

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00029 vom 9. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00029 du 9 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00029 del 9 maggio 2019

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).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3); dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen auf Urteile des Bundesgerichts 9C_349/2013 vom 24. Oktober

2013 E.

3.1; 9C_292/2012 vom 7. August 2012 E. 2.3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.5

Die RAD-Ärzte

können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV; 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 einem externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352 mit Hinweis).

E. 2

Hiergegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 12. Januar 2017 Beschwerde erheben mit den Rechtsbegehren, die Verfügung der IV-Stelle vom 25. November 2016 sei aufzuheben und es seien ihm weiterhin die Leistungen aus dem Invalidenversicherungsgesetz (IVG) auszurichten (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 20. Februar 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Replik vom 12. Juni 2017 (Urk. 12) liess der Versicherte an seinen Anträgen festhalten. Am 21. Juni 2017 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik (Urk. 14), was dem Versicherten am 22. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften

wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung auf den Standpunkt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich gemäss den medizinischen Abklärungen erheblich verbessert. Es sei kein Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen, der einen Anspruch auf Leistungen begründen würde. Der Beschwerdeführer könne seine bisherige Tätigkeit als Architekt wieder zu 100 % ausüben. Diese Auffassung sei durch die RAD-Untersuchungen vom 26. April 2016 gestützt worden. Daher sei die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufzuheben (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort macht die Beschwerdegegnerin zusammengefasst neu das Vorliegen eines erwerblichen Revisionsgrundes geltend, weil der Beschwerdeführer seine Lehrertätigkeit im Jahr 2014 aufgegeben habe (vgl. Urk. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt

zusammengefasst vorbringen, aufgrund der Aktenlage sei keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Revisionsverfügung nachgewiesen; eine gesundheitliche Verbesserung sei für den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung nicht gegeben. Es sei im Laufe der Jahre zu einer Stabilisierung aber zu keiner Verbesserung gekommen (Urk. 1 S. 11). Die Beschwerdegegnerin habe im vorliegenden Revisionsverfahren bei unverändertem Beschwerdebild eine rechtlich unzulässige Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Das vorgängige Revisionsverfahren von 2012 sei unter Beibehaltung der Viertelsrente rechtskräftig abgeschlossen worden, eine allfällige Verbesserung, die im damaligen Revisionsverfahren eingetreten wäre, sei mit dieser Entscheidung somit abgeurteilt worden und stehe für das vorliegende Revisionsverfahren nicht mehr zur Verfügung, tatsächlich sei jedoch schon damals nicht von einer Verbesserung ausgegangen worden (vgl. Urk. 1 S. 3 11). Überdies könne auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der orthopädischen Untersuchung vom 26. April 2016 nicht abgestellt werden, da sie dem unverändert fort bestehenden Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers in keiner Art und Weise Rechnung trage und in unlösbarem Widerspruch zu den weiteren medizinischen Akten, insbesondere zu den Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit durch den Kreisarzt der Suva und den mehrfach zitierten Beurteilungen

des behandelnden Orthopäden stehe (Urk. 1 S. 11).

Das Vorliegen eines erwerblichen Revisionsgrundes verneint er. Es handle sich bei den erwähnten Umständen um eine Sachverhaltsänderung, indem sich eine Nebentätigkeit geändert habe. Damit habe sich aber keine erhebliche Veränderung im erwerblichen Bereich ergeben (Urk. 12 S. 3). Für den Fall, dass das Gericht einen Revisionsgrund annehmen würde, betont der Beschwerdeführer erneut die Unhaltbarkeit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärztin des RAD, auf welche nicht abgestellt werden könne. Deshalb müsste diesfalls eine medizinische unabhängige Begutachtung erfolgen (Urk. 12 S. 4 ff.).

E. 3.1

Nach der Operation der Bandscheibensequesterung L4/5 rechts mit Kompression der Wurzel L5 rechts am 26. Mai 2005 klagte der Versicherte weiterhin über eine Fussheberschwäche rechts, über belastungsabhängige, krampfartige Unterschenkel schmerzen rechts und Faszikulationen der Wadenmuskulatur (sichtbare, regellose blitzartige Kontraktion von Muskelbündeln ohne Bewegungseffekt: Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, S. 508) und auch an anderen Extremitäten (Urk. 6/125/414, Urk. 6/125/397, Urk. 6/125/390). Nach einer anfänglichen gänzlichen Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfallzeitpunkt wurde der Versicherte ab August 2005 zu 50 % arbeitsfähig geschrieben. Bei seinem neuen Arbeitgeber arbeitete er ab November 2005 zu 40 % als Architekt auch auf Baustellen und weiterhin zu 10 % als Berufsschullehrer und bezog im Umfang der attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit Taggelder der Suva (Urk. 6/125/314). Der Versicherte wurde wegen teilweise ausstrahlenden Beinschmerzen, vor allem auftretend beim Gehen und Bücken, vielfältig abgeklärt und ebenso therapiert (Urk. 6/125/333). Mit der Diagnose eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms beidseits mit intermittierender Nervenwurzelirritation L5 rechts wurde er im Oktober 2006 auch noch hinsichtlich des Verdachts auf eine Meniskusverletzung links untersucht. Es stellte sich eine Meniskushinterhornläsion links heraus (Urk. 6/125/323, Urk. 6/125/308). Anfang 2007 wurde der Versicherte im D.____ untersucht und es wurde das Vorgehen besprochen (Urk. 6/125/299). Die Ärzte stellten dabei ein rechtsbetontes neuropathisches Schmerzsyndrom nach Druckschädigung der L5-Wurzel aufgrund der erlittenen Diskushernie fest, das sie in einem multimodalen Schmerzkonzept angehen wollten. Es fanden sich elektromyographisch im deutlich atrophien

musculus

tibialis rechts Zeichen der akuten und chronischen neurogenen Schädigung als Hinweis für eine persistierende Radikulopathie (Urk. 6/125/254). Die Faszikulationen sahen die Ärzte teilweise im Zusammenhang mit einer Generalisierungstendenz bei einem Verdacht auf eine beginnende Angststörung. Im Bericht vom 16. Februar 2007 diagnostizierten sie darüber hinaus eine leichte depressive Episode und einen Verdacht auf eine hypochondrische Störung sowie eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderen klassifizierten Krankheiten und eine vegetative Dysregulation (Urk. 6/125/258).

Am 16. April 2007 fand eine kreisärztliche Untersuchung des Versicherten durch Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Sportmedizin-Phlebologie, statt. Der Arzt stellte fest, es seien noch morphologische Zeichen einer lokalen Entzündung im Bereich L4/L5 vorhanden, ohne dass eine Rezidivhernie nachgewiesen werden könne. Der Versicherte sei

als selbständiger Architekt im eigenen Geschäft für die Büroarbeit zu 100 % arbeitsfähig was die Unfallfolgen betreffe. Einschränkungen bestünden hinsichtlich der Arbeit auf Baustellen. Zu den Unfallfolgen zählte der Kreisarzt die Kniebeschwerden links und die Restbefunde nach der Diskushernie an der Wirbelsäule und hinsichtlich der Fussheberschwäche . Der Fall sei noch nicht abzuschliessen, der Endzustand sei noch nicht gegeben (Urk. 6/125/227).

Am 15. Januar 2008 untersuchte der Kreisarzt Dr. E. ___ den Versicherten erneut. Dort berichtete der Versicherte, dass eine Pensumssteigerung von 50 auf 70 % im Herbst 2007 gezeigt habe, dass das zu viel sei. Er habe daraufhin das Pensum im Dezember 2007 wieder auf 50 % reduziert, zu 40 % arbeite er als Architekt im eigenen Büro und zu 10 % als Lehrbeauftragter an der Fachhochschule. Dr. E. ___ erachtete die Befunde als im Wesentlichen gleichbleibend. Er attestierte ab 1. Februar 2008 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit und empfahl eine Verlaufsbeobachtung (Urk. 125/182). Der Versicherte erhöhte das Pensum entsprechend den Vorgaben. Er arbeitete in seinem Büro zu 45 % und als Lehrkraft zu 15 % (Urk. 6/125/11). Am 11. April 2008 erfolgte nach Beschwerdeverstärkung ein neues MRI der Lendenwirbelsäule. Die Ärzte machten einen Rezidivprolaps rechts L4/5 mit Affektion der Nervenwurzel L5 rechts recessal geltend (Urk. 6/125/5). Bei einer Beurteilung der Situation im Herz- und Neurozentrum O. ___ , wo auch die Operation der Diskushernie stattgefunden hatte, wurde eine nochmalige Operation verworfen (Urk. 6/126/411). Die Arbeitsfähigkeit wurde in der Folge auf 50 % reduziert, wobei der Versicherte ein Pensum von 45 % im Geschäft und 5 % als Lehrer ausführte (Urk. 6/126/386, Urk. 6/126/381). Der Versicherte nahm ab Sommer 2008 verschiedene manuelle Orthopädie-Therapien in Deutschland wahr (Urk. 6/126/386). Im Frühjahr 2009 wurde der Versicherte neurologisch im Kantonshospital F. ___ noch einmal eingehend untersucht. Der Neurologe Dr. med. G. ___ diagnostizierte chronische lumbovertebrale und radikuläre, die Wurzel L5 betreffende chronische Schmerzen, die sich verbesserten und eine inaktivitätsverstärkte vegetative Dystonie, ebenfalls in Besserung begriffen. Er attestierte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gesamthaft als Architekt und Lehrbeauftragter (Urk. 6/126/295).

Am 11. August 2009 erfolgte die kreisärztliche Abschlussuntersuchung des Versicherten bei PD Dr. med. H. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie. Der Versicherte beschrieb eine gebesserte Situation, die sich in der seit 1. Juli 2009 auf 60 % gesteigerte Tätigkeit als Architekt zeige. Noch immer würden bei Stress die Faszikulationen zunehmen. Es seien noch vor allem belastungsbedingte Bein schmerzen vorhanden, jedoch viel weniger als vor einem Jahr. Weiter gebe es noch Kribbelparästhesien und eine Allodynie , die unangenehm sei und eher zugenommen habe. Der Versicherte beschrieb seine 50%ige Arbeitstätigkeit als Architekt und die 10%ige als Lehrer und erachtete dies als seine mögliche Leistungsfähigkeit. Der Kreisarzt legte daraufhin und bei Vorliegen einiger Restbefunde eine 60%ige Arbeitsfähigkeit fest in einer wechselbelastenden sitzenden/gehenden/stehenden Tätigkeit. Er empfahl die Weiterführung der Physiotherapie und schloss eine Verbesserung nicht aus (Urk. 6/126/239).

Die Suva verfügte daraufhin am 8. Dezember 2009 die Ausrichtung einer Invalidenrente ab 1. Dezember 2010 für eine Invalidität von 40 %, da eine maximale Arbeitsfähigkeit in seinem Beruf wie auch in einer angepassten Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 60 % bestehe. Der Versicherte sei bestmöglich bei seiner Tätigkeit im eigenen Geschäft von 50 % und in der Lehrtätigkeit von 10 % eingegliedert (Urk. 6/126/201, Urk.

6/126/176).

Eine röntgenologische Kontrolluntersuchung am 22. Dezember 2009 in der I. ___ Klinik durch Prof. Dr. med. J. ___ zur Klärung des mit MRI im Jahr 2008 vermuteten Rezidivs der Diskushernie (Urk. 6/125/5) brachte klar hervor, dass ein solches nicht vorhanden war; der Arzt schloss für die geltend gemachten Restschmerzen des Versicherten auf neuropathische Schmerzen (Urk. 6/126/186).

E. 3.2

Die IV-Stelle übernahm im Feststellungsblatt vom 13. April 2010 in medizinischer Hinsicht die Schlussbetrachtung von PD Dr. H. ___ vom 11. August 2009 mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 60 %. In erwerblicher Hinsicht stützte sie sich auf den Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 3. März 2010. Darin wurde gemäss den Angaben des Versicherten von einer im Gesundheitsfall ausgeübten Architektentätigkeit im eigenen Betrieb von 90 % ausgegangen und dabei ein Verdienst von Fr. 111'150 angenommen. Weiter wurde erwogen, dass der Versicherte im Gesundheitsfall auch zu 10 % als Lehrkraft tätig gewesen wäre, so dass ein Einkommen für diese Tätigkeit von Fr. 21'379 hinzukam, was ein Valideneinkommen von Fr. 132'529 ergab (Urk. 6/66/7).

Das auf den tatsächlichen Verhältnissen ermittelte Invalideneinkommen für die Arbeit als 50%iger Architekt und 10%iger Lehrer (Architekteneinkommen Fr. 4'100 x 13 + Nebeneinkommen als Lehrer Fr. 21'379) ergab Fr. 74'679, so dass ein Invaliditätsgrad von rund 44 % und damit eine Viertelsrente ab 1. Februar 2006 resultierte (Urk. 6/69), die in der Verfügung vom 27. Mai 2010 zugesprochen wurde (Urk. 6/73, Urk. 6/74).

E. 3.3

Im Formular vom 4. Juni 2012 zur Rentenrevision gab der Versicherte an, immer noch zu 50 % als Architekt und zu 10 % als Lehrer tätig zu sein (Urk. 6/95/2). Der Hausarzt med. pract. A. ___ berichtete im Schreiben vom 6. Juni 2012 von keinen Veränderungen. Der Versicherte melde sich bei Bedarf; er absolviere noch immer mehrmals pro Jahr die Schlingentischtherapie in Deutschland, die von der Suva übernommen werde. Neben der Arbeit als Architekt und Lehrer absolviere er seit zwei Jahren eine Ausbildung in Denkmalpflege. Es sei nicht mehr mit Verbesserungen zu rechnen (Urk. 6/96/3). Der Versicherte bestätigte anlässlich des Abklärungsgesprächs vom 23. Oktober 2012 diese Ausbildung, wegen der er die Tätigkeit als Lehrer reduziert habe. Wegen seines gesundheitlichen Zustandes sei es immer wieder zu Unterbrüchen gekommen, deshalb sei er noch nicht so weit, wie er sein sollte. Er wolle die Ausbildung nun so schnell als möglich beenden und nur noch als Architekt und in der Denkmalpflege tätig sein (Urk. 6/102/3). Die orthopädische RAD-Ärztin med. pract. B. ___ kam daraufhin am 4. Juli 2012 in einer Aktenbeurteilung zur Auffassung, dass es zu einer Besserung durch Adaptation an die Situation gekommen sei, weil der Versicherte zusätzlich zu seinen beiden beruflichen Tätigkeiten ein Studium am absolvieren sei. Sie attestierte eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (Urk. 6/103/3). Weil die Abklärungsperson in finanzieller Hinsicht bei einem an die Lohnentwicklung angepassten Valideneinkommen von Fr. 138'253 und einem tatsächlich erworbenen Invalideneinkommen von Fr. 79'777 (IV-Grad 42,29 %) keine rentenverändernde Situation erkannte (Urk. 6/103/3), wurde die Viertelsrente in der Mitteilung vom 3. Dezember 2012 beibehalten (Urk. 6/104).

E. 3.4.1

Im Rentenrevisionsfragebogen vom 13. Dezember 2014 erwähnte der Versicherte ein Arbeitspensum als Architekt von 51,5 % und ein Pensum von 8,5 % als An gestellter des Kantons Zürich. In medizinischer Hinsicht verwies er auf den kreis ärztlichen Untersuchungsbericht vom 9. April 2014 (Urk. 6/119). Darin berich tete Prof. Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, der Versicherte klage noch immer über Faszikulationen beider Beine und über Unterschenkel krämpfe sowie Schmerzen in der rechten Aussenseite des Unterschenkels und über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine. Die Beschwerden und die funktionellen Einschränkungen hätten sich in den letzten Jahren stabilisiert. Der Arzt erwähnte in der Diagnosestellung die Fussheberparese rechts und eine einge schränkte Beweglichkeit des Achsenorgans im Bereich Brust-Lendenwirbelsäule (Urk. 6/126/45). Es wurde auch vom den Versicherten seit Jahren in Deutschland behandelnden Orthopäden Dr. med. C.____ ein Bericht eingeholt. Dieser berichtete von einer sehr guten Compliance des Versicherten, er behandle ihn mehrmals jährlich mit der Schlingentischtherapie. Der Arzt erachtete im Bericht vom 24. Januar 2015 eine ganztägige wechselbelastende Tätigkeit bei einer Ge wichts limite von 15 kg unter Beibehaltung der erlernten Übungen und des The rapiekonzeptes für möglich (Urk. 6/127/5). Im Schreiben vom 17. Juli 2015 an die Suva betonte der Arzt die gute Wirkung dieser Therapie, die Faszikulationen seien fast vollständig verschwunden, der Versicherte könne im Rahmen des Mög lichen seinen beruflichen und freizeittlichen Tätigkeiten nachgehen (Urk. 6/131/9).

Die Akten wurden in der Folge der RAD-Ärztin med. pract . B.____ unterbreitet. Diese vermochte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit dem letzten RAD-Bericht vom Juli 2012 zu erkennen. Sie habe damals eine 80%ige Arbeits fähigkeit attestiert, nun sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als Architekt gegeben. Es bestünden nur noch eine geringe Einschränkung in der Seitneigung der Wirbelsäule und eine Schwäche der Fusshebermuskulatur rechts mit Kraftgrad 3 von 5 (Urk. 6/134/4).

E. 3.4.2

Nachdem die IV-Stelle dem Versicherten daraufhin am 19. Oktober 2015 die Ein stellung der Rente angezeigt hatte (Urk. 6/135), meldete sich Dr. C.____ mit Arztbericht vom 11. November 2015 und verwies auf ein neues MRI der Lendenwirbelsäule vom 27. Oktober 2015 (Urk. 6/143). Er stellte eine dauerhafte segmentale Dysfunktion mit myofaszialem Schmerz bei Status nach Postnu kleo tomie-Syndrom der Lendenwirbelsäule im Mai 2005 fest. Es bestehe eine segmen tale Dysfunktion mit myofaszialen Schmerzen, die teilweise in die Peripherie ausstrahlten. Es seien auch rezidivierende Beschwerden wie bei Postnukleotomie -Syndrom mit akutem Wurzelreiz und neurologischen Symptomen vorhanden. Bei zunehmender Belastungssteigerung der Arbeitsintensität würden vermehrt seg men tale Dysfunktionen, periphere Faszikulationen und dauerhafte ruhe-/ und belastungsabhängige Schmerzzustände auftreten. Der Beschwerdeführer müsse die Arbeit dann gehäuft unterbrechen. Durch manipulative Therapie, segmentale Stabilisierung und Training am Schlingentisch mit Bindegewebsmassage hätten sich die Kraftgrade normalisiert und die neurologischen Kraftgrade seien ver schwun den. Gemäss der medizinischen Abklärung sei ein dauerhafter Schaden des Gesundheitszustandes eingetreten und der Status der Beschäftigung von 60 % sei beizubehalten. (Urk. 6/143).

E. 3.4.3

Daraufhin liess die IV-Stelle den Versicherten von der RAD-Ärztin med. pract . B.____ am 26. April 2016 orthopädisch untersuchen. Der Versicherte berichtete ihr gegenüber über weiterhin bestehende Faszikulationen in den Beinen und Dysästhesien im rechten Bein. Sodann leide er unter einem Tinnitus und unter Magen-Darm-Problemen sowie Schlafproblemen wegen Beinkrämpfen.

Die Ärztin diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schmerzhaft bewegungs- und belastungseinschränkende Lendenwirbelsäule, einen Status nach Diskushernie L4/5 links, eine diskrete Fussheberschwäche rechts und anamnestisch bestehende anhaltende Faszikulationen der Beinmuskulatur.

In Auseinandersetzung mit den Akten und den von ihr gemachten Befunden – insbesondere konnte sie keine Faszikulationen erheben - stellte sie fest, es lasse sich aus medizinischer Sicht keine dauerhafte Einschränkung der Wirbelsäulenfunktion für Tätigkeiten mit dem von Dr. C.____ am 24. Februar 2015 dar gelegten Profil erkennen. Der Suva-Kreisarzt habe in seiner Untersuchung vom 9. April 2014 im Wesentlichen die gleichen Befunde erhoben, wie sie sie in dieser Untersuchung gemacht habe. Der am meisten ins Auge stechende Befund sei die leichte Fussheberschwäche rechts. Diese sei auch heute festgestellt worden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, die Beschwerden hätten sich in den letzten Monaten/Jahren nicht wesentlich verändert. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne davon ausgegangen werden, dass auch schon Jahre vor der Kreisarztuntersuchung vom 9. April 2014 der dort dokumentierte Befund bestanden habe. Übereinstimmend hätten der Beschwerdeführer und Dr. C.____ mitgeteilt, dass 2009 der Gesundheitszustand schlechter gewesen sei als heute. Ab 2010 habe der Beschwerdeführer nebenberuflich ein Studium absolviert, das er aber offenbar auf sehr niedrigem Niveau betrieben habe. Damit scheine sich auch biographisch zu bestätigen, dass sich der Gesundheitszustand nach 2009 allmählich stabilisiert habe. Aus medizinischer Sicht sei anhand der vorliegenden Berichte und anhand der Untersuchung spätestens ab April 2014 vom derzeitigen Gesundheitszustand auszugehen. Gestützt auf die medizinische Berichterstattung und die körperliche Untersuchung sei zwar ein somatischer Gesundheitszustand ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit für körperlich schwere und regelmässig mittelschwere Tätigkeiten beeinträchtige. In seiner bisherigen Tätigkeit als Architekt bestehe jedoch seit April 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, da diese im Wesentlichen einer angepassten Tätigkeit entspreche (Urk. 6/146/9-11).

E. 3.4.4

Auch psychiatrisch wurde der Versicherte untersucht. In der Abklärung vom 26. April 2016 (Urk. 6/147) stellte Horst Straub, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Er diagnostizierte lediglich eine Persönlichkeitsakzentuierung mit leistungsorientierten Zügen (ICD-10 Z73), welche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei (Urk. 6/147/5).

E. 3.4.5

Mit Bericht vom 1. Juli 2016 (Urk. 6/153) erklärte Dr. C.____, dass er nach nochmaliger Durchsicht der Angelegenheit zum Schluss komme, die segmentale Dysfunktion mit den myofaszialen Schmerzen sei in ihrer Ausprägung dauerhaft. Diese Beschwerden seien in den letzten Jahren nahezu unverändert gewesen und müssten in regelmässigen Abständen behandelt werden, damit der Beschwerdeführer seinen normalen arbeitsalltäglichen Belastungen gerecht werden könne. Bei Stress und zunehmender Belastung würden die

Behandlungsabstände kürzer und die myofaszialen Schmerzen und Gelenkblockaden würden zunehmen.

E. 4.1

Vorab ist für die Frage der Rentenrevision der relevante Vergleichszeitraum fest zulegen. In Frage steht zunächst – wie das die Beschwerdegegnerin in der strittigen Verfügung angenommen hat (Urk. 2) - der Revisionsgrund einer ge besserten gesundheitlichen Situation. Dabei ist festzustellen, dass die letzte Rentenbestätigung, wie gezeigt wurde, mit Mitteilung vom 3. Dezember 2012 erfolgt war. Damals war die medizinische Seite einzig durch den sehr kurzen Verlaufsbericht des Hausarztes vom 6. Juni 2012 erhoben worden, aus dem nicht einmal hervorgeht, wann der Hausarzt den Beschwerdeführer zum letzten Mal gesehen hatte, denn dieser komme nur bei Bedarf vorbei (Urk. 6/96/2). Damalige aktuelle Befunde fehlen im Bericht, der Arzt beschrieb nur in groben Zügen die aus seiner Sicht seit zwei Jahren bestehende Situation. Aufgrund der Tatsache sodann, dass die IV-Stelle bei der Bestätigung der Viertelsrente einzig die finanzielle Situation näher analysiert und mit einem Bericht abgeklärt und diese aufgrund des Abstellens auf die tatsächlichen Verhältnisse für unverändert befunden hatte (Urk. 6/104), dabei im Besonderen die Sichtweise der RAD-Ärztin, dass nämlich aufgrund der zusätzlichen Belastung durch die vor zwei Jahren begonnene Ausbildung von einer verbesserten gesundheitlichen Situation und deshalb von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen werden könne (Urk. 6/103/3), ignoriert hatte, kann nicht von einer rechtskonformen, umfassenden Sachverhaltsabklärung im Zeitpunkt der Mitteilung des Revisi onsergebnisses im Jahr 2012 gesprochen werden. Es waren vielmehr für die damalige rechtskräftige Beurteilung des Rentenanspruchs erwerbliche Gesichtspunkte wegleitend.

Bei dieser Ausgangslage gilt hinsichtlich der Beantwortung der Frage nach einer anspruchserheblichen gesundheitlich bedingten Änderung des Invaliditätsgrades der nächstfrühere Entscheid mit den entsprechenden medizinischen Sachverhaltsfeststellungen als Vergleichsbasis (Meyer-Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3. A., Rz 44 zu Art. 30-31 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1). Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - in medizinischer Hinsicht die Situation der Rentenzusprechung im Mai 2010 mit derjenigen im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung im November 2016 zu vergleichen ist.

E. 4.2.1

Bei der Rentenzusprechung war der Versicherte als Architekt zu 50 % im eigenen Büro und zu 10 % als Lehrkraft tätig. Seine Tätigkeit als Architekt bestand hauptsächlich aus Büroarbeit, indem er Entwurfsarbeiten ausführte; er bezeichnete sich als den kreativen Kopf in der Unternehmung. Nach seinen eigenen Angaben erfolgte im Laufe von 2009 eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes (Urk. 6/66/3). Dies zeigte sich auch darin, dass er zusätzlich zu den beiden Tätigkeiten im Jahr 2010 eine ausserkantonale Ausbildung in L. ___ in der Denkmalpflege aufgenommen hatte. Der Grund für die Aufnahme dieses Studiums war gemäss seinen Ausführungen im Bericht vom 29. Oktober 2012 eine bessere betriebliche Auslastung in seinem Architekturbüro (Urk. 6/102/3). Um mit der Ausbildung vorwärts machen zu können, reduzierte er nach seinen Angaben die Tätigkeit als Lehrer ab 2011. Dies widerspiegeln die Einkünfte im individuellen Konto des Versicherten, wobei eine grössere Einkommensreduktion und damit eine solche Pensumsreduktion als Lehrer

erst ab 2012 nachvollziehbar ist. Denn während der ersten zwei Jahre des Ausbildungsbeginns betrug das Einkommen wie in den Jahren zuvor noch immer über Fr. 20'000 (Fr. 27'106 im Jahr 2010, Fr. 22'848 im Jahr 2011; Urk. 6/102/3; Urk. 6/105/1). Die Lehrertätigkeit gab er in der Folge nach seinen Angaben 2014 wegen Unstimmigkeiten mit der Schule und aus gesundheitlichen Gründen auf, auch sein Geschäftspartner hatte diese Arbeit aufgegeben. Der Versicherte wollte seine Energie mehr in das eigene Geschäft stecken (Urk. 6/126/18). Daneben war der Versicherte gemäss eigenen Angaben weiterhin im Minimum zu 50 % als Architekt im eigenen Betrieb tätig, im Bericht vom 13. Dezember 2014 gab er ein Pensum von 51,5 % neben einem Pensum beim Kanton von 8,5 % an. Er vermochte seiner Tätigkeit im Architekturbüro, die er als Mitinhaber mitbestimmen und steuern kann, und welche er an seine Bedürfnisse mit Stehpulten etc. anpassen konnte, nachzukommen. Mit Hilfe von Übungen und Sport wie zum Beispiel viel Radfahren und sporadischen Therapien in Deutschland und ohne wesentliche medikamentöse Unterstützung konnte er die gesundheitliche Situation trotz dieser Mehrbelastung mindestens halten. Im Bericht vom 20. Mai 2016 beschrieb er noch einen Weinberg, den er besitzt und den er teilweise auch noch betreue, einzig der Garten, der auch noch zu seinem Haus gehört, wurde gemäss seinen Angaben durch einen Gärtner erledigt (Urk. 6/146/2). Gesamthaft gesehen zeigen in der Tat diese tatsächlichen Veränderungen über die Jahre eine positive berufliche Entwicklung mit der Fähigkeit, neue Gebiete und damit auch Herausforderungen anzunehmen und trotz der geltend gemachten Beschwerden zu meistern, was auf eine gute Adaption an die gesundheitliche Situation schliessen lässt.

E. 4.2.2

Im Zeitpunkt der Rentenzusprechung waren Faszikulationen im Vordergrund, die bei Stress zunahmen, sodann waren Schmerzen gluteal rechts piriformis sowie im Bereich des lateralen distalen Unterschenkels und von dort über den dorsalen Fussrand bis zur Grosszehe und über die Fusssohle nach der Ferse reichend beschrieben worden. Sodann klagte der Versicherte über unangenehme Missempfindungen in der beschriebenen Schmerzregion (Urk. 6/126/236). Die Nachkontrolle in der I.____ Klinik am 22. Dezember 2009 mit einem neuen MRI ergab – wie gezeigt –, dass die vom Versicherten geklagten Schmerzen als neuropathische Beschwerden und nicht als ein Rezidiv der Diskushernie zu interpretieren waren (Urk. 6/126/185). Alle sechs bis acht Wochen fuhr der Versicherte nach Deutschland für eine Schlingentischtherapie, die von der Suva übernommen wurde und von der der Versicherte angab, dass nur diese Therapie in Deutschland nützlich würde. Zudem wurde Physiotherapie im Rahmen von einer Stunde pro Woche appliziert.

Auch 2014 wurde die Schlingentischtherapie vom Beschwerdeführer noch immer bei Bedarf angewendet, die Abstände betrug jedoch gemäss Darstellung von Dr. C.____ nun zwischen 8 bis 12 Wochen (Urk. 6/126/31), was auf eine Besserung hindeutet. Eine zusätzliche regelmässige Physiotherapie wurde nicht mehr erwähnt. Auch regelmässige Medikamente wurden von ihm nicht benötigt. Die Faszikulationen waren gemäss dem behandelnden Dr. C.____ praktisch verschwunden (Urk. 6/126/31). Ebenso vermochte Prof. Dr. K.____ solche anlässlich seiner Untersuchung vom 9. April 2014 nicht festzustellen (Urk. 6/126/45), eben sowenig wie die RAD-Orthopädin B.____ anlässlich ihrer Untersuchung am 26. April 2016, obwohl der Versicherte angegeben hatte, diese seien immer vorhanden (Urk. 6/146/1). Übereinstimmend stellten die Orthopädin B.____ und Prof. Dr. K.____ vor allem noch die Fussheberparese rechts und eine schmerzhaft bewegungs- und belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule fest (Urk. 6/126/52,

Urk. 6/146/9). Wenn bei dieser Sachlage die Orthopädin B.____ nach eigener Untersuchung des Versicherten und unter Würdigung der medizinischen Akten von einer Anpassung über die Jahre und von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation ausgeht, ist das nachvollziehbar und überzeugend. Im Besonderen setzte sie sich zu Recht kritisch mit den Darlegungen des behandelnden Dr. C.____ auseinander, der den Versicherten über die Jahre als einziger regelmässig – und nicht nur sporadisch wie offenbar med. pract. A.____ (Urk. 6/122/5) - gesehen hatte und der vor Erlass des für den Versicherten negativen Vorbescheids selber von einer Verbesserung der Situation mit einer gänzlichen Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit und nur von Einschränkungen für eine schwere körperliche Arbeit und bei Belastungen mit Gewichten über 15 kg gesprochen hatte (Urk. 6/127), danach jedoch seine Meinung änderte und neue Vorbringen in Form eines am 27. Oktober 2015 veranlassten MRI nach einer neueren Lendenwirbelsäulenverdreherung machte (Urk. 6/143) . Mit der RAD-Ärztin ist dabei festzustellen, dass ein Vergleich zwischen dem Original-MRI-Bericht (Urk. 6/143/3) und der Darstellung durch Dr. C.____ im Schreiben vom 11. November 2015 zum Schluss führt, dass Dr. C.____ die Sachlage etwas schlimmer interpretierte, als sie im Bericht zum Ausdruck kam. Es wurden im Besonderen zwar Osteochondrosen erhoben, gesamthaft aber alters gemässe Befunde, es wurden aber keine Nervenkompressionen festgestellt, der Nervenkanal zeigte sich nicht eingengt und es wurde keine Instabilität gezeigt (Urk. 6/146/10, Urk. 6/143/1). Daran hatte sich also im Vergleich zur bildgebenden Abklärung durch Prof. J.____ im Jahr 2009 nichts geändert (Urk. 6/126/186).

Wenn die orthopädische RAD-Ärztin bei dieser im Vergleich zum Rentenbeginn ausgewiesenen Verbesserung des somatischen Zustandes mit geringen objektiven Befunden und unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Adaption im Alltag zu einer zumutbaren gänzlichen Arbeitsfähigkeit in der vorwiegenden Bürotätigkeit als Architekt gelangte, ist das nachvollziehbar und überzeugend. Denn entscheidend ist das Zumutbare und nicht das tatsächlich Ausgeführte. Ihr Untersuchungsbericht erfüllt die Voraussetzungen gemäss Rechtsprechung für einen ärztlichen Bericht mit vollem Beweiswert, weshalb darauf abgestellt werden kann. Ein Anspruch auf ein weiteres Gutachten besteht daher nicht.

Es ist damit von einer rentenrelevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zwischen dem Zeitpunkt der Rentenzusprechung und demjenigen der angefochtenen Verfügung auszugehen, indem ihm die angestammte Tätigkeit, die er auch im Gesundheitsfall so ausüben würde, gänzlich zumutbar ist. Die Aufhebung der Invalidenrente erfolgte damit zu Recht und die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 5

Da es um Leistungen der Versicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG); innerhalb des gesetzlichen Rahmens sind die Kosten auf wandsgemäss auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer zu überbinden. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller -
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 Bundes
gesetzes 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 Beweis mittel
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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigKlemmt

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