfen. Es ist wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad bei Erlass der (nunmehr) streitigen Verfügung zu ermitteln (Urteil 9C_1014/2008, E. 3.3).

4.2.2 Ä Ä Die Gutachter des G.____ untersuchten den Beschwerdeführer persönlich und legten unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie den später aufgelegten Berichten (E. 3.2.5-6) nachvollziehbar dar, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr, eine wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Arbeit demgegenüber vollumfänglich zumutbar ist (E. 3.2.4.5 und E. 3.2.7). Damit erfüllt die Expertise die von der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Unterlage gestellten Anforderungen (E. 2.4), womit zur Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was der Beschwerdeführer dagegen vorbrachte (E. 1.2), vermag zu keinem anderen Schluss zu führen. Die von ihm im vorliegenden Verfahren eingereichten Berichte sind, soweit sie nach der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2011 verfasst wurden, grundsätzlich unbeachtlich (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140 f. mit Hinweis). Zudem fällt ins Gewicht, dass es sich bei diesen Berichten weitestgehend um Reinterpretationen des MRI der LWS vom 3. März 2011 handelt (Urk. 11/137/16-17, 11/137/32-33, 11/137/43-46), die teilweise bereits Eingang in die Akten gefunden (Urk. 11/137/18-22, 11/138/1-4) oder aber vom Beschwerdeführer geklagte Beschwerden zum Gegenstand haben, welche schon durch die Gutachter des G.____ berücksichtigt worden sind (Urk. 11/137/137/24-30, 11/137/34-42). Dazu kommt, dass die meisten vom Beschwerdeführer aufgelegten Berichte von ausländischen Ärzten, deren medizinische Sachkompetenz sich einer Überprüfung entzieht, verfasst wurden, womit deren Beweiswert ohnehin fraglich ist. Zu den nach Erstattung des Gutachtens aufgelegten medizinischen Berichten Stellung nehmend, legten sodann die Gutachter des G.____ nachvollziehbar dar, dass mangels neurologischen Korrelats beziehungsweise fehlender neurokompressiver radikulärer Ausfallsymptomatik von ihrer Einschätzung

abzuweichen keinerlei Anlass besteht (E. 3.2.7). Schliesslich ist mit Blick auf die bereits früher von den Gutachtern der MEDAS A.____ postulierte Symptomausweitung (E. 3.1.2) sowie auf die von Dr. B.____ festgestellten Inkonsistenzen (E. 3.1.9.2; vgl. dazu die Kritik des RAD, E. 3.1.9.4) der Ausführung der Gutachter des G.____, wonach die unterschiedliche Beurteilung der Leistungsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich in einer zu unkritischen Übernahme sowohl des subjektiven Beschwerderapports als auch der externen serbischen Berichte gründe (E. 3.2.7), ohne Weiteres zu folgen.

         Soweit Dr. F.____ daf rhielt, der Beschwerdeführer verfüge über eine Restarbeitsfähigkeit von bloss zwei bis drei Stunden täglich, ist darauf hinzuweisen, dass die Ärztin ihrer Beurteilung eine radikuläre Reizsymptomatik zugrunde legte (E. 3.2.2), wovon aber, wie vorstehend bereits ausgeführt (E. 4.1), nicht auszugehen ist. Ebenso wenig vermag die Einschätzung von Dr. E.____ den Beweiswert des G.____-Gutachtens zu schmälern, fehlt es ihren Ausführungen doch an einer nachvollziehbaren Begr ndung für eine wie von ihr attestierte völlige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in jeder behinderungsangepassten Tätigkeit (E. 3.2.1). Im übrigen ist nicht nur diesbezüglich, sondern auch mit Blick auf das MRI vom 3. März 2011 (E. 3.2.3) sowie die Feststellung von Dr. K.____, der Beschwerdeführer müsste sich allenfalls zu einer Operation entschliessen (E. 3.2.5), erneut auf die Stellungnahme der Gutachter des G.____ zu verweisen, wonach eine neurokompressive Ausfallsymptomatik an der LWS beziehungsweise radikuläre Störung an der HWS auszuschliessen ist (E. 3.2.7).

         Endlich ergeben sich hinsichtlich der geklagten Knieproblematik - weder die Diagnose eines Reizknie noch diejenige einer Gonarthrose liess sich bestätigen (E. 3.2.4.2) - sowie des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers keinerlei Hinweise dafür, welche gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens des G.____ sprechen würden, wobei ergänzend auf die diesbezüglichen Ausführungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. November 2007 (Urk. 11/67, E. 4.2.1 und 4.2.3) hinzuweisen ist.

4.2.3  Zusammenfassend vermögen damit die Vorbringen des Beschwerdeführers den Beweiswert des G.____-Gutachtens nicht zu erschüttern. Demnach ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit (vgl. Zumutbarkeitsprofil E. 3.2.4.2) ganztags mit einem Pensum von 100 % zumutbar ist.

         Zu keinem anderen Schluss führen die mit Stellungnahme vom 27. März 2012 (Urk. 15) neu aufgelegten Berichte (Urk. 16/1-2), sind sie doch nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2011 verfasst worden und bereits daher unbeachtlich (vgl. bereits vorstehend, E. 4.2.2). Im übrigen konnte Dr. H.____ keine relevanten Veränderungen zur Voruntersuchung im März 2011 feststellen (Urk. 16/1) - womit die Beurteilung durch die Gutachter des G.____ (vgl. E. 3.2.7) unverändert Gültigkeit hat - und fehlt es der Einschätzung von Dr. E.____ (Urk. 16/2) erneut an einer nachvollziehbaren Begr ndung für die völlige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers. Damit hat es bei der Einschätzung der Experten des G.____ sein Bewenden.

E. 5

5.1      Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2

IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das
Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach
Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger
Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener
Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum
Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre
(sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu
erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst
genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der
Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des
Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der
beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret
steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt 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 gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch
herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f.
E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung
wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt
(BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert
(Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu
berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt,
welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche
Arbeitszeit von wörtlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle
B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81
E. 2a).

5.3 Gemäss Angaben seines früheren Arbeitgebers, der Y. AG, hätte der
Beschwerdeführer im Jahr 2003 ein jährliches Einkommen von Fr. 66'300.-- (Fr.
5'100.-- x 13) erzielt (Urk. 11/7/2). Neben dieser Tätigkeit als Elektromonteur war der
Beschwerdeführer während neun Wochenstunden im Reinigungsdienst tätig, wo er
im Jahr 2001 ein Jahressalarium von Fr. 6'616.40 und im Jahr 2002 ein solches von Fr.
10'201.30 erwirtschaftete (Urk. 11/14/2; Urk. 11/8/2). Mithin ist von einem Einkommen
im Jahr 2003 von insgesamt Fr. 74'708.85 auszugehen (Fr. 66'300.-- zuzüglich Fr.
8'408.85 [Durchschnitt der Jahre 2001 und 2002 im Reinigungsdienst]), was bereinigt um
die Nominallohnentwicklung (vgl. Website des Bundesamtes für Statistik [
www.bfs.admin.ch] unter der Rubrik Themen - 03 - Arbeit und Erwerb und der
Unterrubrik Löhne, Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Schweiz. Lohnindex
insgesamt) Fr. 79'821.70 für das Jahr 2008 ergibt (Index Männer, 2003: 1958; Index
Männer, 2008: 2092; eine weitere Aufrechnung auf das Jahr 2011 ergibt sich bei
identischer Aufrechnung des Invalideneinkommens auf das Jahr 2008).

Weil der Beschwerdeführer keine ihm zumutbare neue
Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die
Tabellenwerte (E. 5.2) abzustellen. Danach erzielte im Jahr 2008 ein mit einfachen und
repetitiven Tätigkeiten Beschäftigter ein monatliches Einkommen von Fr. 4'806.--
beziehungsweise von jährlich Fr. 57'672.-- (LSE 2008, Tabelle TA1, Wirtschaftszweige

Total, Niveau 4, Männer) und bereinigt um die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (E. 5.2) ein solches von Fr. 59'979.--. Die Beschwerdegegnerin brachte eine Reduktion von 15 % in Abzug (Urk. 11/118/2), was den Umständen, dass der Beschwerdeführer auf leichte bis mittelschwere, rücken- und knieadaptierte Tätigkeiten beschränkt ist (E. 4.2.3) und während über zehn Jahren bei der Y. AG beschäftigt war, hinreichend Rechnung trägt (vgl. BGE 126 V 75). Weitere Umstände, welche einen höheren Abzug rechtfertigten, sind nicht ersichtlich. Damit ist das Invalideneinkommen für das Jahr 2008 auf Fr. 50'982.15 (85 % von Fr. 59'979.--) festzusetzen.

5.4 Der Vergleich von Valideneinkommen (Fr. 79'821.70; Jahr 2008) und Invalideneinkommen (Fr. 50'982.15; Jahr 2008) führt zu einem Invaliditätsgrad von 36 %, was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet. Bei dieser Sachlage kann offen bleiben, ob dem Beschwerdeführer zusätzlich ein behinderungsangepasster Nebenerwerb zumutbar wäre (vgl. Bundesgerichtsentscheid U130/02 vom 29. November 2002, E. 3.2.1).

Aufgrund des Gesagten ist die Verfügung vom 3. Juni 2009 als zweifellos unrichtig zu qualifizieren und die für eine Wiedererwägung weiter vorausgesetzte Erheblichkeit der Berichtigung ohne Weiteres zu bejahen (E. 4.2.1). Die rentenaufhebende Verfügung vom 1. Dezember 2011 ist infolgedessen mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schätzen, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

6.

6.1 Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 47, 100 V 61, 98 V 117).

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuch stellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch die Möglichkeit, vom Ehegatten auf Grund der ehelichen Unterhaltspflicht (Art. 163 ZGB) einen angemessenen Prozesskostenvorschuss zu erhalten. In zweiter Linie ist zu prüfen, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt. Erst in dritter Linie ist die Gesuch stellende Person sodann auf die allgemeine eheliche Beistandspflicht zu verweisen. Die Pflicht des Staates zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung geht der Unterhaltspflicht aus Familienrecht nach; entsprechend ist bei der Beurteilung der Bedürftigkeit das Einkommen beider Ehegatten zu berücksichtigen (BGE 115 Ia 193 E. 3a S. 195; 108 Ia 9 E.

3 S. 10). Erst wenn alle diese Mittel zur Finanzierung des Prozesses nicht ausreichen, ist die Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts gegeben (ZR 90 Nr. 82 S. 260).

6.2 Aus den mit dem Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 8) eingereichten Unterlagen (Urk. 9/1-8) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2010 insgesamt eine Summe von Fr. 20'000.-- auf ein Konto in Belgrad überwiesen hat (Urk. 9/7-8). Gleichzeitig machte er geltend, er habe für die Fremdbetreuung seiner Kinder in Serbien mit jährlich rund Fr. 20'000.-- aufzukommen (Urk. 8 S. 5), und führte

er in der Steuererklärung 2010 aus, er und seine Ehefrau unterstützten eine V.____, wohnhaft in Serbien, mit Fr. 7'700.-- jährlich. Belege dafür, dass das im Jahr 2010 überwiesene Geld tatsächlich für Unterstützungszwecke verwendet wurde und dem Beschwerdeführer - dieser ist bevollmächtigte Person (Urk. 9/8), womit er jederzeit auf das Konto Zugriff hat - nicht mehr zur Verfügung steht, sind demgegenüber nicht aktenkundig. Sodann versäumte es der Beschwerdeführer, die Vermögensverhältnisse seiner Ehefrau mittels Kontoauszug zu belegen. Damit ist offensichtlich, dass der Beschwerdeführer ungenügende Angaben zu seiner finanziellen Situation gemacht hat, womit sich sein Gesuch als nicht genügend substantiiert erweist. Wie mit Verfügung vom 9. Januar 2012 (Urk. 5) angedroht, ist daher davon auszugehen, dass keine prozessuale Bedeutsamkeit besteht, und ist das Gesuch des Beschwerdeführers vom 4. Januar 2012 um unentgeltliche Prozessführung abzuweisen.

7. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 4. Januar 2012 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen,

und erkennt sodann:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 15 und Urk. 16/1-2

- 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).

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