

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00722 vom 30. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00722

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00722 du 30 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00722 del 30 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 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). 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 in diesem Sinne 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

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 Darlegung 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 mit Hinweis). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 23. Juni 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2017 (Urk. 5) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 30. August 2017 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 7). Am 6. November 2018 (Urk. 8) reichte die Beschwerdegegnerin die in den aufgelegten Akten fehlende Seite 14 des Gutachtens vom 20. Januar 2016 nach (Urk. 9).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) vom 26. Mai 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, es habe eine gute Adaption an die Funktionseinschränkungen der Schulter und des Sprunggelenks stattgefunden, so dass seit vielen Jahren keine Behandlungen oder Abklärungen mehr hätten in Anspruch genommen werden müssen. Zudem bestehe eine Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den geringen objektivierbaren Befunden. So würden an den oberen und unteren Extremitäten Hinweise auf eine dauerhafte Schonung fehlen. Aus verkehrsmässiger medizinischer Sicht sei deshalb von einem verbesserten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen. Gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 45 % werde die bisherige ganze Invalidenrente auf eine Viertelsrente herab gesetzt.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 23. Juni 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, in medizinisch-klinischer Hinsicht sei gestützt auf die vorliegenden Gutachten und übrigen ärztlichen Berichte eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers nicht ersichtlich. Vielmehr liege eine unterschiedliche Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vor. Des Weiteren würden sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte für die von der Beschwerdegegnerin behauptete Adaption an die gesundheitlichen Einschränkungen ergeben. Die Feststellungen im Rahmen der in der Rehaklinik E.____ durchgeführten EFL würden ein gegenteiliges Bild vermitteln. Auch die Hinweise im F.____-Gutachten, wonach der Beschwerdeführer keinerlei Strategie zur Beschwerdelinderung entwickelt habe, um die Situation zu verbessern, würden gegen eine von der Beschwerdegegnerin behauptete Adaption sprechen. Überdies vermöge die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen. Die attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit erscheine äusserst theoretisch und weise angesichts der Resultate der EFL nicht auf eine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit hin. Zusammenfassend sei kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ersichtlich und es sei nach wie vor von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die dem Beschwerdeführer zugesprochene ganze Rente zu Recht auf eine Viertelsrente

herabgesetzt wurde.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art.

17 Abs. 1 ATSG (vgl. E. 1.4) bildet grundsätzlich die auf eingehender medizinischer Abklärung fussende Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom

E. 3

30. Juli 2008 (Urk. 6/116), mit welcher der Invaliditätsgrad von 100 % und damit der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente im Rahmen des Anfang 2008 ange hobenen amtlichen Revisionsverfahrens bestätigt wurde.

E. 3.1.1

Der ursprünglichen Rentenzusprache vom 19. April und 22. Mai 2007 (Urk. 6/103-105) lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten des C.____ vom 27. Juni 2006 (Urk. 6/82) zugrunde.

E. 3.1.2

Die C.____-Gutachter hielten fest, die orthopädisch-chirurgische und rheumatologische gutachterliche Untersuchung führe zur Diagnose einer rasch progredienten lateralen betonten sekundären Arthrose des rechten oberen Sprunggelenkes sowie einer anatomisch fixierten Aussenrotationsfehlstellung im ehemaligen Fraktur gebiet von 40°. Die Bewegungseinschränkung sei erheblich, die Hebung im oberen Sprunggelenk gelinge nicht über die Neutralstellung und die Plantarflexion betrage mit 15° nur 30 % des Solls. Dazu trete die als antalgisch zu interpretierende zusätzliche Aussenrotationshaltung des

gesamten rechten Beines um 40

bis 50°, welche im Hüftgelenk vorgenommen werde. Mit dieser Konstellation sei dem Beschwerdeführer jegliche Berufstätigkeit, welche im Gehen oder Stehen erbracht werden müsse, bleibend nicht mehr zumutbar. Auch wenn man davon ausgehe, dass notwendigerweise nur links ein Amerikanerstock geführt werden müsse, ändere dies nichts an dieser Einschätzung

(Urk. 6/82 S. 19) . Bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit ohne Heben von Gewichten im Sinne von Kontrollarbeiten, leichten Montagearbeiten oder Sortierarbeiten beurteile er eine Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Pensums von etwa sechs bis acht Stunden pro Tag als zumutbar (Urk. 6/82 S. 13). Hinzu trete nun

jedoch die als iatrogen und infektionsbedingt zu beurteilende chronifizierte Schmerzsymptomatik des rechten Schultergelenkes mit Einschränkung für alle Kombinationsbewegungen (Urk. 6/82 S. 19) . Die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit bei dieser zusätzlichen Beeinträchtigung könne erst erfolgen, wenn eine genaue anatomische Beurteilung mittels Arthro-MRI mit Beantwortung allfällig möglicher zusätzlicher Therapieoptionen gemacht worden sei (Urk. 6/82 S. 14). Damit sei

für jegliche manuelle Verrichtung zurzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Es werde eine erneute orthopädisch-chirurgische Standortbestimmung mit Evaluation allfällig möglicher Therapien zu empfehlen. Eine erneute gutachterliche Beurteilung der Armfunktion sei in etwa zwei Jahren erforderlich (Urk. 6/82 S.

19).

Eine Verbesserung der Stellungsverhältnisse im ehemaligen Frakturgebiet des oberen Sprunggelenkes rechts sei aus pathologisch-anatomischer Sicht möglich. Erforderlich wäre dazu die Re-Osteotomie mit Rotationskorrektur, dies unter Osteotomie der Fibula in ihrem oberen Drittel. Der Eingriff wäre zu kombinieren mit der Arthrodesse des oberen (und allfällig auch des unteren) Sprunggelenkes. Die Gefahr einer erneuten Pseudarthrose sei in diesem Fall jedoch nicht zu unterschätzen. Zunächst sei aber eine vertiefte Abklärung der Schulterproblematik vorzunehmen. Der Gebrauch der dominanten Hand sei wichtiger als derjenige der unteren Extremität (Urk. 6/82 S. 20).

E. 3.1.3

Mit Verfügung vom 12. Januar 2007 (Urk. 6/93) legte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Schadenminderungspflicht auf, sich der im rheumatologischen Gutachten vom 27. Juni 2006 erwähnten Beurteilung der rechten Schulter mittels Arthro-MRI zu unterziehen und sich diesbezüglich mit seinem behandelnden Arzt in Verbindung zu setzen. Dies diene nicht nur der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit, sondern auch dazu, allfällige zusätzliche Therapieoptionen zu eruieren.

Nach Lage der Akten fand nach den gutachterlichen Untersuchungen am 5. und 9. Mai 2006 keine spezifische Behandlung der rechten Schulterproblematik statt. Aktenkundig ist der vom Hausarzt im Rahmen der ersten Revision im März 2008 eingereichte Bericht von Dr. H.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 2. Mai 2007 über die Sprechstunde vom 23. April 2007 im Kantonsspital I.____ (Urk. 7/109/9). Darin führte Dr. H.____ aus, er behandle die rechte Schulter des Beschwerdeführers seit Oktober 2005 und es habe sich im Verlauf rasch eine erstaunlich

gute Schulterfunktion mit insgesamt relativ wenig Schmerzen gezeigt. Bei der letzten Verlaufskontrolle Ende Februar 2006 habe der Beschwerdeführer praktisch eine schmerzfreie Elevation mit problemlosem Hand-/Scheitel- und Schürzengriff gezeigt. Seit einigen Wochen verspüre er nun wieder eine Zunahme der Beschwerden sowie eine Verschlechterung der Funktion. Dr. H.____ befürwortete eine MRI-Untersuchung, die jedoch aufgrund eines geplanten Kuraufenthaltes im Ausland aufgeschoben wurde. Sollte dort kein relevanter Effekt eintreten, werde sich der Beschwerdeführer wieder melden (Arztbericht vom 2. Mai 2007; Urk. 6/109/9). Nachfolgende Untersuchungen der rechten Schulter sind nicht belegt. Wie mit Verfügung vom 12. Januar 2007 angekündigt, erfolgte anfangs 2008 eine revisionsrechtliche Überprüfung der Einschränkungen, wozu das Gutachten von Dr. D.____ vom 8. Juli 2008 (Urk. 6/114), füssend auf den Untersuchungen vom 24. Juni 2008, eingeholt wurde.

E. 3.2

Dr. D.____ hielt folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 6/114 S. 5): - Sekundäre Arthrose des oberen Sprunggelenkes rechts bei Status nach Pilonotibial-Fraktur 31. Januar 2000 - Status nach Primärversorgung mit Fixateur externe - Status nach offener Reposition mit Osteosynthese und autologener

Spongiosaplastik (15. Februar 2000) - Status nach Pseudarthrose und Re-Osteosynthese (26. Oktober 2000) - Sekundäre Aussenrotationsfehlstellung des rechten Fusses von 40° - Chronifizierte

Periarthrosis

humero-scapularis bei Status nach iatrogenem Pyarthros und Weichteilabszess - Status nach arthroskopischer und offener Infekt-Sanierung (3. Oktober 2005, 5. Oktober 2005 und 13. Oktober 2005) - Postinfektiöse retraktile

Kapsulitis

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (Urk. 6/114 S. 6): - Leichte sensomotorische Restparese des Nervus

peroneus

profundus rechts (30. Januar 2000) - Linksbetonte Hypersensibilität des Nervus

cutaneus

femoris

lateralis (bei Status nach Spongiosaentnahme 26. Oktober 2000) - Morbide Obesitas mit BMI von 40.4 - Arterielle Hypertonie (seit mehreren Jahren) - Diabetes mellitus Typ II (seit mehreren Jahren)

Dr. D.____ verwies in erster Linie auf die im Rahmen der ursprünglichen Rentenzusprache erfolgte Begutachtung durch das C.____ vom 27. Juni 2006 (vgl. vorstehend E. 3.1; Urk. 6/82). Es hätten sich seither keine nennenswerten Änderungen ergeben. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe zwei gravierende Probleme, nämlich die Einschränkung von Kraft und Beweglichkeit der rechten Schulter bei Status nach Infekt und die massive Fehlstellung am rechten Unterschenkel. Eine Korrektur dieser Fehlstellung müsse kombiniert werden mit einer Arthrodese des oberen und des unteren Sprunggelenkes mit der erneuten Gefahr des Auftretens einer Pseudarthrose. Die Schulter müsse ebenfalls operativ angegangen

werden, wobei hier die Gefahr des erneuten Aufflammens des Infekts bestehe (Urk. 6/114 S. 6). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit attestierte Dr. D.____ dem Beschwerdeführer keinerlei verwertbare Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/114 S. 9).

E. 3.3

Die RAD-Ärztin J.____, Fachärztin für Innere Medizin, empfahl in ihrer Stellungnahme vom 28. Juli 2008 auf das Gutachten von Dr. D.____ abzustellen. Es sei von einem unveränderten Gesundheitszustand und weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 6/115 S. 3).

E. 4.1

). Beachtenswert sei ausserdem, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage zu sein scheine, eigene Strategien zur Beschwerdelinderung von Seiten des rechten Fusses wie auch von Seiten der rechten Schulter zu entwickeln. Allenfalls könne dies mit einer gewissen Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer geschilderten Beeinträchtigungen und den tatsächlichen Alltagsaktivitäten begründet werden, was aufgrund der fehlenden Schonungszeichen im Bereich des rechten Beines auch untermauert werde. Schliesslich erhalte man vom Beschwerdeführer insbesondere bei der Anamneseerhebung den Eindruck, dass trotz dramatisch geschilderter Beschwerden relativ wenig Leidensdruck vorhanden zu sein scheine.

Der orthopädische Gutachter führte weiter aus, eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit auf der rechten Seite könne bestätigt werden, sowohl aktiv wie auch passiv bei erheblichem Gegenspannen. Die Kraftentwicklung der Schultermuskeln sei rechts schmerzbedingt eingeschränkt und nur partiell verwertbar. Eine klar zuordenbare Druckdolenz könne jedoch nicht erhoben werden. Die Überprüfung des Bodycross Sign und des Impingement-Zeichens würden zu globalen Schulterschmerzen rechts führen, weshalb von Seiten der rechten Schulter doch von einer Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und Schmerzangaben sowie den objektivierbaren Befunden

gesprochen werden

müsse, zumal auch im Bereich der oberen Extremitäten relevante Schonungszeichen fehlen würden (u.a. beidseits symmetrisch regelrecht erhaltene Muskulatur; ausgemessen: 38,5 cm und 31 cm rechts, 37 cm und 31 cm links; symmetrisch kräftige Beschwellung beider Hände, etc.). Solche wären bei bald zehnjähriger Minderbelastbarkeit des rechten Armes infolge der angegebenen Schulterschmerzen und Beweglichkeitseinschränkung

jedoch zu vermuten. Der orthopädische Alltag zeige, dass bereits nach wenigen Tagen oder Wochen Entlastung der betroffenen Extremität eine relevante Muskelatrophie auftrete. Weiter erstaune auch hier, dass die angegebenen Schulterbeschwerden sich in keinerlei Weise beeinflussen liessen. Zusammengefasst müsse von einem chronifizierten Schulterschmerzsyndrom rechts nach Infektanierung gesprochen werden mit residueller Beweglichkeitseinschränkung (Urk.

E. 4.2

3

Der begutachtende Orthopäde hielt fest, klinisch zeige sich in der durchgeführten Exploration eine konsequente, praktisch vollständige Unbelastbarkeit des rechten Fusses, sitzend eine deutliche Beweglichkeitseinschränkung des rechten Rückfusses sowie eine

massive, globale Druckempfindlichkeit des rechten Rückfusses bei medial und lateral gelegener Narbe mit vermehrter Hyperpigmentierung. Der Beschwerdeführer weise weder eine Instabilität noch eine vermehrte Weichteilschwellung rechts zu links (16.30 Uhr) auf. Weiter bestehe nur eine diskrete Muskelatrophie rechts im Vergleich zu links (ausgemessen: 54 cm, 58,5 cm und 44 cm auf der rechten Seite, 54 cm, 59,5 cm und 45 cm links) und die Fussbeugung sei praktisch symmetrisch. Zusammengefasst müsse von Seiten des rechten Rückfusses von einer posttraumatischen OSG-Arthrose gesprochen werden mit vermehrter Aussenrotationsfehlstellung. Überaus erstaunlich sei die Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis im Januar 2000 an gleichbleibenden, therapierefraktären Beschwerden leide, welche sich durch therapeutischen Verfahren in keinerlei Weise positiv beeinflussen lassen würden, so dass lediglich noch eine Stockentlastung durchgeführt werden könne und hochdosiert Analgetica eingenommen werden müsse (wobei die Laborwerte gegen den vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzmittelkonsum sprechen würden). Aus orthopädischer Sicht bemerkenswert sei, dass der Beschwerdeführer trotz enormer Rückfussbeschwerden rechts nun über viele Jahre keinerlei Behandlung und/oder Abklärungen mehr in Anspruch genommen habe. Dies weise daraufhin, dass der Endzustand seit langem erreicht sei und entsprechend auch nicht differiere zum festgehaltenen Zustand beim letzten Vorgutachten (vgl.

E.

E. 4.2.1

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde am 26. November sowie am 9. und 22. Dezember 2015 überdies eine polydisziplinäre Begutachtung durch das F.____ durchgeführt (Urk.

E. 9

S. 37). 5. 4

Zusammenfassend ist aufgrund des F.____-Gutachtens mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine zumindest funktionelle Verbesserung des Leidens des Beschwerdeführers ausgewiesen. So besteht im Vergleich zur Rentenbestätigung im Jahr 2008 insbesondere eine deutliche Abnahme der Schulterbeschwerden auf der rechten Seite und die erhobenen klinischen und orthopädischen Befunde stehen einer Tätigkeit gemäss beschriebenen Zumutbarkeitsprofil nicht entgegen.

Demnach ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten vom Januar 2016 zu Recht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Rentenüberprüfung im Jahr 2008 massgeblich verbessert haben, was recht sprechungs gemäss einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG darstellt. 5. 5

Die von der Beschwerdegegnerin durchgeführten Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 6/185-186), welche mit Mitteilung vom 21. September 2016 (Urk. 6/187) abgeschlossen wurden, blieben beschwerdeweise unbestritten. 6.

Zu prüfen bleibt, wie sich die 70-80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6.2 6.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 6.2.2

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b/ aa).

Ist die Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich, können für die Bestimmung des Invalideneinkommens nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). 6.3

6.3.1

Das Valideneinkommen ist anhand des bei der

A.____

AG in einem vollen Pensum erzielbaren Einkommens zu bemessen. Nach Angaben der Arbeitgeberin im Arbeitgeberfragebogen vom 6. März 2001 (Urk. 6/10) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, T 39 Entwicklung der Nominallöhne 1976-2016, Männer; Stand 2001: 1902, Stand 2016: 2239) ist das Valideneinkommen

mit Fr. 72'231.88 zu beziffern (Fr. 4720. - x

E. 13

: 1902 x 2239) . 6.3.2

Zur Bemessung des Invalideneinkommens ist das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'340.-- für männliche Hilfskräfte gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2016, TOTAL in der Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer) heranzuziehen, da körperlich leichte Arbeiten nicht nur auf den Sektor 3 (Dienstleistungen) beschränkt sind. Das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'340.-- ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41,7

Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Q 8) auf ein Jahreseinkommen von Fr. 66'803.40

hochzurechnen (Fr. 5'340.-- x 12 : 40 x 41,7). Unter Berücksichtigung des eingeschränkten Arbeitspensums von 70% sowie des durch die Beschwerdegegnerin gewährten Leidensabzugs im Umfang von insgesamt 15% beträgt das anzurechnende Invalideneinkommen somit Fr. 39'748.--.

Wird das Valideneinkommen von Fr. 72'231.88 (vgl. 6.3.1) dem Invalideneinkommen gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 32'483.85 oder ein Invaliditätsgrad von gerundet 45%. Die Hochrechnung beider Ver gleichs einkommen auf den Nominalwert 2017 führt

zum selben Resultat. 6.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht eine revisionsrelevante Sachverhaltsänderung angenommen und beim neu bestimmten Invaliditätsgrad von 45% eine Rentenherabsetzung auf eine Viertelsrente verfügt hat. Die Beschwerdegegnerin hat in Übereinstimmung mit Art. 88 bis

Abs. 2 lit. a IVV die Rentenherabsetzung auf den ersten Tag des zweiten der Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2017 folgenden Monats verfügt.

Die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2017 (Urk. 2) erweist sich deshalb als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem

unterliegenden Beschwerdeführer 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 Daniel Christe -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
Hurst Stadler

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