

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00319 vom 9. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00319

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00319 du 9 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00319 del 9 ottobre 2017

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 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). 1. 3

Nach lit. a Abs. 1 der SchlB IVG 6. IV-Revision werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Bestimmung ist verfassungs- und EMRK-konform (BGE 139 V 547 E. 3).

Laufende Renten sind vom Anwendungsbereich von lit. a Abs. 1 SchlB IVG 6. IV-Revision nur ausgenommen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden, das heisst auf einer nachweisbaren objektivierbaren Grundlage beruhen. Lassen sich unklare von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197 E. 6.2, in Präzisierung u.a. von BGE 139 V 547 E. 10.1.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.1.2.1 mit Hinweis). Demnach ist die Schlussbestimmung bei kombinierten Beschwerden anwendbar, wenn die unklaren und die „erklärbaren“ Beschwerden – sowohl diagnostisch als auch hinsichtlich der funktionellen Folgen – auseinandergelassen werden können. Ein organisch begründeter Teil der Arbeitsfähigkeit kann bei Anwendbarkeit der Schlussbestimmung neu beurteilt werden, sofern eine Veränderung im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten ist.

Insoweit wird im Anwendungsbereich der Schlussbestimmung vom Grundsatz abgewichen, dass die Verwaltung im Rahmen einer materiellen Revision – um eine solche handelt es sich auch hier – den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend prüft (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.4.2 mit Hinweisen).

Ist ein „Mischsachverhalt“ gegeben, bei dem es unmöglich ist festzustellen, wie gross der Anteil der organisch bedingten Beschwerden bei der Rentenzusprechung war, wäre ein Abstellen auf die aktuelle gutachtliche Einschätzung nicht zu vereinbaren mit der Rechtsprechung, wonach der auf erklärbaren Beschwerden beruhende Teil der Invalidität unter dem Rechtstitel der Schlussbestimmung nicht überprüft werden kann. In einem solchen Fall bestimmt sich die (zu einer integralen Neuprüfung führende) Anwendbarkeit der Schlussbestimmung nach folgendem Grundsatz: Besteht (im Zeitpunkt der Rentenzusprechung und/oder -überprüfung) neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung, so hängt die Anwendbarkeit der Schlussbestimmung davon ab, dass die weitere („nichtsyndromale“) Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkte, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6 mit Hinweisen). 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 1. 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

Ein spracheentscheid, 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. 2.1 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2016 (Urk. 2) damit, dass die Diagnosen, welche zur Rentenzusprechung geführt hätten, zu den

pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gehören würden. Zwar bestehe ein organisches Korrelat, welches einen Teil der Beschwerden erkläre. Dieses führe dazu, dass körperlich schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar seien. Ein darüber hinausgehendes Korrelat beziehungsweise somatische Veränderungen, welche auch rückenadaptierte Tätigkeiten verunmöglichen würden, habe hingegen weder bei der Rentenzusprache noch heute bestanden (S. 2). Der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Es bestehe ein IV-Grad von 29 % . Eine exakte Abgrenzung der erklärbaren und der unklaren Beschwerden sei möglich, weshalb es zulässig sei, die bislang ausge richtete Dreiviertelsrente gestützt auf die SchlB IVG 6. IV-Revision

aufzuheben. Sofern sich der Beschwerdeführer für Eingliederungsmassnahmen im Rahmen der Schlussbestimmungen interessiere, könne er sich gerne bei der Beschwerde gegnerin melden (S. 3 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei im Juni 1997 aufgrund seiner Rückenbeschwerden voll arbeitsunfähig ge worden. Die Beschwerdegegnerin habe ihm daraufhin ab 1. Juni 1998 eine halbe und nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab 1. De - zember 2005 eine Dreiviertel s rente zugesprochen. PD Dr. med. univ. C.____ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) habe dabei bestätigt, dass die Arbeits fähigkeit weiterhin allein aufgrund des lumbospondylogenen Syndroms beeinträchtigt sei (S. 3-5). Nicht jedes syndromale Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage falle per se in den Anwendungsbereich der SchlB IVG 6. IV-Revision. Vorausgesetzt sei vielmehr, dass das Beschwerdebild pathogene tisch-ätiologisch unklar sei. Nachdem die Rente vorliegend nicht aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild s ohne nach weisbare organische Grundlage zugesprochen worden sei, sei deren Überprü fung gestützt auf die SchlB IVG 6. IV-Revision nicht zulässig (S. 6-9). Vorlie gend sei ausgewiesen, dass die Rentenzusprache ausschliesslich aufgrund eines somatischen Gesundheitsleidens erfolgt und eine psychisch bedingte Arbeits unfähigkeit gutachterlich ausgeschlossen worden sei. Eine revisionsbegrün dende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG sei unbestrittenermassen nicht eingetreten. Die Rentenaufhebung sei damit zu Unrecht erfolgt (S. 11). 3. 3.1

Die Verfügung vom 2 5. Juni 1999 (Urk. 6/21), mit welcher dem Beschwerdefüh rer gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 58 % ab 1. Juni 1998 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde, stützte sich unter ande rem auf folgende Arztberichte: 3.1.1

Dem Bericht von Dr. med. D.____ , Spezialarzt für Radiologie FMH, vom 2. Juli 1997 (Urk. 6/6/4) ist eine ungünstige Wirbelsäulenstatik bei verstärkter Lendenlordose und linkskonvexer Skoliose, eine fehlbelastete lumbosakrale Bandscheibe und diskrete Diskopathie L4/L5 bei im Ansatz erkennbarer Spon dylarthrosis deformans sowie ein Status nach einer leichten Form eines Morbus Scheuermann zu entnehmen. 3.1.2

Gemäss dem MRI der Lendenwirbelsäule (L WS) vom 1 3. August 1997 (Urk. 6/6/5) besteh t eine diskrete Diskopathie L5/S1 (beginnende Austrocknung der Bandscheibe), kein Nachweis einer Diskushernie oder von anderweitige n in traspinalen Raumforderungen sowie eine benigne Läsion in LWK3 (Wirbelkör perhämangiom oder Fettmarkinsel). 3.1.3

PD Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation speziell Rheumaerkrankungen, führte in seinem Bericht vom 13. Oktober 1997 (Urk. 6/6/7 f.) aus, bei der klinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine deutliche antalgische Haltung mit einem Lot rechts der Rima ani. Die Beweglichkeit der LWS sei schmerzbedingt praktisch nicht prüfbar. Bei der Lasègueprüfung habe er rechts bei 40° und links bei 60° Schmerzen, dies im Rücken und in den Beinen. Zehen- und Fersengang seien beidseits schmerzbedingt nicht prüfbar. PSR/ASR seien symmetrisch lebhaft. Ob die Zehenheber-

und Senkparese schmerzbedingt seien, könne er nicht sicher beurteilen. Der Beschwerdeführer habe ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen im Bewegungssegment L4/5. Da die ambulante Therapie nichts gebracht habe und er unter seinen Beschwerden erheblich leide, scheine eine intensive stationäre Physiotherapie sinnvoll zu sein. 3.1.4

Dr. med. F.____, Leitender Arzt, und Dr. med. G.____, Assistenzarzt, von der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Stadtspitals H.____ führten in ihrem Bericht vom 1. November 1997 (Urk. 6/3/1-3) folgende Diagnosen auf (S. 1): - Chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie passageres Zervikovertebralsyndrom ohne somatisches Korrelat - Urolithiasis - Chronische Mikro- bis Makrohämaturie unter Antikoagulation - Interkurrente Ureterkolik rechts - Protein-S-Mangel - Status nach rezidivierenden tiefen Beinvenenthrombosen - Cholezystolithiasis, asymptomatisch

Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer sei wegen eines unspezifischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms vom 14. Oktober bis 1. November 1997 zur intensiven stationären Physiotherapie hospitalisiert gewesen. Das Beschwerdebild habe sich durch die radiologischen Befunde nicht spezifizieren lassen. Neben bescheidenen degenerativen Veränderungen hätten keine Pathologien objektiviert werden können (S. 2). 3.1.5

Am 12. März 1998 stellte Dr. E.____ folgende Diagnosen (Urk. 6/9/1 f.): - Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen im Bereich von L4/L5 - Protein-S-Mangel mit Status nach rezidivierenden tiefen Beinvenenthrombosen

Dazu führte er aus, infolge der Behinderung sei eine berufliche Umstellung sinnvoll. Der Beschwerdeführer habe eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule. Bei einer leichten Arbeit sei er zunächst 50 % später 100 % arbeitsfähig. 3.1.6

Im ärztlichen Zeugnis vom 4. März 1999 (Urk. 6/16) hielt Dr. E.____ eine seit 1. Januar 1999 dauerhaft bestehende 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte körperliche Arbeit mit wechselnder Stellung fest. 3.2

Die nach einer geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes erlassene Verfügung vom 6. Mai 2009 (Urk. 6/58), mit welcher dem Beschwerdeführer bei unverändertem Gesundheitszustand und einem - aufgrund einer anderen Berechnung des Invalideneinkommens (LSE statt DAP) neu berechneten - IV-Grad von 61 % ab 1. Dezember 2005 eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde, stütze sich unter anderem auf folgende Arztberichte: 3.2.1

Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Bericht vom 19. Oktober 2005 (Urk. 6/39/5-7) fest, es bestehe eine deutliche depressive Episode, derzeit leicht bis mittelschweren Ausmasses. Die Depression sei reaktiv zu verstehen und werde

genährt durch die chronischen, leistungslimitierenden somatischen Leiden. Im depressiven Syndrom seien deutliche Angstphänomene zu erkennen, die wahrscheinlich teilweise auch somatisiert würden. Der Beschwerdeführer sei bislang als zu 50 % arbeitsunfähig beurteilt worden. Zusammen mit dem nun diagnostizierten psychiatrischen Leiden bestehe jedoch sicher eine umfassendere Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 %. 3.2.2

Dr. E. ___ berichtete am 13. Dezember 2005 (Urk. 6/36/1), der Beschwerdeführer habe seit Jahren ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Daneben habe er als Hauptproblem die venöse Situation. Er habe trotz Antikoagulation im September wiederum Thrombosen erlitten. Als drittes Problem habe er wegen der chronischen Schmerzen und der rezidivierenden Thrombose und damit auch den nachvollziehbaren Befürchtungen vor Embolien psychische Probleme. Aufgrund der Gesamtsituation er scheine er nicht mehr reintegrierbar in das Arbeitsleben zu sein. 3.2.3

Prof. Dr. med. J. ___ , Facharzt für Angiologie und Innere Medizin FMH, vom K. ___ hielt in seinem Bericht vom 14. März 2006 (Urk. 6/43) fest, die IV-Rente beziehe sich auf die rheumatologische Erkrankung des Beschwerdeführers. Angiologischerseits habe sich die Rest-Arbeitsfähigkeit nicht geändert. Die angiologische Komponente sei bei dem Gesamtleiden des Beschwerdeführers, welches rheumatologisch beziehungsweise neurologisch beurteilt werden müsse, nicht wesentlich massgebend. 3.2.4

Dem MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 19. Mai 2006 (Urk. 6/47/1) sind insgesamt geringe degenerative HWS-Veränderungen mit geringer Osteochondrose C2 bis C7, zirkuläre Bandscheibenprotrusionen vor allem auf Höhe C5 bis C7, keine fokale Hernie C7/Th1 und eine geringe foraminale Einengung C5/C6 beidseits sowie C4/C5 links zu entnehmen. 3.2.5

Dr. E. ___ führte am 22. Mai 2006 aus, aus rein rheumatologischer Sicht habe sich die lumbospondylogene Symptomatik etwa gleich gehalten. Hinzugekommen sei die zervikospondylogene Symptomatik sowie eine Depression, welche die Schmerzverarbeitung beeinträchtigt respektive die Schmerzen verstärke. Der Beschwerdeführer sei weder in einer leichten Tätigkeit dauernd sitzend noch stehend arbeitsfähig. Alleine die Schmerzproblematik zusammen mit der Depression würden reichen, dass er keine vernünftige Arbeitsfähigkeit mehr erreichen könne (Urk. 6/46). 3.2.6

Dr. A. ___ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 25. März 2007 (Urk. 6/50) fest, es beständen keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychiatrischen Erkrankungen. Die seit langem bestehenden Rücken- und Nackenschmerzen ohne adäquates somatisches Korrelat könnten allenfalls als somatoforme Schmerzstörung gedeutet werden, hätten als solche aber ohne begleitende psychiatrische Erkrankung keinen bleibenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14). 3.3

Die angefochtene rentenaufhebende Verfügung vom 11. Februar 2016 (Urk. 2) stütze sich auf folgende Berichte: 3.3.1

Dr. med. L. ___ , f allverantwortlicher Arzt, Dr. med. M. ___ , Fachärztin Innere Medizin, Dr. med. N. ___ , Innere Medizin FMH, Dr. med. O. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. P. ___ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, Dr. med. Q. ___ , Neurologie FMH, und Dr. med. R. ___ , Assistenzärztin Neurologie, von der B. ___ hielten in ihrem Gutachten vom 21. Oktober 2013 (Urk. 6/95) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 28): - Chronisches

Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.8) - zervikal: myotendinotische Verspannungen der zervikalen paravertebralen Muskulatur und der Schultergürtelmuskulatur beidseits; keine Hinweise auf segmentale Dysfunktion und keine klinischen Hinweise auf zervikale Radikulopathien - radiomorphologisch leichtgradig progredient degenerative Veränderung der Bandscheibe HWK4/5, HWK5/6 und HWK6/7 mit nur leichten präforaminalen und diskret intraforaminalen Bandscheibenanteilen auf Höhe HWK5/6 rechts, sowie HWK5/6 links; knöcherne neuroforaminale Einengungen auf Höhe HWK4/5 und HWK5/6 links, sowie HWK4/5, HWK5/6 und HWK6/7 rechts mit Betonung bei HWK6/7 rechts, jedoch ohne Zeichen einer relevanten Wurzelkompression beidseits; unauffälliges Myelon (MRI der HWS vom 20. November 2012, S. ___ Klinik,) - myotendinotische muskuläre Verspannungen der thorakalen paravertebralen Muskulatur, normale Beweglichkeit der BWS in alle Richtungen, ohne Hinweise auf segmentale Dysfunktion der BWS - Verkürzung der ischiokruralen Muskulatur und des Tractus iliotibialis links betont mit Verspannung der Muskulatur - radiomorphologisch leichte linkskonvexe Fehlhaltung, multisegmentale Chondrosen, vor allem L4/L5 und L5/S1, jedoch ohne Diskushernien oder foraminale Einengungen, etwas aktivierte Spondylarthrose L4/L5 mit vermehrter Flüssigkeit (MRI der LWS vom 24. August 2012, S. ___ Klinik,) - pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung in das rechte Bein, am ehesten durch die myotendinotische Verspannung der paravertebralen Muskulatur zu interpretieren, klinisch keine Hinweise auf lumbale Radikulopathie - keine Hinweise auf relevante Progression der radiomorphologischen Läsionen im Vergleich zur CT der LWS vom 29. August 2011, S. ___

- Rezidivierende Beinvenen-Thrombose beidseits 1990 und 2005 - Post-thrombotisches Syndrom Stadium I bis II beidseits mit partieller Rekanalisation der tiefen Oberschenkel- und Unterschenkelvenen beidseits mit ausgeprägter post-thrombotischer Klappeninsuffizienz - Rhinokonjunktivitis pollinosa et Asthma bronchiale pollinosum - Monosensibilisierung gegenüber Frühlütl (Birke, Erle, Hasel) - Desensibilisierung 2002 bis 2005 - erneute Desensibilisierung ab 2007 bis Januar 2008 ohne Besserung

Zudem führten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 29): - Bilaterale Senk- und Spreizfüsse mit Hallux valgus beidseits (ICD-10: M21.4, M20.1) - Dringender Verdacht auf schwere Schmerzverarbeitungsstörung mit Schmerz ausweitung - Dysthymia (ICD-10: F34.1) - Verdacht auf Sulcus ulnaris-Reizsyndrom links (ICD-10: G56.2) - Verdacht auf essentiellen Tremor (ICD-10: G25.0) - aktuell vordergründiger Kopftremor vom „Ja-Ja“-Typ - Protein- S - Mangel mit erhöhter Thromboseneigung - Dauerantikoagulation mit Marcoumar seit 1990 - Episodische Migräne mit Aura (ICD-10: G43.1) - Status nach Hernienplastik nach Lichtenstein links bei indirekter Leistenhernie Juni 2010 - Sigmadivertikulose, asymptomatisch - Symptomatische rezidivierende Nephrolithiasis bei Calciumoxalatsteinen - Status nach laparoskopischer Cholezystektomie

Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer leide an einem Panvertebralsyndrom mit ausgeprägten myotendinotischen Verspannungen und leichtgradigen progredienten degenerativen Veränderungen. Erstmals dokumentiert und weitgehend abgeklärt worden seien die Rückenschmerzen 1996-1998. Es hätten sich radiologisch wiederholt geringgradige Diskopathien sowie verschiedene degenerative Veränderungen, jedoch immer ohne Nachweis einer Radikulopathie oder einer wesentlichen Bandscheibenprotrusion gefunden. Die letzten beiden Tätigkeiten im Gastronomiegewerbe

und Transport hätten wohl durch ihre rückenbelastenden Tätigkeiten zu einer Verschlimmerung der Beschwerden in den letzten Jahren der Arbeitsfähigkeit geführt (S. 30).

Neben dem Panvertebralsyndrom bestehe ein Protein-S-Mangel, in dessen Folge der Beschwerdeführer mehrere Thrombosen erlitten habe und an dessen Folgen (postthrombotisches Syndrom beidseits) er heute leide. Des Weiteren leide er seit ungefähr 2002 an einer Rhinokonjunktivitis pollinosa, zum Teil mit asthmatischen Beschwerden verbunden, die sich zumindest teilweise resistent gegen mehrere Desensibilisierungen gezeigt habe. In den letzten Jahren sei zudem noch ein essentieller Tremor, vor allem des Kopfes, sowie eine leichte, die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende, Dysthymia hinzugekommen. Aufgrund der langen Schmerzanamnese und der damit verbundenen körperlichen Inaktivität müsse neben dem Panvertebralsyndrom eine ausgeprägte Dekonditionierung und eine Chronifizierung des Schmerzerlebens vermutet werden. Auch laboranalytisch habe sich aktuell kein Hinweis für eine rheumatologische Ursache der Beschwerden objektivieren lassen (S. 30 f.).

In der angestammten Tätigkeit als Kellner, mithin in einer körperlich schweren Tätigkeit mit der Notwendigkeit, repetitiv Lasten zu tragen, ständig zu gehen und zu stehen, ohne die Möglichkeit abzusetzen, lasse sich aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit begründen. Für eine optimal angepasste Tätigkeit lasse sich folgendes Eingliederungspotential begründen: Für körperlich leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten, ohne Notwendigkeit, sich repetitiv nach vorne zu bücken, Lasten über 10 kg zu tragen und mit der Möglichkeit, wechselbelastend im Stehen, Gehen oder im Sitzen zu arbeiten, bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Arbeiten bei extremen Temperaturen (heiss oder kalt) seien zu vermeiden. Von internistischer Seite her bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 31).

Die weiteren Diagnosen würden für sich genommen nicht zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit führen. Bezüglich der postthrombotischen Beschwerden seien Tätigkeiten, welche überwiegend im Sitzen oder Stehen stattfänden, zu vermeiden. Ideal seien wechselbelastende Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu individuellen Pausen. Bei der Wahl einer etwaigen Verweistätigkeit müsse zudem die Rhinokonjunktivitis pollinosa beachtet werden, da beispielsweise Tätigkeiten, welche mehrheitlich unter freiem Himmel stattfänden, zu einer Zunahme der Beschwerden der oberen Atemwege führen könnten (S. 31).

Gesamtmedizinisch bestehe somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle schweren Tätigkeiten sowie für den angestammten Beruf und eine volle Arbeitsfähigkeit von 100 % für alle leichten und mittelschweren Tätigkeiten unter Gewährleistung der obengenannten Einschränkungen (S. 31).

Der Beginn der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit lasse sich retrospektiv kaum eindeutig festlegen. Die beklagten Beschwerden beständen seit mindestens 1997, wobei es sich zunächst um lumbospondylogene Schmerzen und erst später (ungefähr 2005) um zervikale Schmerzen gehandelt habe. Es lasse sich vermuten, dass die Fortsetzung einer körperlich anspruchsvollen Arbeit im Service zu einer progredienten Verschlechterung der Rückenschmerzen geführt hätte. Schwere somatische Fakten für eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit würden sich allerdings anhand der damaligen radiomorphologischen Befunde eindeutig nicht feststellen lassen. Mindestens 10

Jahre nach der Erstbeurteilung, also zum Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens 2007, scheine die Situation jedoch chronifiziert und der heutigen zu gleichen, wenn man die Beschwerdeschilderung im psychiatrischen Gutachten lese. Es werde deshalb davon ausgegangen, dass der aktuelle Gesundheitszustand mindestens seit 2007 bestehe. Über den davorliegenden Zeitraum könnten retrospektiv kaum verlässliche Aussagen getroffen werden. Ob es tatsächlich zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen sei oder nicht, lasse sich nicht eindeutig festlegen, da aus heutiger Sicht die damalige Einschätzung einer weit gehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht vollständig nachvollziehbar erscheine, auf der anderen Seite sich der objektive Zustand nicht nachweislich verändert habe. Die oben beschriebene Arbeitsfähigkeit sei deshalb im Sinne einer aktuellen Einschätzung eines im Wesentlichen vergleichbaren Sachverhalts und somit als Eingliederungspotential (aus heutiger Sicht möglich erscheinende Arbeitsfähigkeit) zu verstehen (S. 31 f.).

Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Lasten, welche auch im Erstentscheid der IV berücksichtigt worden sei, sei aufgrund der damaligen und aktuell erhobenen Befunde nachvollziehbar. Die weitgehende Einschränkung für leichte und mittelschwere Tätigkeiten sei nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. In den über die Jahre durchgeführten verschiedenen radiologischen Untersuchungen sei zu keinem Zeitpunkt ein diese Arbeitsunfähigkeit begründendes Korrelat dokumentiert worden. Wie im rheumatologischen Untergutachten diskutiert, würden sich somatisch harte Fakten für eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit für leichte-mittelschwere Tätigkeiten damals ebenso wie heute nicht feststellen lassen. Von psychiatrischer Seite beständen keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Erkrankungen. Dies sei bereits im psychiatrischen Gutachten von 2007 festgestellt worden. Es liege ein Bericht des Instituts für Psychotraumatologie O. ___ aus dem Jahr 2005 vor, in dem eine „deutliche depressive Episode, derzeit leichten bis mittelschweren Ausmasses, die reaktiv zu verstehen sei“ diagnostiziert werde. Es werde geltend gemacht, dass mindestens eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Depression und der Rückenschmerzen vorliege. Retrospektiv könne dies nicht beurteilt werden, da keine andere Stellungnahme zum psychiatrischen Gesundheitszustand aus dem Jahre 2005 vorliege. Offenbar sei es aber trotz der Diagnose nicht zu einer psychotherapeutischen Behandlung gekommen (gemäss Gutachten 2007 sei eine Behandlung im Institut für Psychotraumatologie „nicht möglich gewesen“, mit einer ambulanten Psychiaterin sei „keine gemeinsame Schwingung“ zustande gekommen). Mit Sicherheit könne man jedoch sagen, dass seit dem psychiatrischen Gutachten 2007 keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Diagnose vorliege.

Die nun attestierte Arbeitsfähigkeit (aus somatischer Sicht) sei somit eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen vergleichbaren Sachverhalts bei retrospektiv nicht zwanglos nachvollziehbar hoher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit 2007 objektiv nicht relevant geändert (S. 33). 3.3.2

Auf entsprechende Nachfragen seitens der Beschwerdegegnerin hin ergänzte der rheumatologische Gutachter Dr. P. ___ am 26. November 2014 (Urk. 6/102), so matisch harte Fakten für das Vorliegen einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten könnten aus rein rheumatologischer Sicht weder damals noch heute begründet werden (S. 2).

Es treffe jedoch nicht zu, dass ein organisches Korrelat für die geklagten Wirbelsäulenbeschwerden im Bereich der LWS nicht ausgewiesen sei. Wenn gleich sich schon damals kein eindeutiges organisches Korrelat im Sinne einer eindeutigen segmentalen Dysfunktion der Wirbelsäule habe feststellen lassen, könnten degenerative Veränderungen der Wirbelsäule zusammen mit einer progressiven muskulären Dekonditionierung Anlass für die Entwicklung chronischer Schmerzen geben. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten sei deshalb gerechtfertigt. Rückenbelastende Tätigkeiten bei Vorhandensein degenerativer Veränderungen der Wirbelsäule würden sich langfristig als ungünstig erweisen, da inadäquate Belastungen zu einer plötzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen könnten. In dieser Hinsicht sei die Belastbarkeit des Rückens bereits damals im Jahre 1997 – aber ausschliesslich nur für körperlich schwere Tätigkeiten - nicht mehr vorhanden gewesen (S. 2).

Es sei retrospektiv schwierig zu sagen, ob 1997 ein organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden ausgewiesen gewesen sei. Damals habe ein Mischbild zwischen muskulärer Dysbalance und degenerativen Veränderungen bestanden, die zu den invalidisierenden Beschwerden geführt hätten. Zu differenzieren, was genau zu was geführt habe, sei heute nicht mehr möglich. Bereits 2001 und 2007 hätten sich multitage degenerative Veränderungen, welche als leicht gradig einzustufen seien, gefunden. Diese hätten zu einer verminderten Belastbarkeit des Achsenskeletts für körperlich schwere Tätigkeiten geführt (S. 2 f.). 4. 4.1 4.1.1

Mit Verfügung vom 6. Mai 2009 erhöhte die Beschwerdegegnerin nach entsprechenden medizinischen Abklärungen, insbesondere einem psychiatrischen Gutachten, die dem Beschwerdeführer bislang ausgerichtete halbe Rente und sprach ihm bei unverändertem Gesundheitszustand und einem IV-Grad von 61 % gestützt auf eine andere Berechnung des Invalideneinkommens neu eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zu (Urk. 6/58 und Urk. 6/51/5). 4.1.2

Gemäss den dieser Verfügung zugrunde liegenden Arztberichten litt der Beschwerdeführer wie bereits bei der erstmaligen Rentenzusprache weiterhin an Rückenbeschwerden mit degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (E. 3.2.2 und E. 3.2.4 f. hievore). Psychiatrische Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hingegen keine (E. 3.2.6 hievore). Entsprechend führte RAD-Arzt Dr. C. ___ am 23. April 2007 aus, sämtliche Beschwerden seien einer somatischen Genese zuzuordnen und aus dieser Sicht zu beurteilen. Aus rheumatologischer und angiologischer Sicht bestehe keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es sei weiterhin ein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen, die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Kellner betrage 100 %, die Restarbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit in Wechselbelastung nach wie vor 50 % (Urk. 6/51/5). Die Dreiviertelsrente wurde dem Beschwerdeführer damit offensichtlich zu keinem Zeitpunkt auf grund von psychischen Beeinträchtigungen zugesprochen. Vielmehr wies der Beschwerdeführer organisch objektivierbare Befunde und damit (zumindest teilweise) erklärbare physische Beschwerden auf, die ihn jedenfalls in der angestammten und auch in anderen physisch belastenden Tätigkeiten in der Arbeitsfähigkeit einschränkten. Die Dreiviertelsrente wurde damit (ausschliesslich) ausgehend von einer bildgebend nachweisbaren Gesundheitsschädigung und nicht etwa von einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen.

Hätte die Beschwerdegegnerin Anhaltspunkte für das Vorliegen eines unklaren Beschwerdebildes gehabt, so wäre ausserdem davon auszugehen, dass sie vor Erlass der rentenerhöhenden Verfügung in Beachtung der damaligen Überwindbarkeitsrechtsprechung (BGE 130 V 352) die Foerster-Kriterien geprüft hätte. Eine Rentenaufhebung gestützt auf lit. a Abs. 1 SchIB IVG 6. IV-Revision fällt damit ausser Betracht. 4. 1. 3

Daran ändert nichts, dass gemäss Dr. P.____ keine somatisch harten Fakten für das Vorliegen einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründet werden könnten (E. 3.3.2 hievov), denn auch dem Gutachten der B.____ ist kein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage zu entnehmen. Einzig der rheumatologische Gutachter Dr. P.____ stellte die Verdachtsdiagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (vgl. Urk. 6/95/52), der psychiatrische Gutachter hingegen diagnostizierte weder ein diesbezügliches Leiden noch setzte er sich in seinem Teilgutachten auch nur ansatzweise mit einer allfälligen diesbezüglichen Problematik auseinander (vgl. Urk. 6/95/37-44, insbesondere S. 7). Die gemäss Dr. P.____ bestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit mag zwar plausibel sein, doch beruht sie letztlich einzig auf einer anderen Einschätzung des gleichen Sachverhalts und ist bezüglich der Frage der Anwendbarkeit der SchIB IVG 6. IV-Revision nicht von Bedeutung. 4. 1. 4

Vorliegend wurde die Rente entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nach dem Gesagten auch nicht aufgrund von den erklärbaren diagnostisch klar abgrenzbaren unerklärbaren Beschwerden zugesprochen. Eine Rentenrevision unter dem Rechtstitel der SchIB IVG 6. IV-Revision ist damit nicht zulässig. 4. 2

Gemäss den Gutachtern der B.____ besteht der aktuelle Gesundheitszustand mindestens seit 2007, ist mithin seit der am

6. Mai 2009 verfügte Rentenerhöhung unverändert. Gemäss den klar formulierten, unmissverständlichen und nachvollziehbaren Ausführungen der Gutachter kann mit Sicherheit gesagt werden, dass seit dem psychiatrischen Gutachten 2007 keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Diagnose vorliegt. Die von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit (aus somatischer Sicht) stellt eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen vergleichbaren Sachverhalts bei retrospektiv nicht zwanglos nachvollziehbar hoher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar (E. 3.3.1 hievov). Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG (vgl. dazu E. 1. 4 hievov) ist da mit ebenfalls nicht ausgewiesen. 4. 3

Fehlen auch die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich noch nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a, E. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE

128 V 272 E. 5b/bb; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen). Die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen fällt nur in Betracht, wenn es um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung geht. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - denkbar. Zurückhaltung ist bei der Annahme zweifelloser Unrichtigkeit stets dann geboten, wenn der Wiedererwägungsgrund eine materielle Anspruchsvoraussetzung betrifft, deren Beurteilung massgeblich auf Schätzungen oder Beweiswürdigung und damit auf Elementen beruht, die notwendigerweise Ermessenszüge aufweisen. Eine vor dem Hintergrund der seinerzeitigen Rechtspraxis vertretbare Beurteilung der (invaliditätsmässigen) Anspruchsvoraussetzungen kann nicht zweifellos unrichtig sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2012 vom 19. September 2012 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

Zu prüfen ist, ob die rentenerhöhende Verfügung vom 6. Mai 2009, welche an die Stelle der ursprünglichen Verfügung vom 25. Juni 2005 getreten ist (BGE 140 V 514 E. 5.2), zweifellos unrichtig war. Die Revisionsverfügung stützte sich in Bezug auf die gesundheitlichen Verhältnisse auf die erstmalige Rentenzusprache und ging insoweit von einem unveränderten Gesundheitszustand aus, weshalb betreffend die Frage der zweifellosen Unrichtigkeit die gesundheitliche Situation anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache heranzuziehen ist. Diese beruhte auf verschiedenen Arztberichten, auf welche sich auch der RAD abstützte. B. ___-Gutachter Dr. P. ___ bestätigte, dass die Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit seit 1997 gerechtfertigt sei. Eine 50%ige Einschränkung auch in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit erscheint gemäss den B. ___-Gutachtern zwar nicht gänzlich nachvollziehbar; die Revisionsverfügung kann aber nicht bereits aus diesem Grund als qualifiziert unrichtig bezeichnet werden. Eine wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung fällt damit ausser Betracht. 4.4

Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und dem Beschwerdeführer auch über den 1. April 2016 hinaus weiterhin eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung auszurichten. 5.

5.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Februar 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer über den 1. April 2016 hinaus Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Lanzicher

E. 1.3

Im Rahmen des am 17. Juli 2012 von Amtes wegen initiierten Revisionsverfahrens (Urk.

E. 6

/70/1) liess die IV-Stelle den Versicherten durch die B.____ polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, neurologisch und rheumatologisch) begutachten (Expertise vom 21. Oktober 2013, ergänzt am 26. November 2014; Urk. 6/95 und Urk. 6/102). Am

11. Februar 2016 verfügte sie – unter Hinweis darauf, dass sie den Rentenanspruch gestützt auf die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene Schlussbestimmung der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; kurz: SchlB IVG 6. IV-Revision) überprüft habe – die Einstellung der Invalidenrente auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 9. März 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Vorinstanz zu verpflichten, ihm weiterhin eine Dreiviertelsrente auszurichten. Am 8. April 2016 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 7

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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