

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00873 vom 22. April 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00873](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00873)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00873 du 22 avril 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00873 del 22 aprile 2016

## **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 ). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz 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. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

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).

#### **E. 1.4**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014, E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014, E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

#### 2.1

Die IV-Stelle hatte mit Verfügung vom 12. Dezember 2012 wegen einer verbesserten Erwerbsfähigkeit eine Rentenherabsetzung vorgenommen (Urk. 7/107). Mit Urteil vom 21. August 2014 hatte das hiesige Gericht festgestellt, dass eine Aufhebung der Rente nicht ohne Prüfung der Eingliederungsfähigkeit erfolgen könne, was die Beschwerdegegnerin nachzuholen habe (vgl. Urk. 7/111). In der nun angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2015 führte die Beschwerdegegnerin aus, aufgrund der orthopädischen RAD-Untersuchung durch Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, sowie aufgrund der ärztlichen Berichte der behandelnden Ärzte stehe fest, dass dem Beschwerdeführer ab März 2009 eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar sei. Die zwischenzeitlich aufgetretene symptomatische Obstipation habe komplikationslos behoben werden können. Eingliederungsmassnahmen hätten nicht durchgeführt werden können, da sich der Beschwerdeführer aufgrund seines Gesundheitszustands nicht in der Lage gefühlt habe, daran teilzu nehmen (Urk. 2 S. 3). Nach dem Gesagten sei weiterhin von einem Invaliditätsgrad von 62 % auszugehen, weshalb die bisherige ganze auf eine Dreiviertelsrente herabzusetzen sei (Urk. 2 S. 3-4).

Der Beschwerdeführer stellte sich

in seiner Beschwerde demgegenüber auf den Standpunkt, die Rente dürfe nicht herabgesetzt werden, weil die vom hiesigen Gericht verlangten Eingliederungsmassnahmen weiterhin

noch nicht durchgeführt worden seien. Aus dem Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, gehe hervor, dass er nicht in der Lage gewesen sei, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Ansonsten habe er aber die Teilnahme nie verweigert. Wäre er in den Wochen vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung aufgeboten worden, so hätte er teilgenommen (Urk. 1 S. 3 -4).

Im Übrigen stütze sich die IV-Stelle bei der Rentenherabsetzung auf eine ärztliche Untersuchung aus dem Jahr 2012. Sein Gesundheitszustand habe sich aber laut dem Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2015 verschlechtert, weshalb aktuell Abklärungen vorzunehmen seien (Urk. 1 S. 4). Bei seinen zahlreichen Leiden sei es zudem willkürlich anzunehmen, dass er auf dem Arbeitsmarkt auch nur die geringste Chance habe, eine Stelle zu finden. Demnach sei aufgrund des Tätigkeitsspektrums eine Reduktion um mindestens 30 % gerechtfertigt, womit bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 86 % weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (Urk. 1 S. 5; vgl. auch Urk. 11).

### **E. 1.5**

In Umsetzung dieses Urteils beziehungsweise zur Abklärung der beruflichen Situation des Versicherten lud die IV-Stelle letzteren zum Gespräch ein (Urk. 7/116). Nachdem der Versicherte ohne Abmeldung nicht erschienen war, wurde er mit Schreiben vom 19. November 2014 erneut zum Gespräch eingeladen (Urk. 7/117). Daraufhin gab der Versicherte am 24. November 2014 zur Antwort, dass er die erste Einladung gar nicht erhalten habe. Weiter führte er aus, dass es ihm zurzeit gesundheitlich schlechter gehe, weshalb er den Termin nicht wahrnehmen könne, dass er aber gerne zu einem Gespräch kommen werde, sobald es ihm besser gehe (Urk. 7/118).

Mit Schreiben vom

### **E. 3**

RAD- Arzt Dr. A.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 20. März 2012 orthopädisch (Urk. 7/90/1). Er führte aus, der Beschwerdeführer habe über Schmerzen und Einschlafen der Beine, wenn er längere Zeit sitze und dann aufstehe, geklagt. Sitzen könne er nach seiner eigenen Einschätzung eine Stunde lang, gehen über eine Stunde, und Stehen sei nur kurzzeitig möglich. Zudem habe er ausgeführt, er könne den Kopf schlecht bewegen und habe Probleme (Verdickungen, Knötchen, Durchblutungsstörungen) mit den Fingern. Zusammen mit seiner Ehefrau bewirtschaftete er einen 200 bis 300 Quadratmeter grossen Schrebergarten, wo sie zum Unterhalt der Familie Gemüse, Äpfel und Trauben anbauen würden

(Urk. 7/90/1). Dr. A.\_\_\_\_ beschrieb, Aus- und Ankleiden seien flüssig und ohne Ausweichbewegungen im Stehen erfolgt (Urk. 7/90/2). Bei der segmentalen Untersuchung der groben Kraft sei keine Reduktion der Kraft in den Kennmuskeln der oberen und der unteren Extremitäten beidseits aufgefallen. Sensibilitätsstörungen seien nicht zu eruieren gewesen und es hätten keine Anzeichen für eine Spastik beobachtet werden können (Urk. 7/90/5). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ eine schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Halswirbelsäule, einen Status nach zervikaler Myelopathie bei degenerativer Spinalkanalstenose C5-C7 und leichter spastischer Paraparese der Beine, eine Herberden- und Bouchardarthrose der Finger D II-V beidseits sowie einen Morbus Raynaud der Finger D III und D IV links mehr als rechts. In seiner Würdigung hielt er fest, die spastische Paraparese der Beine imponiere klinisch nicht

mehr. Eine wesentliche, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende, klinisch imponierende Neuropathologie habe ebenso wenig erhoben werden können. Offen sichtlich sei es zu einer Rückbildung der klinischen Symptomatik gekommen. Weiterhin bestehend sei eine reduzierte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit diffuser Druckschmerzhaftigkeit. Als Postsortierer sei er seit dem Jahr 2005 aufgrund der gestellten Diagnosen nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei hingegen seit März 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Als angepasst gälten körperlich leichteste (bis fünf Kilogramm), wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten wie Bücken, Überkopfarbeit, Arbeiten in weitem Armvorhalte, ohne andauernde Vibrationsbelastungen sowie ohne Nässe- und Kälteexposition (Urk. 7/90/6).

Bezüglich der zweitägigen Behandlung einer akuten biliären Pankreatitis bei Verdacht auf Gallensteinabgang merkte Dr. A. \_\_\_ an, der Beschwerdeführer sei bei der Entlassung bereits wieder annähernd beschwerdefrei gewesen (Urk. 7/90/6).

### **E. 3.1**

Die Zusprennung der ganzen Invalidenrente mit Verfügung vom 26. Januar 2007 (Urk. 7/43 und Urk. 7/47) basierte auf folgender Aktenlage:

#### **E. 3.1.1**

In seinem Zeugnis vom 9. Januar 2006 nannte der Hausarzt Dr. B. \_\_\_ in Übereinstimmung mit dem Z. \_\_\_ , Neurologische Klinik und Poliklinik (Bericht vom 17. November 2005), die Diagnose einer zervikalen Myelopathie bei degenerativer Spinalkanalstenose C5/6 und bei leichter spastischer Paraparese der Beine (Urk. 7/20, Urk. 7/28/11). Dr. B. \_\_\_ attestierte in seinem Bericht vom 21. Februar 2006 sowie in jenem vom 21. Juli 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 8. Februar 2006 bis auf Weiteres

(Urk. 7/28/1, Urk. 7/34/1). Diese bestehe aufgrund des Befundes an der Halswirbelsäule (Urk. 7/34/3) und ohne operative Korrektur der Halswirbelsäule sei nicht mehr an eine berufliche Betätigung zu denken. Nach dem operativen Eingriff könne eventuell wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit erreicht werden (Urk. 7/28/4).

#### **E. 3.1.2**

Die Ärzte der C. \_\_\_ diagnostizierten am 13. Januar 2006 eine Spinalkanalstenose C5-C7 mit beginnender zervikaler Myelopathie. Bei der Befunderhebung führten sie aus, die HWS-Bewegungen seien allseits um circa 50% eingeschränkt, mit Schmerzprovokation im Nacken, aber ohne myeläre oder radikuläre Reizzeichen. Trophik, Tonus, rohe Kraft, Feinmotorik und Koordination an Armen, Rumpf und Beinen seien intakt

(Urk. 7/28/5).

Die neurologische Untersuchung habe gesteigerte Reflexe an den Beinen und am Musculus

triceps beidseits bei normal auslösebarem Bizepssehnenreflex links und fehlen dem Reflex rechts gezeigt. Zusätzliche radikuläre oder myeläre motorische oder sensible Ausfälle seien nicht objektivierbar. Kernspintomographisch bestehe eine relevante Spinalkanalstenose auf der Höhe C5/6. Die Untersuchung mittels motorisch evozierte Potentiale zeige zum Motoneuronenpool C5/6 Normalbefunde, jedoch distal davon linksbetont zu den Armen

und rechtsbetont zu den Beinen pathologische Werte als Ausdruck einer Pyramidenbahnschädigung und passend zu einer Rückenmarkskompression auf Höhe C5/6 (Urk. 7/28/6) . Am 1. Februar 2006 hielten die Ärzte fest, zusammenfassend zeigten die SEP-Untersuchungen eine linksbetonte Behinderung der Hinterstrangfunktionen zu den Beinen und sie sprächen für eine auch leichte dorsale Kompression des zervikalen Myelons (Urk. 7/28/8).

Dem Bericht der C.\_\_\_\_ vom 24. Februar 2006 sind die Diagnosen einer zervikalen Spinalkanalstenose C5/C6 und C6/C7 sowie einer klinischen und elektrophysiologischen zervikalen Myelopathie zu entnehmen. Man habe dem Beschwerdeführer eine dekompresive Operation empfohlen, jedoch habe er grosse Angst vor der Operation , sodass er sich im Moment nicht dazu entscheiden könne (Urk. 7/34/4).

### **E. 3.1.3**

Dr. D.\_\_\_\_ hielt am 17. November 2006 fest, beim Beschwerdeführer sei von der Diagnose einer zervikalen Myelopathie bei degenerativer Spinalkanalstenose C5/6 und leichter spastischer Paraparese der Beine auszugehen. Laut Dr. B.\_\_\_\_ bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Alternative zur Arbeitsunfähigkeit sei ein operativer Eingriff. Der Beschwerdeführer könne sich aller dings nicht dazu entscheiden und dieser Eingriff könne auch nicht im Sinne einer Schadenminderungspflicht auferlegt werden (Urk. 7/36/3). Anlässlich des im November 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 7/49 ff.) war die Beschwerdegegnerin zum Schluss gelangt, die gesundheitliche Situation habe sich nicht verändert (vgl. Urk. 7/66).

### **E. 3.2**

Die seitherige gesundheitliche Situation entwickelte sich wie folgt:

#### **E. 3.2.1**

Am 2. beziehungsweise am 6. April 2011 berichtete Dr. B.\_\_\_\_ , zumutbar seien dem Beschwerdeführer grundsätzlich rein sitzende und wechselbelastende Tätigkeiten inklusive Rotation im Sitzen/Stehen während circa einer Stunde pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von 50 % . In der freien Wirtschaft sei er für keine Tätigkeit arbeitsfähig (Urk. 7/80/2-3).

#### **E. 3.2.2**

Dem Bericht des Z.\_\_\_\_ , Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, vom 22. Januar 2012 sind die Diagnosen einer akuten biliären Pankreatitis und eines rezidivierenden Ulcus ventriculi zu entnehmen (Urk. 7/89/1). Die behandelnden Ärzte hielten fest, sie hätten den Beschwerdeführer bei insgesamt milder Klinik, gutem Allgemeinzustand und regredienten Laborparametern in fast beschwerdefreiem Zustand nach Hause

entlassen. Sie attestierten ihm für die Dauer einer Woche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/89/2).

#### **E. 3.2.6**

Dr. A.\_\_\_\_ führte dazu am 7. Dezember 2012 aus, es werde das subjektive Krankheitsempfinden des Beschwerdeführers beschrieben, auf welches bereits im Rahmen der bidisziplinären RAD-Untersuchung eingegangen worden sei. Der Hausarzt gehe nicht auf das durch die bidisziplinäre RAD-Untersuchung begründete Belastungsprofil ein. Weiter werde übersehen, dass die Pankreatitis ausgeheilt sei. Ebenso seien die rezidivierenden Ulcera ventriculi operativ saniert. Die seitdem bestehende Laparotomienarbenhernie sei

im Wesentlichen symptomlos und bedürfe keiner Therapie. Lediglich für körperlich stark belastende Tätigkeiten wirke sie sich einschränkend aus. Es lägen keine neuen medizinischen Sachverhalte vor, weshalb die RAD-Stellungnahme vom Juli 2012 weiterhin Bestand habe (Urk. 7/ 104/2).

### **E. 3.2.7**

Dr. B.\_\_\_\_

gab am 24. Januar 2013 weiterhin an, der Beschwerdeführer sei durch die Beinbeschwerden massiv in seinen Tätigkeiten eingeschränkt. Da ihm beim Sitzen die Beine einschlafen würden, sei das Aufstehen deutlich erschwert. Objektiv finde sich eine Verminderung der Kraft im rechten Bein verglichen mit der linken Seite. Ebenfalls weiterhin stark ausgeprägt seien die subjektiven Beschwerden mit Schwindel, Müdigkeit und Ängsten im Umgang mit den Enkelkindern. Der Familie falle eine zunehmende Vergesslichkeit auf, welche wohl im Rahmen von erneut auftretenden Depressionen im Rahmen der bekannten posttraumatischen Belastungsstörung zu beurteilen sei. Die Befunde einer endoskopischen Abklärung der erneut starken gastro-intestinalen Beschwerden seien ausstehend. Der Beschwerdeführer sei in der freien Wirtschaft in jeglicher Tätigkeit dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/ 108/3). Im Wesentlichen dasselbe ist dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2015 zu entnehmen (Urk. 7/ 130/1).

### **E. 3.2.8**

Die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Interdisziplinäre Notfallstation, gaben in ihrem Bericht vom 19. November 2014 an, der Beschwerdeführer habe sich am frühen Morgen gleichentags wegen epigastrischer Schmerzen notfallmässig selbst

vorge stellt. Er

leide rezidivierend an epigastrischen Schmerzen und Völlegefühl nach dem Essen. Unter Zuhilfenahme eines laxativen Tees habe er alle zwei Tage Stuhlgang (Urk. 7/ 130/3). Klinisch habe sich der Beschwerdeführer initial stark symptomatisch gezeigt, bei jedoch weichem Abdomen. Laborchemisch habe sich kein wegweisender Befund ergeben. In der klinischen Untersuchung habe man nebst der epigastrischen

Druckdolenz den Verdacht auf eine Narbenhernie gefunden. Zeichen einer Inkarzeration hätten nicht bestanden. Nach der Gabe von Metamizol seien die Schmerzen fast vollständig verschwunden. Bei zusätzlich symptomatischer Obstipation sei eine medikamentöse laxative Therapie zu beginnen (Urk. 7/ 130/2).

### **E. 3.2.9**

Dr. A.\_\_\_\_ führte am 9. Juni 2015 aus, Dr. B.\_\_\_\_ nenne neu eine symptomatische Obstipation. Diese habe allerdings gemäss dem Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 19. November 2014 mittels einer Laxantientherapie komplikationslos behoben werden können. Somit lägen keine länger dauernden Gesundheitsstörungen vor, welche nicht bereits Gegenstand der Erörterungen gewesen wären (Urk. 7/ 133/2).

### **E. 3.2.10**

Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte am 31. August 2015, dass der Beschwerdeführer vom 24. Oktober bis am 19. November 2014 im Z.\_\_\_\_ ambulant medizinisch abgeklärt worden sei und es ihm in dieser Zeit aus medizinischen Gründen nicht möglich gewesen sei, an

Integrationsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 3/5).

Am 27. November 2015 fügte Dr. B.\_\_\_\_ an, dass ihm auch die Teilnahme an Gesprächen nicht möglich gewesen sei (Urk. 12/7). Gleichentags gab er an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Jahr 2015 nicht verbessert. Es bestünden mehrere körperliche wie auch seelische Leiden, welche zu einer starken Gesundheitsbeeinträchtigung geführt hätten

(Urk. 12/8). 4.

#### **E. 4**

). Er führte aus, der Beschwerdeführer habe ihm über zeitweiliges Einschlafen der Beine, überwiegend im Sitzen, rechts mehr als links, sowie über ein rezidivierendes Taubheitsgefühl in den Händen, meist alle Finger betreffend, und über eine mit Hörgeräten versorgte Hörminderung beidseits berichtet.

Zeitweise schlafe auch der linke Arm, mehr als der rechte, ein. Nach psychischen Beschwerden befragt, habe der Beschwerdeführer angegeben, er verspüre eine innerliche Unruhe, jedoch weniger als früher, als er häufiger den Impuls verspürt habe, sich von der Terrasse herunterzustürzen. Manchmal habe er den Impuls, sein Enkelkind gegen die Wand zu werfen, dank der Tabletten sei das aber nun besser. Er fühle sich insgesamt ruhiger und ausgeglichener, reagiere bei Problemen aber immer noch gereizt. Ferner leide er relativ häufig an von der Halswirbelsäule ausstrahlenden Kopfschmerzen

(Urk. 7/91/1-2). Zu seinem Tagesablauf gab der Beschwerdeführer Dr. E.\_\_\_\_ an, er stehe meist gegen sechs Uhr auf, trinke Kaffee mit seiner Frau, lese Zeitung, gehe einkaufen und kleinere Dinge erledigen. Zudem habe er insgesamt fünf Enkelkinder. Diese würden sich häufig bei ihnen aufhalten. Er kümmere sich um sie, gehe mit ihnen spazieren, spiele mit ihnen und gehe mit ihnen in den Garten. Für den Garten liefere er Ideen, die Gartenarbeiten würden überwiegend durch seine Kinder erledigt. Am Abend gehe er zeitweilig noch ins Internet. Er habe für seine Kinder Webseiten errichtet

(Urk. 7/91/2).

Aus neurologischer Sicht fand Dr. E.\_\_\_\_ leichte bis mittelgradige funktionelle Einschränkungen im Sinne von wiederholtem leichtem Taubheitsgefühl der Hände und einer deutlichen Reduktion der Tiefensensibilität mit einem leicht unsicheren Gangbild vor. Deutliche Einschränkungen hinsichtlich der Motorik vermochte Dr. E.\_\_\_\_ nicht zu eruieren. Ebenso wenig - im Gegensatz zu den Vorbefunden - Hinweise auf das Vorliegen einer Spastik. Aus neurologischer Sicht schätzte Dr. E.\_\_\_\_

die Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben von Gewichten über fünf Kilogramm und ohne Gehen auf unebenen Flächen für während vier Stunden pro Tag zumutbar ein

(Urk. 7/91/4). Bei den psychopathologischen Befunden führte er aus, während der gesamten, circa 90-minütigen Exploration hätten sich keine Hinweise auf Gedächtnis-, Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen manifestiert. Das Denken sei formal geordnet und inhaltlich unauffällig gewesen. Affektiv habe der Beschwerdeführer ausgeglichen gewirkt, wobei eine leichte innere Unruhe spürbar gewesen sei. Zeitweise hätten sich Gewaltphantasien sowie hypochondrische Beschäftigung mit den Krankheiten bemerkbar gemacht. Hingegen habe er keinen Anhalt für Ängste, Zwänge,

Antriebsstörungen, zirkadiane Besonderheiten oder akute Suizidalität vorgefunden (Urk. 7/91/3). Nebst der grossen Angst vor einer Operation am Rückenmark der Halswirbelsäule bestehe eine gewisse vegetative Übererregbarkeit, welche sich in Magen-Darm-Beschwerden, aber auch in Gereiztheit und Gewaltphantasien äussere. Dies könne als Rest einer posttraumatischen Belastungsstörung gesehen werden. Dadurch seien die Belastbarkeit auf Stress und die Frustrationstoleranz reduziert. Weitere Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung seien aber nicht zu finden. Die subsyndromalen Befunde hätten aber zumindest teilweise Einfluss auf die allgemeine Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer daher nur eine einfache Tätigkeit ohne grosse Ansprüche an die Kognition und die Stresstoleranz zumutbar. Dabei seien Kundenkontakte zu vermeiden und die Arbeitsatmosphäre sollte vertrauensvoll sein. Zusammengefasst liege in einer angepassten Tätigkeit seit März 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/91/4, Urk. 7/93/3).

#### **E. 4.1**

Als Grundlage für die Rentenherabsetzung dienten der IV-Stelle insbesondere die RAD-Untersuchungen durch Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_. Diese beiden RAD-Ärzte untersuchten den Beschwerdeführer je in ihren Fachgebieten, berücksichtigten die von ihm geklagten Beschwerden sowie die Vorakten, erhoben die Anamnese sowie die Befunde und zogen aus all diesen Komponenten je separat und hernach gemeinsam ihre Schlussfolgerungen (vgl. Urk. 7/90, Urk. 7/91, Urk. 7/93/3). Sowohl anhand der erhobenen Befunde der eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit diffuser Druckschmerzhaftigkeit und der leichten bis mittelgradigen funktionellen Einschränkungen im Sinne von wiederholtem leichtem Taubheitsgefühl der Hände, einer deutlichen Reduktion der Tiefensensibilität mit einem leicht unsicheren Gangbild, als auch angesichts der noch vorhandenen Aktivitäten insbesondere mit den Enkelkindern ist es nachvollziehbar, dass Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig, in einer angepassten Tätigkeit jedoch als zu 50% arbeitsfähig erachteten. Dadurch, dass sie nur körperlich leichte und zugleich wechselbelastende Tätigkeiten ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über fünf Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen und ohne wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen für zumutbar erachteten (Urk. 7/93/3), trugen sie den Angaben des Beschwerdeführers, dass langes Sitzen zu Beschwerden führe und dass er den Kopf schlecht bewegen könne (Urk. 7/90/1), angemessene Rechnung. Mit dem Zusatz, es sei auf ein vertrauensvolles Umfeld, eine geringe Stressbelastung und möglichst keine Kundenkontakte zu achten (Urk. 7/93/3), wurden zudem die psychischen Beschwerden, nämlich die durch Gereiztheit und Gewaltphantasien verminderte Belastbarkeit auf Stress und Reduktion der Frustrationstoleranz (Urk. 7/91/4), gebührend berücksichtigt. Nach dem Gesagten erweisen sich die Berichte über die RAD-Untersuchungen als überzeugend und beweiskräftig.

#### **E. 4.2**

Die Verfügung vom 20. Oktober 2009 wurde mit Verfügung vom 21. Dezember 2009 wieder aufgehoben (Urk. 7/65), weshalb die zuvor zuletzt ergangene Verfügung vom 26. Januar 2007

(Urk. 7/43 und Urk. 7/47) den massgebenden Vergleichszeitpunkt bildet. Damals,

in seinem Zeugnis vom 9. Januar 2006, nannte der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit dem Z.\_\_\_\_, Neurologische Klinik und Poliklinik, die Diagnose einer zervikalen Myelopathie bei degenerativer Spinalkanalstenose C5/6 und bei leichter spastischer Paraparese der Beine (Urk. 7/20, Urk. 7/28/11). Der RAD ging seinerzeit von derselben Diagnose aus (Urk. 7/36/3, E. 3.1.3 vorstehend). Anlässlich der RAD-Untersuchung durch Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ waren hingegen keine Anzeichen für eine Spastik mehr vorhanden und die spastische Paraparese der Beine imponierte klinisch nicht mehr (Urk. 7/90/5 -6, Urk. 7/91/4).

Es war zu einer Rückbildung der klinischen Symptomatik gekommen (Urk. 7/90/6). Es wurde nunmehr ein Status nach zervikaler Myelopathie bei degenerativer Spinalkanalstenose C5-C7 und leichter spastischer Paraparese der Beine diagnostiziert (Urk. 7/90/6). Darin ist eine Verbesserung des Gesundheitszustands zu sehen, welche eine Neubeurteilung zulässig macht.

#### **E. 4.3**

Der Beschwerdeführer machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich unter dessen wieder verschlechtert. So leide er neu am Einschlafen der Extremitäten, an einer symptomatischen Obstipation, an Schwindel, Müdigkeit, Depression, stechenden Oberbauchschmerzen etc. (Urk. 1 S. 4). Über das Einschlafen der Beine sowie der Arme hatte der Beschwerdeführer indes bereits im März 2012 geklagt, was in den RAD-Untersuchungen bekannt war (Urk. 7/90/1, Urk. 7/91/1-2).

Wegen einer Pankreatitis war der Beschwerdeführer zwar in Behandlung, doch konnte er am Folgetag nach seiner Selbstvorstellung bereits wieder in fast beschwerdefreiem Zustand nach Hause entlassen werden. Wegen der damals gestellten Diagnose der akuten biliären Pankreatitis wurde ihm für die Dauer einer Woche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit war hingegen nicht die Rede (Urk. 7/89/1-2), sodass mit Dr. A.\_\_\_\_ davon auszugehen ist, dass die Pankreatitis keinen dauerhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urk. 7/90/6, Urk. 7/104/2). Ebenso erwiesen sich die stechenden Oberbauchschmerzen und die Obstipation als behandelbar (Urk. 7/130/2). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde deswegen nicht attestiert. Bei den Beschwerden wie Schwindel, Müdigkeit und Ängsten im Umgang mit den Enkelkindern, über welche der Beschwerdeführer klagte, handelt es sich auch laut Dr. B.\_\_\_\_ um subjektive Beschwerden (Urk. 7/108/3). Anzeichen für eine diesbezügliche Verschlechterung aus objektiver Sicht fehlen. Dass der Beschwerdeführer im rechten Bein weniger Kraft hat als im linken Bein (Urk. 7/108/3), vermag erstens keine übermässig geringe Kraft im rechten Bein darzutun, und im Übrigen ist nicht ersichtlich, dass sich eine allfällige Verminderung der Kraft in einer körperlich leichten Tätigkeit überhaupt negativ auswirken würde. Über Depressionen im Rahmen einer posttraumatischen

Belastungsstörung stellt Dr. B.\_\_\_\_ lediglich Mutmassungen an (Urk. 7/108/3). Offenbar hat der Hausarzt den Beschwerdeführer aber nicht zu einem Psychiater oder Psychotherapeuten überwiesen. Dafür, dass die psychischen Probleme zugenommen hätten im Vergleich zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ im März 2012, anlässlich welcher der Beschwerdeführer auch bereits über innere Unruhe, Aggressionen und Suizidgedanken geklagt hatte (Urk. 7/91/2), fehlen objektive Anhaltspunkte. Nach dem Gesagten ist die Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015, wonach sinngemäss weiterhin auf die Untersuchungen vom März 2012 abgestellt werden kann (Urk. 7/133/2),

nachvollziehbar. Somit ist von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen.

## **E. 5**

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 16. September 2012 aus, seit 2011 habe sich die Situation dahingehend verschlechtert, dass der Beschwerdeführer eine biliäre akute Pankreatitis habe durchmachen müssen. Des Weiteren sei er durch die Beinbeschwerden, welche im Rahmen der zervikalen Myelopathie zu interpretieren seien, massiv in seinen Tätigkeiten eingeschränkt. In der freien Wirtschaft sehe er zum heutigen Zeitpunkt und in Zukunft kein zumutbares Arbeitsprofil für ihn, sondern er sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/ 100/1).

### **E. 5.1**

Zur Ermittlung des Valideneinkommens

ist auf die Angaben des Arbeitgebers vom 13. Februar 2006 ab zustellen. Danach betrug das AHV-pflichtige Jahreseinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2004 Fr. 55'694.-- (Urk. 7/25/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2012 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex [T1.1. 93], Total der Männer; 2004 : 113.3; 2012 : 125.5) resultiert fürs Jahr 2012 ein Valideneinkommen von Fr. 61'691.-- (Fr. 55'694.-- : 113.3 x 125.5).

### **E. 5.2**

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens ist auf die Tabelle TA 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2010 abzustellen. Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Männer betrug Fr. 4'901.--. Dieser Betrag ist auf die im Jahr 2012 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzurechnen (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) sowie an die Nominallohnentwicklung anzupassen (vgl. oben; 20

### **E. 5.3**

Weiter ist der von der IV-Stelle anerkannte behinderungsbedingte Abzug von 25 % zu berücksichtigen (Urk. 7/126/2). Dabei handelt es sich bereits um den maximal zulässigen Abzug (vgl. BGE 126 V 75 Regeste und E. 5b/cc).

Das Invalideneinkommen beträgt daher Fr. 23'383.-- (0.75 x Fr. 31'177.50). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 61'691.-- ergibt sich ein Invaliditätsbedingter Minderverdienst von Fr. 38'308.-- und somit ein Invaliditätsgrad von gerundet 62 %, bei welchem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung besteht. Im Übrigen ergäbe sich auch beim Abstellen auf die LSE 2012 kein wesentlich anderer Invaliditätsgrad (vgl. Urk. 7/126/1). 6.

## **6.1**

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, die Rentenherabsetzung sei unzulässig, weil die vom hiesigen Gericht verlangten Eingliederungsmassnahmen noch immer nicht durchgeführt worden seien, wobei sein Hausarzt bestätigt habe, dass er zwischenzeitlich nicht in der Lage gewesen sei, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 1

S. 3-4).

## 6.2

Nach dem Erlass des Urteils des hiesigen Gerichts IV.2013.00085 vom 21. August 2014 (Urk. 7/111) nahm die Beschwerdegegnerin Eingliederungs - bemü hungen auf. Sie bot dem Beschwerdeführer mehrmals aktiv eine Zusammenarbeit an

(vgl. Urk. 7/116, Urk. 7/117 und Urk. 7/127/2 ), wobei der Beschwerdeführer nur den Erhalt der ersten Einladung bestritt (Urk. 7/118).

Der Beschwerdeführer teilte der IV-Stelle am 24. November 2014 mit, es gehe ihm zurzeit gesundheitlich schlechter, sodass er nicht zum angekündigten Termin erscheinen könne (Urk. 7/118). Auf telefonische Nachfrage der IV-Stelle vom 27. November 2014 vermochte der Beschwerdeführer nicht anzugeben, in welchem Zeitraum allenfalls ein Gespräch möglich sei. Er tat vielmehr kund, dass er keine weiteren Anrufe wünsche (Urk. 7/127/2). Am 3. Dezember 2014 forderte die IV-Stelle den Beschwerdeführer unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht auf, sich mit ihr bis spätestens 13. Dezember 2014 bezüglich eines Termins zur Erläuterung der Massnahme einer Potentialabklärung in Verbindung zu setzen und konstruktiv mitzuwirken. Dabei drohte sie ihm die möglichen Folgen einer allfälligen Säumnis an (Urk. 7/121). Mit Schreiben vom 10. Dezember 2014 gab der Beschwerdeführer an, sobald es ihm nur ein wenig besser gehe, werde er sehr gerne zu einem Gespräch kommen. Er sei allerdings skeptisch, dass sich sein Gesundheitszustand verbessern werde (Urk. 7/123).

Am 17. Dezember 2014 teilte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit, dass sie sein Dossier in der Eingliederung schliesse, da er sich zurzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sehe, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 7/124). Darauf reagierte der Beschwerdeführer nicht. 6.3

Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer dann

im Nachhinein verfasste Berichte seines Hausarztes ein, wonach er vom 24. Oktober bis am 19. November 2014 vom Z. \_\_\_ ambulant medizinisch abgeklärt worden sei und dass es ihm während dieser Zeit aus medizinischen Gründen weder möglich gewesen sei, an Integrationsmassnahmen noch an Gesprächen teilzunehmen (Urk. 3/5 und Urk. 12/7). Dem Bericht des Z. \_\_\_ vom 19. November 2014 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich am frühen Morgen des Tages der Berichterstattung notfallmässig selbstvorgestellt. Letztmalig sei am 24. Oktober 2014 eine Gastroskopie erfolgt (Urk. 7/130/3). Von einer andauernden Behandlung oder Untersuchung zwischen diesen beiden Daten ist anhand dieser Schilderungen nicht auszugehen, so dass die Angabe des Hausarztes, wonach der Beschwerdeführer während dieser Zeit nicht zu Eingliederungsmassnahmen in der Lage gewesen sei, nicht nachvollziehbar ist. Dass ihm aus medizinischer Sicht nicht einmal ein Gespräch zumutbar gewesen sein soll, ist bei einer ambulanten Behandlung nicht nachvollziehbar. Des Weiteren beziehen sich die Bestätigungen von Dr. B. \_\_\_ nur auf den Zeitraum vom 24. Oktober bis 19. November 2014. Die Korrespondenz der IV-Stelle mit dem Beschwerdeführer erfolgte aber mehrheitlich später. Nachdem der Beschwerdeführer sich weder nach dem Abschluss der Eingliederungsmassnahmen wehrte noch sich im weiteren Verlauf zwecks Eingliederung bei der IV-Stelle meldete, ist eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers überwiegend wahrscheinlich. Dies hat zur Folge, dass die IV-Stelle die Rente trotz des Alters des Beschwerdeführers

ohne vor gängige Durchführung von Eingliederungs massnahmen herabsetzen durfte (Urteile des Bundesgerichts 9C\_231/2015 vom 7. September 2015, E. 4.2 und 8C\_726/2015 vom 19. Januar 2016, E. 3.3). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdegegnerin alles ihr Mögliche unter nom men hat, um Eingliederungs massnahmen durchzuführen, kann es denn auch nicht in der Hand des Beschwerdeführers liegen, seinen Rentenbezug noch mög lichst lange fortzuset zen, indem er nicht einmal an Gesprächen teilnimmt.

Insgesamt ergibt sich, dass die Herabsetz ung der Leistung und der Verzicht auf die Durchführung von beruflichen Massnahmen nicht zu beanstanden sind und somit die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung . Das Verfahren ist daher kosten pflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhän gig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwer deführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

**E. 10**

: 123.4 ; 20

**E. 12**

: 125.5 ). Daraus resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 62'355.--

(Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41,7 : 123.4 x 125.5 )

beziehungsweise gemessen am noch zumutbaren Pensum von 50 % eines von Fr. 31'177.50.

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