

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00540 vom 30. Oktober 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00540

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00540 du 30 octobre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00540 del 30 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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.

E. 1.2

Die 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.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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. Valideinkommen). 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).

E. 1.4

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 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). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit. f IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die IV-Stelle begünstigt die Aufhebung der laufenden ganzen Rente damit, laut dem A.____ - Gutachten vom 3. Oktober 2010 und der RAD-Stellungnahme vom 11. November 2010 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert. Aktuell seien ihm behinderungsangepasste, wechselbelastende, leichte bis selten mittelschwere Verweistätigkeiten im Vollzeitpensum zumutbar. Es bestehe kein Grund, auf diese Beurteilung nicht abzustellen, zumal der Beschwerdeführer offensichtlich über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt habe, um die gutachterlichen Fragen zu Anamnese, Befindlichkeit, Tagesablauf etc. zu beantworten. Die der Einschätzung im Gutachten widersprechenden subjektiven Wertungen des Beschwerdeführers seien nicht massgebend. Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 83'271.50 mit dem zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen von Fr. 53'145.75 ergebe bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 30'125.75 einen Invaliditätsgrad von 36 %, welcher die für den Anspruch auf eine Rente vorausgesetzte Schwelle von 40 % nicht erreiche. Da der

Beschwerdeführer das 55. Altersjahr zurückgelegt habe, hätten nach der höchstichterlichen Rechtsprechung zunächst die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen geprüft und die Massnahmen gegebenenfalls auch durchgeführt werden müssen, bevor die Rente aufgehoben werden können. Diesem Erfordernis sei die IV-Stelle nachgekommen. Da sich der Beschwerdeführer subjektiv nicht in der Lage gefühlt habe, ein Integrationsprogramm oder berufliche Massnahmen zu absolvieren, seien die Eingliederungsbemühungen abgebrochen worden, und die Rente sei aufgehoben worden (Urk. 2, Urk. 6, Urk. 12) .

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, es könne nicht auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im A.____ - Gutachten abgestellt werden. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei im Gutachten nicht nachvollziehbar begründet worden, womit kein Revisionsgrund vorhanden sei und der Anspruch auf die laufende Rente unverändert bestehe. Das Gutachten erfülle nicht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an die Qualität eines Fachberichtes. Zum einen sei nämlich die attestierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht angesichts der von den Gutachtern erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar. Zum anderen lasse das psychiatrische Teilgutachten eine Auseinandersetzung mit der divergierenden Beurteilung von Dr. B.____ missen. Dr. B.____ behandle ihn seit über zehn Jahren, weshalb er den chronifizierten Krankheitsverlauf mit einer Wesensänderung besser beobachten können als die Gutachter, welche für ihre Beurteilung bloss auf eine Momentaufnahme hätten abstellen können. Die von den Gutachtern erwähnte fehlende Medikamenteneinnahme sei zudem für psychisch Erkrankte geradezu typisch und nicht geeignet, das Nichtbestehen einer psychischen Erkrankung zu begründen (Urk. 1 S. 9 ff.) . Von Bedeutung sei ferner, dass kein Dolmetscher während der Begutachtung anwesend gewesen sei. Deshalb sei es ihm, der nur gebrochen Deutsch spreche, nicht möglich gewesen, dem psychiatrischen Gutachter zu folgen. Allenfalls sei er deshalb erneut – unter Beizug eines Übersetzers – psychiatrisch zu begutachten (Urk. 9).

E. 3

Oktober 2010 erstattet.

Der Beschwerdeführer gab den Gutachtern an, im Vordergrund stünden seine Schmerzen im Bereich der linken Schulter, welche Tag und Nacht bestünden. Beim Hochheben des Armes habe er zudem stärkste Schmerzen im Hinterkopf

links. Weiter leide er unter Rückenschmerzen etwas links im Bereich der ehemaligen Operationsstelle, welche über die Hüfte entlang des lateralen Oberschenkels zur Kniekehle und von dort an der Innenseite des Unterschenkels über die Ferse zu den Zehen I und II ziehen würden. Die Schmerzen in den Zehen träten zwei- bis dreimal pro Woche auf. Ferner bestünden Gefühlsstörungen im Bereich des medialen Unterschenkels und Fusses.

In psychischer Hinsicht werde er dadurch beeinträchtigt, dass er immer wieder über den Unfall und die drei Kinder, welche deswegen jetzt ohne Eltern seien, nachdenken müsse .

Zudem mache er sich Gedanken über die Arbeit, da er seine ehemaligen Kollegen zur Arbeit gehen sehe (Urk. 7/54 S. 17 f., 24 f., 38 f., 45).

Die internistische Untersuchung ergab das Bild eines 55-jährigen, übergewichtigen Mannes in unauffälligem Allgemeinzustand bei altersentsprechend normalem klinischem Status (Urk. 7/54 S. 16, 18 ff, 45).

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung waren die Impingement-, Rotatorenmanschetten- und ACG-Tests beidseits nicht spezifisch positiv. Der Gutachterin fiel eine gesamthaft kräftig ausgebildete Muskulatur des gesamten Bewegungs- und Halteapparates auf, welchen sie als Ausdruck dafür wertete, dass die Muskulatur kontinuierlich beansprucht werde. Dennoch bestand im Bereich des Schultergürtels eine deutliche muskuläre Dysbalance mit Hypertonus insbesondere der Scaleni links mehr als rechts und multiplen Triggerpunkten. Die Insuffizienz der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur führe zusammen mit einer Fehlhaltung sowie den degenerativen Veränderungen (Status nach Dekompression des Rezessus LWK5 über das interlaminäre Fenster LWK4/5 und LWK5/SWK1 links mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 und S1 links am 14. Juni 2000, multisegmentale Osteochondrosen mit ventralen Spondylosen und Spondylarthrosen betont LWK5/ SWK1 beidseits sowie eine ausgeprägte Narbenbildung linksseitig entlang des Zugangswegs und epidural bei Status nach der Operation vom 14. Juni 2000) zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung insbesondere des Achsenorgans und aktuell einer konsekutiven Funktionsstörung des rechten ISG. Eine Dupuytren'sche Kontraktur insbesondere im Bereich des Ringfingers links, welche operationsbedürftig sei, führe auch aktuell zu einer gewissen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit insbesondere für feinmotorische Tätigkeiten. Hinweise auf eine floride

neuroradikuläre Symptomatik hätten nicht bestanden. Die subjektiv angegebene Hypästhesie des medialen und lateralen Unterschenkels sowie sockenförmig des gesamten linken Fusses entspreche keinem Dermatomespektive Innervationsgebiet eines Nervs. Das Fehlen des linksseitigen Achillessehnenreflexes sei als Residuum bei Status nach S1-Wurzelkompression zu werten und ohne eigentlichen Krankheitswert.

Es

bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Schmerzen. Unter Berücksichtigung aller Befunde und Gegebenheiten limitiere das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom links durch die Einschränkung der Belastbarkeit des linken Schultergelenks, der Lendenwirbelsäule und beider Hände die Arbeitsfähigkeit. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Elektromonteur bestehe keine Arbeitsfähigkeit, in einer optimal dem Leiden angepassten Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer hingegen eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert werden. Aufgrund fehlender fachärztlicher Berichte und des Fehlens objektiv erhobener, versicherungsmmedizinisch nachvollziehbarer Befunde und Funktionsdefizite ab 2002 könne der Verlauf im retrospektiven Längsschnitt nicht beurteilt werden, so dass die Beurteilung ab sofort gelte (Urk. 7/54 S. 22 ff., 32 ff. S. 45 f.).

Im Rahmen der eineinhalb-stündigen psychiatrischen Exploration wurde ein weitgehender psychischer Normalbefund erhoben. Laut dem psychiatrischen Gutachter war der vom Beschwerdeführer angegebene Tagesablauf mit Hobbys und Interessen weitgehend unauffällig. Ein klinisch relevanter Rückzug lasse sich aufgrund dessen nicht vermuten. Nach eigenen Angaben sei das Vermeidungsverhalten des Beschwerdeführers darauf begrenzt, dass er nicht mehr selbst Autofahre (als Beifahrer aber schon mitfahre).

Alpträume würden im Durchschnitt nur noch zweimal wöchentlich auftreten, über Nachhallerinnerungen und vegetative Reaktionen bei Hinweisreizen habe er erst auf Nachfrage hin berichtet. Er vermeide auch keine Reisen in den Bereich des Unfallortes. Mit den ihn plagenden Schuldgefühlen gehe er konstruktiv um, indem er die Kinder der bei dem Verkehrsunfall umgekommenen Person finanziell unterstütze. Die aufgrund von Schlafstörungen verordnete Medikation mit Trittico 100 mg nehme er nicht regelmässig ein. Die Behandlungsfrequenz von vier- bis sechswöchigen rund fünfzehnminütigen Psychotherapiegesprächen weise nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hin. Die angegebenen Beschwerden liessen sich diagnostisch am ehesten

als Dysthymia (ICD-10; F34.1) verschlüsseln. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig, wobei aufgrund der fehlenden Medikamenteneinnahme davon ausgegangen werden müsse, dass schon seit 2007 keine relevanten Beschwerden mehr bestanden hätten und der Beschwerdeführer uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 7/54 S. 34 ff, 39, 54 ff.).

In der abschliessenden interdisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Elektromonteur zu 100 % arbeitsunfähig. In einer optimal dem Leiden angepassten, wechselbelastenden, leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit ohne mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, ohne repetitive, stereotypische Bewegungsabläufe, ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das Tragen und Heben von Lasten körperfern und ohne besondere Anforderungen an die feinmotorischen sowie die kraftfordernden Fähigkeiten im Bereich der linken mehr als rechten Hand sei aus interdisziplinärer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren (Urk. 7/54 S. 47 ff.).

E. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert hat. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung ist die ursprüngliche

Rentenerfüllung der IV-Stelle vom 8. Oktober 2001 (Urk. 7/19).

Die anlässlich der erstmaligen Revision der Rente ergangene Mitteilung der IV-Stelle vom 15. November 2004 (Urk. 7/31) basierte nämlich nicht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung

(vgl. E. 1.4).

Nebst dem vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogen für Rentenrevisionen und dem Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wurde nämlich trotz Anhaltspunkten auf eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Problematik kein psychiatrischer Bericht eingeholt (Urk. 7/28-30).

E. 3.2

Der Verfügung vom 8. Oktober 2001, mit welcher dem Beschwerdeführer die ganze Rente zugesprochen worden war, lagen in medizinischer Hinsicht die Berichte von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, vom 10. Januar 2001, wonach die Arbeitsfähigkeit als Elektromonteur wegen einem radikulären Syndrom L5/S1 links, einer erheblichen

Narbenbildung links epidural nach Dekompression L4/5 und L5/S1 sowie einer chronischen Schmerzsymptomatik erheblich reduziert war (Urk. 7/12 S. 17 ff.), und der Bericht des Hausarztes Dr. C.____ vom 4. Mai 2001 (Urk. 7/12 S. 5 ff.) zugrunde (Urk. 7/15 f.) . Dr. C.____ diagnostiziert ein LWS-Syndrom L5, S1 bei Fehlform der Wirbelsäule, eine Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelkompression bei Status nach Dekompression L5 am 14. Juni 2000, chronische Schulterschmerzen bei Status nach AC-Luxation Tossy links sowie Status nach Stabilisation AC Schulter links , eine entgleiste Hypertonie mit vasomotorischen Kopfschmerzen, eine Adipositas (99 kg/184 cm), einen Status nach Hepatitis B sowie ein schweres depressives Zustandsbild , welches von Dr. B.____ behandelt werde. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen erachtete Dr. C.____ den Beschwerdeführer

als 100%ig arbeits unfähig im angestammten Beruf als Elektromonteur und generell keinen physischen und psychischen Arbeitsanforderungen gewachsen (Urk. 7/12 S. 5 ff.).

Dr. med. E.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst RAD gelangte in Würdigung dieser Berichte am 24. Juli 2001 zur Beurteilung, Dr. C.____ habe in seinem Bericht sowohl die rheumatologische als auch die psychiatrische Problematik berücksichtigt, so dass seine Einschätzung, der Beschwerdeführer sei mehr als 67 % erwerbsunfähig, nachvollziehbar sei; auf eine weitere psychiatrische Abklärung könne verzichtet werden (Urk. 7/15; vgl. auch Urk. 7/16 S. 1).

Bei Erlass der Rentenverfügung vom 8. Oktober 2001 lag zudem der Austritts - bericht der orthopädischen Klinik F.____ vom 30. April 2001 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 28. März bis 20. April 2001 zur intensiven physikalischen Therapie vor (Urk. 7/12 S. 13 ff.). Im Bericht diagnostizierten die Ärzte ein lumboradikuläres Syndrom L5 und S1 links mit

Fehlform und Fehllhaltung der Wirbelsäule (linkskonvexe, thorakale Skoliose, Haltungsinsuffizienz), mediolateraler bis knapp foraminaler Diskushernie L5/S1 links mit Beeinträchtigung der Nervenwurzeln L5 links und S1 links bei Status nach Dekompression der Wurzel L5 am 14. Juni 2000. Weiter erwähnten sie bei den Diagnosen chronische Schulterschmerzen bei Status nach AC-Luxation Tossy III links nach Autounfall am 5. August 1999 sowie nach Stabilisation AC nach Waever -Dunn der Schulter links am 10. November 2000 und ein depressives Zustandsbild. Abschliessend attestierten die Ärzte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28. März bis 1. Mai 2001 und hielten fest, aus rheumatologischer Sicht sei angesichts des chronifizierten Verlaufs mit einer dauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit zu rechnen (Urk. 7/12 S. 13 ff.).

Ebenfalls vor Erlass der Verfügung vom 8. Oktober 2001 wurde der ausführliche Bericht vom 14. August 2001 des behandelnden Psychiaters Dr. B.____

erstellt . Dr. B.____ führte darin die Diagnose n

einer posttraumatischen Belastungsstörung nach dem schweren Autounfall vom 5. August 1999 mit tödlichen Folgen , eines chronifizierten

lumbosakralen Schmerzsyndroms bei bekannter Diskushernie L5/S1 und Status nach Dekompression der Wurzel L5 am 14. Juni 2000 sowie von chronischen Schulterschmerzen nach einer Schlüsselbeinluxation links in folge des Autounfalls am 5. August 1999 auf .

Der Beschwerdeführer habe während den Therapiesitzungen traurig, innerlich verspannt, psychomotorisch unruhig und gleichzeitig gereizt gewirkt.

Er habe über Schuldgefühle und Alpträume wegen des Unfalls vom 5. August 1999 berichtet. Er müsse ständig an die Kinder der beim Unfall verstorbenen Schwester denken, habe sich zunehmend von der Umgebung zurückgezogen, wage nicht mehr, mit dem Auto zu fahren, und sei nicht imstande, seine Arbeit zu verrichten, was ihn stark depressiv mache. Laut Dr. B. ging es bei den psychotherapeutischen Gesprächen zuerst um den Aufbau von Vertrauen und danach um die Verarbeitung des erlebten Unfalls. Zudem seien ihm Antidepressiva und Anxiolytika verordnet worden. Wegen der Unfähigkeit zur tieferen Einsicht in seine Situation habe sich der Zustand aber chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Da es sich um ein Zusammenspiel körperlicher und seelischer Faktoren nach einer extremen Belastung (Unfall mit tödlichem Ausgang) handle, seien die Beschwerden bis jetzt therapieresistent, und es zeigten sich zunehmend Symptome einer andauernden Persönlichkeitsänderung, welche allmählich das klinische Bild dominierten. Wegen der intensiven Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, der schwer depressiven und ängstlichen Symptome, der innerlichen Gehemmtheit, der starken Konzentrationsschwierigkeiten und der fehlenden Ausdauer sei

der

Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen und in sämtlichen anderen denkbaren Tätigkeiten 100%ig

arbeitsunfähig (Urk. 7/12 S. 1 ff.).

E. 3.3

In den im Rahmen des

letzten Revisionsverfahrens eingeholten Berichten vom 29. Mai 2009 sowie 23. Februar 2010 attestierte der Hausarzt Dr. C. dem Beschwerdeführer

weiterhin eine vollständige Erwerbsunfähigkeit

bei weitgehend stabilem Gesundheitszustand und schlechter Prognose

(Urk. 7/40 S. 6, Urk. 7/50; vgl. auch den im ersten Revisionsverfahren eingeholten Bericht vom 26. Oktober 2004 [Urk. 7/29 S. 2]).

Auch der behandelnde Psychiater Dr. B. bescheinigte dem Beschwerdeführer in seinen Verlaufsberichten vom 24. August 2009

sowie vom 10. Mai 2010 und veränderte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in jeder anderen Erwerbstätigkeit.

Er hielt fest, der Zustand habe sich trotz Einnahme der verschriebenen Medikation (Deanxit, Saroten

retard, Truxaletten) und psychotherapeutischer Behandlung in sechswöchigen Abständen

chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Der Beschwerdeführer sei die ganze Zeit depressiv, innerlich angespannt, lust- und interesselos gewesen, habe Konzentrationsschwierigkeiten gehabt, immer müde gewirkt und lebe seit Jahren ganz isoliert.

Gleichzeitig sei er von andauernden Schmerzen geplagt gewesen. Schon längst sei es zu einer andauernden Persönlichkeitsänderung gekommen, bei der keine Hoffnung auf Besserung bestehe (Urk. 7/42, Urk. 7/51).

Eine Kontrolle der Krankenkassenbelege durch die Invalidenversicherung ergab, dass der Beschwerdeführer

die von Dr. B.____ verschriebenen Psychopharmaka während eines Jahres zwischen Mai 2006 und Mai 2007 sowie ab Oktober 2007 nicht mehr über die Krankenkasse

abgerechnet hatte (Urk. 7/54 S. 13, Urk. 7/56 S. 2) . Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie , erachtete dies als nicht kongruent mit der von Dr. B.____ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten und dem von diesem Arzt angegebenen Medikamentenkonsum , und empfahl deshalb eine polydisziplinäre Abklärung (Urk. 7/56 S. 3).

E. 3.4

Am 19. und 21. Juli 2010 wurde der Beschwerdeführer im A.____ interdisziplinär internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet (Urk. 7/54 S. 1 ff.) .

Zusätzlich fertigten die Gutachter am 19. Juli 2010 Röntgenbilder der Wirbelsäule, des rechten Kniegelenks sowie des linken Schultergelenks an (Urk. 7/54 S. 28 f.) und führten eine Laboruntersuchung, ein Ruhe-EKG und eine kleine Lungenfunktionsprüfung durch (Urk. 7/54 S. 21). Das Gutachten wurde am

E. 4.1

Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert des A.____ - Gutachtens vom 3. Oktober 2010.

In der Expertise wurden die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, seine anamnestischen Angaben und die Vorakten berücksichtigt. Der Beschwerdeführer wurde fachärztlich-internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch und damit hinsichtlich der relevanten Beschwerden allseitig und umfassend untersucht. Die medizinischen Zusammenhänge wurden im Gutachten ebenso wie die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen begründet. Damit sind die höchstrichterlichen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen grundsätzlich erfüllt (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Der Beschwerdeführer kritisierte erstmals mit der Eingabe vom 23. Juli 2013 , dass er den Fragen und Anweisungen der Gutachter wegen ungenügender Deutschkenntnisse nicht folgen können (Urk.

E. 4.2.1

Der Revisionsordnung im Sinne von Art. 17 ATSG (vorstehend E. 1.4) geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide , welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht festgestellt, so kann es

die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfügung mit dieser substituierten Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369).

E. 4.2.2

Die laufende ganze Rente wurde dem Beschwerdeführer soweit ersichtlich im Wesentlichen gestützt auf den Bericht des Hausarztes Dr. C.____ vom 4. Mai 2001 (Urk. 7/12 S. 5 ff.) zugesprochen. Die darin enthaltene Begründung für die attestierte Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten erscheint aus heutiger Sicht wenig überzeugend. Im Lichte der ebenfalls vor Erlass der Verfügung vom 8. Oktober 2001 erstellten spezialärztlichen Berichte von Dr. D.____ vom

E. 4.3

Zu prüfen bleibt, ob sich der Gesundheitszustand seit Erlass der Rentenverfügung vom 8. Oktober 2001 wesentlich verbessert hat und daher ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt.

Im Bericht des Hausarztes Dr. C.____ vom 4. Mai 2001 (Urk. 7/12 S. 5 ff.), auf welchen sich die IV-Stelle bei der erstmaligen Zusprennung der ganzen Rente stützte, wurden praktisch keine objektiven Befunde und Funktionsdefizite festgehalten.

Gleiches gilt für seine Verlaufsberichte vom 29. Mai 2009 (Urk. 7/40 S. 2 f.) und vom 23. Februar 2010 (Urk. 7/50). Auf diesen Umstand wiesen auch die A.____ - Gutachter hin (Urk. 7/54 S. 31).

Die Beurteilungen des Hausarztes sind aus diesem Grund nicht nachvollziehbar. Zur Beurteilung der Entwicklung des körperlichen Gesundheitszustandes kann folglich nicht auf dessen Berichte abgestellt werden.

Der Beschwerdeführer

räumte gegenüber den A.____ - Gutachtern

ein,

es beständen im Rücken auch schmerzfreie Momente (Urk. 7/54 S. 24). Die rheumatologische Gutachterin stellte eine gesamthaft kräftig ausgebildete Muskulatur des gesamten Bewegungs- und Halteapparates fest, welche sie als Ausdruck dafür wertete, dass die Muskulatur kontinuierlich beansprucht werde. Weiter fiel den Gutachtern eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Schmerzen auf. Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass sich der körperliche Gesundheitszustand nach dem Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung,

als sich der Beschwerdeführer noch von zwei Operationen erholte,

in den folgenden rund neun Jahren bis zur Begutachtung im A.____

stabilisiert hat. Die in den hausärztlichen Berichten erwähnte Beschwerdepersistenz dürfte auf die

invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigenden, da mit den objektivierbaren Befunden nicht korrelierenden subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zurückzuführen sein (vgl. E. 1.1).

Eine wesentliche Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Auch der behandelnde Psychiater Dr. B.____ ging in seinen Berichten vom 24. August 2009 und 10. Mai 2010 von einem unveränderten Gesundheitszustand aus. Da Dr. B.____ in seinen Berichten von den A.____ - Gutachtern relevante Fakten wie den weitgehend unauffälligen Tagesablauf, die unbestrittenermassen nicht mehr regelmässige beziehungsweise fehlende Medikamenteneinnahme sowie die gegenüber der internistischen Gutachterin eingeräumte Besserung der psychischen Symptomatik (Urk. 7/54 S. 18) nicht berücksichtigte, ist seine Beurteilung der Entwicklung der psychischen Gesundheit nicht überzeugend. Die von Dr. B.____ attestierten schweren psychischen Probleme lassen sich zudem nur schwerlich mit der Behandlungsfrequenz von vier- bis sechswöchentlichen fünfzehnminütigen Psychotherapiesitzungen vereinbaren. Weiter fällt auf, dass Dr. B.____ in seinem Bericht vom

E. 4.4

Aufgrund des überzeugenden und voll beweiskräftigen A.____ - Gutachtens steht fest, dass der Beschwerdeführer in einer optimal dem Leiden angepassten, wechselbelastenden, leichten bis selten mittelschweren Tätigkeit ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus, ohne repetitive, stereotypische Bewegungsabläufe, ohne das Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne das Tragen und Heben von Lasten körperfern und ohne besondere Anforderungen an die feinmotorischen sowie kraftfordernden Fähigkeiten im Bereich der linken mehr als rechten Hand zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 7/54 S. 47 ff.) . 5.

5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die medizinisch-theoretische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erwerblich auswirkt.

Die IV-Stelle hat den Invaliditätsgrad mittels eines Einkommensvergleichs ermittelt und ist dabei von einem Valideneinkommen von Fr. 83'271.50 und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'145.75 ausgegangen (Urk. 2; vgl. auch Urk. 7/55, Urk. 7/56 S. 6) . Diese Vergleichseinkommen sind zu Recht unbestritten. Insbesondere der beim Invalideneinkommen berücksichtigte leidensbedingte Abzug von

E. 9

S. 2) , und legte seiner Eingabe

ein Schreiben des behandelnden Psychiaters

Dr. B.____ vom 20. Juli 2013 bei. Darin brachte Dr. B.____ zum Ausdruck, er finde, es dürfe auf das psychiatrische Teilgutachten nicht abgestellt werden, weil sein Patient nur gebrochen Deutsch spreche (Urk. 10). Grundsätzlich hat der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden, ob ein Dolmetscher beizuziehen sei. Beim A.____ handelt es sich um eine mit der Beurteilung versicherungsmedizinischer Fragestellungen erfahrene Begutachtungsstelle, welche auch regelmässig Übersetzer bezieht. Die Gutachter vermerkten im vorliegenden Fall aber ausdrücklich, der Beschwerdeführer spreche ausreichend Deutsch, um problemlos eine Anamnese zu erheben (Urk. 7/54 S. 18). Die detaillierte und differenzierte Anamnese und die wörtlichen Zitate im psychiatrischen Gutachten sprechen für diese Schlussfolgerung (Urk. 7/54 S. 36 ff.) .

Es kann zudem ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer beziehungsweise die ihn bereits im Einwandverfahren vertretende Rechtsvertreterin (vgl. Urk. 7/68) bereits früher gehörig auf Verständigungsprobleme anlässlich der Begutachtung aufmerksam gemacht hätten, wären diese wirklich derart schwerwiegend gewesen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts I 743/05 vom 16. Januar 2006, E. 2.3.1).

Dass es bis anhin nicht möglich gewesen ist, entsprechende Einwände zu erheben, ist durch nichts dargetan. Der Einwand, es hätte ein Übersetzer zur Begutachtung beigezogen werden müssen, erweist sich mithin als unbegründet.

Die Kritik, die attestierte uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht sei angesichts der von den Gutachtern erhobenen Befunde nicht nachvollziehbar, ist ebenfalls nicht stichhaltig. Im rheumatologischen Teilgutachten wurden die erhobenen Befunde und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zuerst eingehend und aus versicherungsmedizinischer Perspektive überzeugend dargelegt, insbesondere auch durch das Aufzeigen von verbliebenen Ressourcen und Inkonsistenzen anlässlich der klinischen Untersuchung (Urk. 7/54 S. 22 ff.).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers setzte

sich die psychiatrische Teilgutachterin sehr wohl mit der divergierenden Beurteilung von Dr. B._____

auseinander. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die von Dr. B._____ in den Berichten vom 15. April und 24. August 2009 aufgeführten Befunde zu Beginn ihres Teilgutachtens detailliert wiedergegeben werden (Urk. 7/54 S. 34 f.). Die gutachterliche Beurteilung, dass seit 2007 keine relevanten psychischen Beschwerden mehr bestanden (Urk. 7/54 S. 47), lässt – auch wenn dies im Gutachten nicht ausdrücklich vermerkt wurde – keinen anderen Schluss zu, als dass die A._____ - Teilgutachterin aufgrund der erhobenen Befunde zu einer anderen Beurteilung der psychischen Belastbarkeit gelangte als

Dr. B._____ in seinen Berichten vom 24. August 2009 sowie vom 10. Mai 2010. Da Dr. B._____ in seinen Berichten relevante Fakten wie den weitgehend unauffälligen Tagesablauf, die unbestrittenermassen nicht mehr regelmässige beziehungsweise fehlende Medikamenteneinnahme sowie die gegenüber der internistischen Gutachterin eingeräumte Besserung der psychischen Symptomatik (Urk. 7/54 S. 18)

nicht berücksichtigte, ist seine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht überzeugend. Zudem dürfte die Behandlungsfrequenz von vier- bis sechswöchentlichen fünfzehnminütigen Psychotherapiesitzungen bei Dr. B._____ eine mit der eineinhalbstündigen psychiatrischen Exploration im A._____ vergleichbar sorgfältige Befundaufnahme kaum erlauben. Deshalb kann der Beschwerdeführer aus dem Argument, dass ein langjährig behandelnder Arzt die Entwicklung einer Gesundheitsstörung

in gewissen Fällen besonders gut beurteilen könne, vorliegend nichts zu seinen Gunsten ableiten. Sein Einwand, die Beurteilung der psychiatrischen Teilgutachterin habe bloss auf einer Momentaufnahme beruht, geht deshalb fehl, weil sich die Gutachterin anhand der medizinischen Vorakten, der Krankenkassenakten zu den abgerechneten Medikamenten, der ausführlichen Anamnese und der detaillierten subjektiven Angaben zum Tagesablauf und zur Entwicklung der Symptome ein realistisches Bild über die Entwicklung des Gesundheitszustands machen konnte. Die abweichende Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. B._____ vermag die Beweiskraft des A._____ - Gutachtens mithin ebenfalls

nicht zu erschüttern.

Schliesslich ist die fehlende Medikamenteneinnahme in Verbindung mit den übrigen, weitgehend unauffälligen Befunden entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers durchaus geeignet, Rückschlüsse auf die psychische Befindlichkeit zuzulassen.

Es ergibt sich, dass das A.____ - Gutachten vom 3. Oktober 2010 grundsätzlich geeignet ist, den Beweis über die dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch zumutbaren Tätigkeiten zu erbringen.

E. 10

Januar 2001 (Urk. 7/12 S. 17 f.) , der orthopädischen Klinik F.____ vom 30. April 2001 (7/12 S. 13 f.)

sowie von Dr. B.____ vom 14. August 2001 (Urk. 7/12 S. 1 ff.) erscheint die Zusprechung einer ganzen Rente ab 1. August 2000

aber nicht als zweifellos unrichtig im wiedererwägungs - rechtlichen Sinn. In somatischer Hinsicht ist

nämlich erstellt, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 5. August 1999 unter anderem an der Schulter verletzt wurde und deswegen am 10. November 2000 operiert werden musste.

Ferner erfolgte

wegen einer Beeinträchtigung der Nervenwurzeln L5 links und S1 links am 14. Juni 2000 eine operative Dekompression der Wurzel L5 und vom 28. März bis 20. April 2001 eine intensive stationäre Rehabilitation. Die Ärzte

der Klinik F.____ gingen im Bericht vom 30. April 2001 denn auch

von einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht aus – wobei Anhaltspunkte fehlen, dass sich die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit auch auf leichte, leidensangepasste Tätigkeiten bezog . Nichtsdestotrotz kann aufgrund dieser Berichte davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfall 100%ig arbeitsunfähig und der Zustand in der Schulter und in der Wirbelsäule bei Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung vom 8. Oktober 2001 trotz intensiver Behandlung noch nicht vollständig stabilisiert war ,

weshalb aus somatischer Sicht eine wesentliche Arbeitsunfähigkeit bestanden haben dürfte . Aufgrund der im Bericht von Dr. B.____ vom

E. 14

August 2001 noch festhielt, der Beschwerdeführer könne gar nicht mehr Auto fahren (Urk. 7/12 S. 1 f.). Der psychiatrischen Gutachterin gab er hingegen an, dass er heute als Beifahrer Auto fahren könne. Auch aus seinen übrigen Angaben anlässlich der Begutachtung und angesichts der von der psychiatrischen Gutachterin erhobenen leichtgradigen Befunde

ist zu schliessen, dass die anfänglich bestehenden post traumatischen Symptome zwischenzeitlich zurückgingen und sich der Beschwerdeführer mit den Unfallfolgen weitgehend arrangiert hat beziehungsweise die (psychotherapeutische) Verarbeitung des Unfalls grösstenteils erfolgreich abgeschlossen ist . Damit ist eine wesentliche

Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes
ausgewiesen.

Die wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes bildet einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vorstehend E. 1.4).

E. 15

%

(vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) trägt dem fortgeschrittenen Alter des Beschwerdeführers

und seinen gesundheitlichen Einschränkungen genügend Rechnung.

Die Arbeitsbiographie des Beschwerdeführers zeigt, dass er trotz fehlender schweizerisch anerkannter Ausbildung in der Lage war, in lohnmässiger Hinsicht eine Position zu erreichen, welche derjenigen eines Arbeiters mit beruflicher Fachausbildung entspricht (vgl. Urk.

E. 17

/8-9, Urk. 17/54 S. 14). Dies spricht für eine entsprechende intellektuelle Flexibilität, welche sich auf dem (ausgeglichenen) Arbeitsmarkt für ungebildete Arbeiter mit lohnsteigernder

Wirkung verwerten lassen dürfte und deshalb einen höheren behinderungsbedingten Abzug nicht als angemessen erscheinen lässt. Bei einer invaliditätsbedingten

Erwerbseinbusse von Fr. 30'125.75 resultiert so ein Invaliditätsgrad von 36%, welcher keinen Rentenanspruch (mehr) begründet. 5.2

Da der Beschwerdeführer das 55. Altersjahr zurückgelegt hat, ist

nach der höchst richterlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2010 vom 26. April 2011, E.3.3-3.5) vor einer revisionsweisen Aufhebung der Rente

zunächst die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Der Beschwerdeführer gab der IV-Stelle zu erkennen, dass er sich zur Absolvierung solcher Massnahmen nicht in der Lage sehe

(Urk. 7/77). Deshalb durfte sie die Eingliederungsbemühungen mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers abbrechen und

der Beschwerdeführer hat sich die ihm bei objektiver Betrachtung zumutbare Erwerbsfähigkeit anrechnen zu lassen. Die Aufhebung der laufenden Rente durch die IV-Stelle mit der angefochtenen Verfügung ist demnach rechtmässig. 6.

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 900.-- zulasten des unterliegenden Beschwerdeführers (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Klemmt WG/YK/JM versandt

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