

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00934 vom 4. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00934

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00934 du 4 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00934 del 4 febbraio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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.

E. 1.3

Im Dezember 2013 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein (Urk. 7/57). Im Rahmen ihrer Abklärungen beauftragte die IV-Stelle die B.____

mit der polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (Urk. 7/62, Urk. 7/66). Das Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie und Rheumatologie wurde am 15. November 2014 erstattet (Urk. 7/73 und Stellungnahme vom 2. Dezember 2014, Urk. 7/78). Mit Vorbescheid vom 8. Februar 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 23. Februar 2011 (gemeint wohl und nachfolgend übernommen: Verfügung vom 11. Februar 2011, vgl. Urk. 7/44) mit Aufhebung der Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats in Aussicht (Urk. 7/89).

Dagegen erhob der Versicherte am 1. März 2017 vorsorglich Einwand (Urk. 7/90) und begründete diesen mit Eingabe vom 20. April 2017 (Urk. 7/93-94). Am 28. August 2017 beauftragte die IV-Stelle die Medas

C.____ (Medas) mit der polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (Urk. 7/96-97). Das Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Neuropsychologie und Neurologie wurde am 1. Februar 2018 erstattet (Urk. 7/107).

Nach Stellungnahme hierzu durch den Versicherten (Eingabe vom 19. April 2018, Urk. 7/109) und Vorbescheidverfahren

(Vorbescheid vom 10. Juni 2018, Urk. 7/112 ;

Einwand vom 10. September 2018, Urk. 7/113-114 und Ergänzung vom 19. September 2018 , Urk. 7/116-117) hob die IV-Stelle

die Verfügung vom 11 . Februar 2011 mit Verfügung vom 21. September 2018 wiedererwägungsweise auf und bejahte einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente ab Januar 2014 (Urk. 2 = Urk. 7/119).

E. 1.3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt 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). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). 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. 1.3.2

Unabhängig von einem materiellen Revisionsgrund kann die IV-Stelle auf formell rechtskräftige Verfügungen, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Überprüfung gebildet haben, zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn – was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (BGE 119 V 475 E. 1c mit Hinweisen) – ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 und 3 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2, 138 V 147 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_819/2017 vom 13. Februar 2017 E. 2.2). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2017 vom 5. Juli 2018 E. 8.2).

Die Wiedererwägung nach Art. 53 Abs.

E. 1.3.3

Hinsichtlich der zeitlichen Wirkung einer Aufhebung bzw. Herabsetzung einer Rente ist Folgendes zu berücksichtigen: Wenn invalidenversicherungsrechtliche Aspekte zur Diskussion stehen, gilt es grundsätzlich, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen. Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente

erfolgt in diesem Bereich daher in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Rückwirkend wird die Rente nur herabgesetzt oder aufgehoben, wenn die unrichtige Ausrichtung einer Leistung darauf zurückzuführen ist, dass der Bezüger sie unrechtmässig erwirkt hat oder er der ihm gemäss Art. 77 der

Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist, unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war (vgl. die seit 1. Januar 2015 geltende Fassung von Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV; vgl. BGE 142 V 259 E. 3.2.1).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arz tes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

ATSG setzt voraus, dass kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung möglich, folglich nur dieser einzige Schluss denkbar ist. In diesem Sinne qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung, wenn eine Leistung aufgrund falscher Rechtsregeln beziehungsweise ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen zugesprochen wurde (BGE 141 V 405 E. 5.2, 140 V 77 E. 3.1 mit Hinweis). Gleiches gilt bei einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, insbesondere wenn die notwendigen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt wurden (vgl. Art. 43 ATSG; BGE 141 V 405 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2017 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit Hinweisen). Soweit

ermessensgeprägte Teile der Anspruchsprüfung vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage einschliesslich der Rechtspraxis im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung in vertretbarer Weise beurteilt worden sind, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (BGE 141 V 405 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2016 vom 3. April 2017 E. 1.1.2 mit Hinweisen).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte im Wesentlichen aus, die Rentenzusprache in der Verfügung vom 11. Februar 2011 sei gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 18. Oktober 2010 erfolgt. Diese Einschätzung finde in den damals vorhandenen Unterlagen indessen keine Stütze, womit die Leistungszusprache auf einem unvollständig festgestellten Sachverhalt basiere. Eine gestützt darauf ergangene Verfügung erweise sich daher als zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG, womit für die Verfügung vom 11. Februar 2011 ein Wiedererwägungsgrund vorliege.

Gestützt auf die aktuelle Beurteilung durch die Medas sei von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 70 % auszugehen, woraus gemäss vorgenommene Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 50 % und damit ein künftiger Anspruch auf eine halbe Invalidenrente resultiere (Urk. 6).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer insbesondere ein, es liege weder ein Wiedererwägungsgrund gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG noch ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG im Sinne einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes vor. Für den Eventualfall, dass ein Wiedererwägungsgrund vorliegen sollte und der Rentenanspruch neu zu prüfen wäre, müsse gestützt auf das Medas-Gutachten auch in einer angepassten Tätigkeit von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, womit ein Einkommensvergleich nach wie vor zu einer ganzen Invalidenrente führen würde. Die gutachterlich erwähnte Möglichkeit einer Steigerung auf 70 % entspreche nicht dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit und habe sich gemäss den neu eingereichten Arztberichten auch nicht verwirklicht (Urk. 1 S. 3-4, Urk. 11).

E. 3

.1.3

Im Bericht vom 5. März 2010 stellte PD Dr. med.

E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, F.____, folgende Diagnosen (Urk. 7/ 25/5): - Schweres panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach ventraler Dekompression C5/6 und C6/7 (Juli 09) wegen einer schweren symptomatischen zervikalen Myelopathie - tieflumbalen Rückenschmerzen bei Hyperextension und Rotation des Oberkörpers - schmerzhafter Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, beider Schultern, beider Hüften mit Verdacht auf beginnende Hüftarthrose beidseitig - Senkplattfüsse beidseitig - Verdacht auf posterolaterale Meniskusläsion Knie rechts - Status nach Sturz von einer Leiter im Jahre 2005 - unklare Magen-/Darmbeschwerden - psychischer Belastung mit Kopfschmerzen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit - Nikotinabusus

Die erneute MRI- und CT-Aufnahme der HWS des Beschwerdeführers zeige eine umschriebene Myelopathie ventral, auf Höhe des 6. Wirbelkörpers. Auf dieser Höhe mediolateral links bestehe weiterhin ein Osteophyt gegen den Spinalkanal, ohne

wesentliche Einengung des Myelons . Weiter bestehe ein Osteophyt im Neuroforamen C6/7, ossär . Ansonsten sei das Myelon suffizient dekomprimiert und überall von einem Liquorsaum umgeben. Aufgrund der neuen bildgebenden Verfahren, inklusive CT, sei davon auszugehen, dass das Myelon zurzeit suffizient dekomprimiert sei. Der noch bestehende Osteophyt im Bereich des 6. Halswirbels links lateral sollte zu keiner vermehrten Schädigung des Myelons führen. Es könnte jedoch sein, dass eine Reizung der an dieser Stelle abgehenden Nervenwurzel C

E. 3.1.1

Die Verfügung vom 11. Februar 2011, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen worden war, erging gestützt auf folgende medizinische Aktenlage (vgl. Urk. 7/36) :

E. 3.1.2

In seinem Bericht vom 26. November 2009 stellte Dr. med.

D.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, folgende Diagnosen (Urk. 7/16/2): - Status nach ventraler Dekompression zervikaler Myelopathie (bestehend seit 2. Juli 2009) - Lumbovertebralsyndrom - Depressive Entwicklung - Status nach HWS-Distorsion am 8. Dezember 2005

Der Arzt führte aus, dass der Beschwerdeführer sei wegen einer zervikalen Spinalkanalstenose am 2. Juli 2009 im A.____ bei Vorliegen einer ausgeprägten Pyramidenfunktionsstörung operiert worden. Er habe nun diffuse Restbeschwerden entlang der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine. Die Prognose sei in aktuellem Zustand eher ungünstig. Derzeit finde eine intensive

Behandlung (Physiotherapie, Einnahme von Schmerzmitteln, stützende ärztliche Gespräche) statt. Die Belastbarkeit des Achsenskeletts sei wegen seiner Krankheit mit ausgeprägter Pyramidenfunktionsstörung massiv eingeschränkt. Als Gipser oder Bauarbeiter bestehe seit dem 24. Juni 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Nach einer beruflichen Umstellung sollte die

Arbeitsfähigkeit wieder vollständig hergestellt sein (Urk. 7/16/3 -4).

E. 3.2.1

Der eine ganze Rente bestätigenden Mitteilung vom 9. Oktober 2012 (Urk. 7/51) lag folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde (vgl. Urk. 7/50/2-4):

E. 3.2.2

Dr. med.

G.____, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 1. November 2010 folgende Diagnose (Urk. 7/49/6): - Persistierende Dysästhesien und Schmerzen C6/7 links und Beine beidseitig, chronische zervikale okzipitale Schmerzen mit/bei: - Status nach zweitägiger ventraler Dekompression bei symptomatischer kompressiver zervikaler Myelopathie vom 2. Juli 2009 - Status nach HWS Trauma 2005 - Reaktive r Depression im Rahmen eines generalisierten Schmerzsyndroms - Persistierende n Sphinkterstörungen und Impotentia

coeundi - Aktuelle s MRI mediane Diskushernie HWK 4/5 mit diskreter Kompri mierung des Mye lons , stationäre Befunde HWK 5/6 und 6/7 zu den postoperativen MRI

Obschon sich für den Beschwerdeführer die Beschwerden nicht wesentlich gebes sert hätten , könne klinisch eine Befundsverbesserung objektiviert werden. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom März 2010 habe sich die Fühlminderung des rechten Armes weitgehend normalisiert, eine Gangstörung könne ebenfalls nicht mehr nachgewiesen werden. Trotzdem sei die Lebensqualität bei den persistieren den Nacken-/Schulerschmerzen und den Dysästhesien im linken Arm (C6/C7) begleitet von Sphinkterstörungen , Impotentia

coeundi und den Dysästhesien der Unterschenkel und der Füße erheblich beeinträchtigt (Urk. 7/49/7).

E. 3.2.3

Dr. med.

H.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnos tizierte am 5. März 2012 Angst und depres sive Störung gemischt (ICD-10 F 41.2), bestehend seit dem 2. Juli 2009 (Urk. 7/48/2). Er notierte, der

Beschwerdeführer

beklage über 24 Stunden pro Tag Schmerzen, Ängste und Panik, ab und zu Schwindel und Blockaden in Armen und Beinen. Hinsichtlich Befund ist seinem Bericht Folgendes zu entnehmen:

«B ewusstseinsklar, Orientierung intakt, Auf merksamkeit und Ged ächtnis subjektiv gestört, klagt über Ängste und depressive Verstimmung » .

Dr. H.____ bezeichnete als Einschränkung das schlechte Gedächtnis, der Beschwerdeführer sei ni cht belastbar, könne kaum gehen und sei daher auch im Besitz einer Behindertenparkkarte. Die Prognose sei nicht so gut, der Be schwerdeführer habe sich in der Invalidenrolle arrangiert und unter der Medika tion habe es nur eine ungenügende bis keine Bes erung gegeben . Als Gip ser/ Putzmann bestehe seit dem 2. Juli 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 %. Eventuell sei nochmals eine neurologische Standortbestimmung und eine EFL durch zuführen

(Urk. 7/48/2-4). 3 .2.4

Mit Bericht vom 24. März 2012 bestätigte Dr. D.____ die in seinem Vorbericht vom 26. November 2009 gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1.2). Es würden diffuse Restbeschwerden entlang der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine vorlie gen. Für den ärztlichen Befund wurde auf die Beilagen verwiesen. Die Prognose sei im aktuellen Zustand eher ungünstig. Der Beschwerdeführer sei aktuell weder arbeits- noch eingliederungsfähig. Die Belastbarkeit des Achsenskeletts sei wegen der Krankheit mit ausgeprägter Pyramidenbahnfunktionsstörung massiv eing e schränkt. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft (Urk. 7/49/1-2).

E. 3.3

Der angefochtenen Verfügung liegt das

polydisziplinäre Gutachten der Medas vom 1. Februar 2018

zugrunde (Urk. 7/ 111/8).

Die Gutachter stellten

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/107/31-32): - Chronifiziertes

zerviko-spondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M48.02) - Status nach ventraler Mikrodiskektomie und Cage-Einlage bei subtotaler Spinalkanalstenose C5/C6 und C6/C7 am 2. Juli 2009 - MRI HWS 6. März 2017 mit Spinalkanalenge C4/C5, mittel- bis schwerer neuroforaminaler Stenose C5/6 links und C6/C7 rechts - Chronifiziertes

lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.84) - MRI LWS 6. März 2017 mit erosiver

Osteochondrose L5/S1, nicht-neurokomprimierenden Diskushernien/ Protrusionen der Segmente L4/5 und L5/S1, ohne Hinweis auf engen Spinalkanal - Klinisch keine Hinweise auf Neurokompression - Generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom/ myofasciales Schmerzsyndrom mit Oligo - bis Polyarthralgien (ICD-10 M79.0) - Chondropathia

patellae links (ICD-10 M94.26) - Status nach M. Osgood - Schlatter in Jugend - Chronifiziertes neurotisch gefärbtes ängstlich- dysphorisches Zustandsbild im Sinne einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) Daneben stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/107/32): - Zervikale Myelopathie Höhe HWK6 (ICD-10 G95.9) - Schmerzverarbeitungsstörung mit Verdeutlichen der Beschwerden, Symptomausweitung und Selbstlimitierung (ICD-10 F68.0) - In ihrer Art und Ausprägung nicht authentische kognitive Minderleistungen mit/bei - Aggravation (bewusst) und Verdeutlichung (unbewusst) - Adipositas Grad I (ICD-10 E66.9) - Prädiabetes mellitus Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, Hinweise auf eine floride Neurokompression oder eine aktive, symptomatische Spinalkanalstenose seien klinisch nicht vorhanden. Die mittels MRI vom 6. März 2017 erhobenen Befunde eines Status nach ventraler Mikrodiskektomie infolge subtotaler Spinalkanalstenose C5/6 und C6/7 mit radiologischer Spinalkanalenge auf Höhe des Segments C4/C5 und mittelschwerer bis schwerer neuroforaminaler Stenose C5/6 und C6/C7 erklärten jedoch die angegebenen Beschwerden am Nacken und im Bereich des Schultergürtels. Zusätzlich bestehe ein chronifiziertes

lumbovertebrales Schmerzsyndrom auch hier ohne Hinweis auf eine Neurokompression. Schliesslich sei ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom zu finden, jedoch nicht im Sinne einer entzündlichen Erkrankung, sowie eine Chondropathia

patellae links. Hierdurch ergebe sich eine deutliche Reduktion der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskeletts mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit als Gipser. Eine körperlich leichte bis knapp mittelschwere rüchenschonende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen sei demgegenüber mit einem Pensum von 50 % zumutbar, wobei nach einer Angewöhnungszeit von sechs bis zwölf Monaten die Arbeitsfähigkeit auf 70 % gesteigert werden könnte (Urk. 7/107/24). Der neurologische Gutachter hielt fest, die diskrete zervikale Myelopathie mit Nackenschmerzen und Parästhesien begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Sodann wies er auf einige Diskrepanzen im Neurostatus hin (Urk. 7/107/24-25). Aus psychiatrischer Sicht waren ein chronifiziertes neurotisch gefärbtes ängstlich-dysphorisches Zustandsbild im Sinne einer Dysthymie sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Verdeutlichung der Beschwerden, Symptomausweitung

und Selbstlimitierung feststellbar (Urk. 7/107/27). Der psychiatrische Gutachter erklärte, aufgrund der erhobenen Befunde sei von mittelgradigen Störungen der psychischen Stabilität, des Selbstvertrauens sowie der Durchhaltefähigkeit auszugehen, was eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 10 % zu begründen vermöge (Urk. 7/107/25). Die in der neuropsychologischen Testung erzielten Resultate mit vorwiegend schwer defizitären Leistungen von Aufmerksamkeit, Neugeächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, Kopfrechnen, Orientierung und Visuokonstruktion waren dem Gutachter zufolge nicht glaubwürdig und entsprachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Eine Ermüdung war auch über drei Stunden nicht feststellbar. Der Gutachter wies zudem auf den Umstand hin, dass der Beschwerdeführer bereits eine Anreise von zwei Stunden Dauer am Steuer des eigenen Fahrzeuges hinter sich gebracht habe, allerdings mit den gezeigten Testleistungen gar nicht fahrgeeignet wäre. Insgesamt sei damit auf eine Aggravation mit unbewussten Anteilen zu schließen (Urk. 7/107/25). Die Gutachter kamen aus interdisziplinärer Sicht zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit als Gipser und Raumpfleger bestehe eine vollständige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit seit dem Zeitpunkt der HWS-Operation vom 2. Juli 2009. Eine angepasste Tätigkeit würde eine körperlich leichte bis knapp mittelschwere, den Rücken schonende Tätigkeit erfordern. Nötig wäre auch die Möglichkeit zu Wechselpositionen. Eine solche Tätigkeit sei in einem Umfang von insgesamt 50 % möglich, könne aber bei optimaler Arbeitsplatzgestaltung und Angewöhnungszeit von sechs bis zwölf Monaten auf 70 % gesteigert werden (Urk. 7/107/35 -36). 4.

4.1

4.1.1

Zu prüfen ist zunächst die wiedererwägungsweise Aufhebung der Invalidenrente.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, die Verfügung vom 11. Februar 2011 erweise sich – mangels hinreichender medizinischer Abklärungen – als offensichtlich unrichtig (E. 2.1).

Der betreffenden Verfügung lag die RAD-Stellungnahme von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 18. Oktober 2010 zugrunde, welche sich insbesondere auf den Bericht von Dr.

E.____ vom F.____ vom 5. März 2010 stützte. Dr. E.____ hatte bereits am 2. Februar 2010 über den Beschwerdeführer berichtet, nachdem er ihn zuvor zweimal in der orthopädischen Sprechstunde gesehen hatte. Damals stellte er fest, dass beim Beschwerdeführer höchstwahrscheinlich strukturelle Veränderungen des Myelons bestünden (Urk. 7/25/7-8). Zur Klärung wurden im Zusammenhang mit der Erstattung des Berichts vom 5. März 2010 – neben einer weiteren orthopädischen Sprechstunde vom 3. März 2010 – neue MRI- und CT-Aufnahmen der HWS durchgeführt. Die Erklärung für die Schmerzen wurde gestützt auf die neue Bildgebung nicht mehr in einer strukturellen Veränderung des Myelons gesehen, sondern in der Möglichkeit der Reizung der im Bereich des 6. Halswirbels links lateral abgehenden Nervenwurzel C6 und in einer fortgeschrittenen Einengung der Neuroforamina C6/7 durch einen Osteophyten im Neuroforamina (Urk. 7/25/6). Gestützt auf diese Befunde gelangte Dr. E.____ zur Einschätzung, der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 1-2 Stunden pro Tag (Urk. 7/25/2-3). Mit Verlaufsbericht vom 2. September 2010 (Eingangsdatum IV-Stelle) teilte Dr. E.____ mit, dass sich die Diagnosen

nicht verändert und die Beschwerden in den letzten Monaten nicht gebessert hätten. Die Prognose sei vor

allem wegen der langen Dauer der Beschwerden nicht gut, weitere medizinische Abklärungen halte er nicht für angezeigt (Urk. 7/32). Diese Berichte wurden dem RAD zur Prüfung vorgelegt, welcher die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung aufgrund der erhobenen Befunde als nachvollziehbar erachtete und diese übernahm, auf grund der nicht ganz klaren prognostischen Situation aber eine erneute medizini sche Beurteilung in ca. 12 Monaten nahelegte (vgl. Urk. 7/36/3). 4.1.2

Als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne kann das Abstel len auf diese medizinischen Unterlagen nicht qualifiziert werden. Gestützt auf das aktuelle Bildmaterial legte Dr. E.____

die bestehenden Einschränkungen

plausibel dar . Im September 2010 bestätigte Dr. E.____ gegenüber der IV-Stelle sodann den unveränderten Gesundheitsz ustand des Beschwerdeführer s. Weitere ärztliche Ab klärungen waren vor diesem Hintergrund zumindest nicht unabdingbar (vgl. Ur teil des Bundesgerichts 8C_265/2016 vom 6. Juli 2016 E. 4.2). Somit liegt hin sichtlich der rentenbegründenden Verfügung vom

E. 6

be s tehe, was auch die Klinik des Beschwerdeführer s (C6-Reizsyndrom) erklären könnte. Weiter be stehe auch eine fortgeschrittene Einengung der Neu roforamina C6/7 durch einen Osteophyten im Neuroforamina . Dem

Beschwerde führer sei empfohlen worden, sich einer Untersuchung bei den Schmerzspezialis ten im Hause zu unterziehen. Es werde um eine Nervenblockade C6/7 sowie allenfalls eine entsprechende Therapie gebeten. Weiter werde um eine Abklärung gebeten, ob allenfalls eine Besserung der neuropathischen Beschwerden des Be schwerdeführer s durch eine intrathekale Gabe von entsprechenden Medikamen ten herbei ge führ t werden könnte (Urk. 7/25/5-6). In der zuletzt ausgeübten Tä tigkeit als Gipser sei der Beschwerdeführer seit dem 24. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit bestehe eine Ar beitsfähigkeit von 1-2 Stunden pro Tag . Die Prognose sei sehr schlecht (Urk. 7/25/2-4).

E. 11

S. 3). Soweit er demgegenüber bloss eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit unterstellen will und die Beurteilung der Gutachter, wonach nach sechs bis zwölf Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 70 % erreichbar sei, als prognostische Einschätzung bezeichnet, welche dem nötigen Beweisgrad nicht genüge (Urk. 1 S. 6), vermag er nicht durchzudringen. Unter Berücksichtigung der Resultate aller Fachrichtungen – Angaben zur Konsistenz und zur effektiv höheren Belastbarkeit als vom Beschwerdeführer angegeben waren nunmehr allen Gutachtern zugänglich (Urk. 7/107/34) und wurden im Rahmen der Kon sensbeurteilung berücksichtigt (Urk. 7/107/29) – kamen die Gutachter aus inter disziplinärer Sicht zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers falle im Vergleich zur von der B.____ im Jahr 2014 geschätzten Arbeitsfähigkeit etwas schlechter aus, könnte aber auf 70 % gesteigert werden (Urk. 7/107/36). Diese Formulierung lässt keinen Interpretationsspielraum offen und genügt entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers den Beweisanforderungen. Dass die Gutachter andernorts die

Steigerung als «möglich und denkbar» bezeichneten (Urk. 7/107/35), vermag hieran nichts zu ändern. Ihre Ausführungen lassen keinen Zweifel daran offen, dass sie unter Berücksichtigung der namhaft gemachten Inkonsistenzen und aggravatorischen Tendenzen (vgl. Urk. 7/107/28 und 34) von einer höheren realisierbaren Arbeitsfähigkeit als 50 % ausgingen. Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers sind ferner verbleibende Therapieoptionen klar aufgezeigt (Urk. 7/107/33), deren allfälliges Scheitern aber nicht der Invalidenversicherung anzulasten ist. Ebenso wenig ist massgebend, ob sich eine Tätigkeit mit optimaler Arbeitsplatzgestaltung – welche Formulierung sich selbst redend auf das von den Gutachtern formulierte Anforderungsprofil bezieht – in der realen Arbeitswelt (vgl. Urk. 1 S. 6) finden lässt, ist in der Invalidenversicherung doch von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auszugehen, welcher von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1 und 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen). Schliesslich lassen sich in den im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten (Urk. 3/3-5) keine Hinweise für Pathologien finden, welche geeignet wären, zu einer langandauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu führen, was denn der Beschwerdeführer zu Recht auch nicht behauptet (Urk. 1 S. 7). Da das Gutachten unter Beachtung der Rechtsprechung zum strukturierten Beweisverfahren (BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418) erstellt wurde (Urk. 7/107/27-36) und eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4), erübrigen sich diesbezügliche Weiterungen. 4.3.2

Nachdem der Beschwerdeführer spätestens im März 2018 von der Beurteilung durch die Gutachter Kenntnis erlangt hatte (Urk. 7/107/37, 7/109), ist auch der statuierten Übergangsfrist Genüge getan. Zu Recht ist damit die Beschwerdegegnerin von einer Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 70 % in angepasster Tätigkeit ausgegangen. 5.

5.1

Es bleibt zu prüfen, wie sich die auf eine angepasste Tätigkeit eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit von 70 % in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Gestützt auf die vom Beschwerdeführer ausdrücklich anerkannten Werte für das Valideneinkommen (Urk. 1 S. 7) resultiert bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit ein Invaliditätsgrad von 50 % (Valideneinkommen : Fr. 94'742.--; Invalideneinkommen: Fr. 46'517.--). Ein Abzug für das auf leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeiten eingeschränkte Belastungsprofil ist entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers nicht gerechtfertigt, umfasst doch der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Sodann verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 50 - 74 % gut 4 % weniger als Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % oder mehr (LSE 2016 T 18), womit es hinsichtlich Teilzeittätigkeit an einer überproportionalen Lohneinbusse mangelt. Selbst wenn aber unter Berücksichtigung dieses Aspektes ein Abzug von 5 % gewährt würde, führte dies bloss zu einem Invaliditätsgrad von rund 56 % (Valideneinkommen : Fr. 94'742.--; Invalideneinkommen: Fr. 41'865.--), was unverändert einen Anspruch auf eine halbe Rente begründete. Andere Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur unterdurchschnittlich

verwerten könnte, sind nicht ersichtlich. 5.3

Damit besteht Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung, weshalb die Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente ab 1. November 2018 auf eine halbe Rente rechtmässig ist (vgl. E. 1.3.3). 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 zu gestellt. 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 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 Der Gerichtsschreiber VogelKübler

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