

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01069 vom 20. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01069

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01069 du 20 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01069 del 20 giugno 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 Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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.

E. 1.3

Die IV-Stelle tätigte daraufhin erneut medizinische Abklärungen und liess den Versicherten insbesondere durch die B.____ polydisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, psychiatrisch und rheumatologisch) begutachten (Expertise vom 27. Juli 2018; Urk. 5/142). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/144 und Urk. 5/150) bestätigte sie mit Verfügung vom 5. November 2018 die Einstellung der Invalidenrente per 31. Mai 2017 (Urk. 2).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

IVG). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 5. November 2018 (Urk. 2) damit, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers effektiv verändert und soweit verbessert habe, dass ihm seit Februar 2016 eine seiner Gesundheit angepasste Tätigkeit und seit April 2016 auch die angestammte Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar seien. Beschwerden im Bereich der Ellenbogengelenke könnten weder kernspintomographisch noch klinisch nachvollzogen werden. Die Invalidenrente bleibe deshalb per 31. Mai 2017 eingestellt (S. 1 f.).

Im Laufe des Verfahrens ergänzte sie (Urk. 4), selbst wenn keine Veränderung des Gesundheitszustandes ausgewiesen wäre, wäre die Rente mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung aufzuheben. Die rentenzusprechenden Verfügungen vom 15. Dezember 2010 und 12. Januar 2011 seien zweifellos unrichtig gewesen, habe man doch bei der Berechnung des Invalideneinkommens zu Unrecht einen leidensbedingten Abzug von 15 % gewährt (S. 1-2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das eingeholte Gutachten sei für die vorliegende massgebliche Frage, ob ein Revisionsgrund bestehe, nicht beweiskräftig, habe es doch nicht aufgezeigt, dass und inwiefern sich sein Gesundheitszustand verändert habe (S. 3-4). Eine Änderung des Gesundheitszustandes sei aus näher dargelegten Gründen nicht erstellt. Im Gutachten werde kein anderer Zustand geschildert, als in den medizinischen Berichten, welche der Berentung zugrunde gelegen hätten. Dieser Zustand werde lediglich anders beurteilt (S. 4-5).

E. 3

hievon). 4. 4.1

Der Rentenzusprechung mit Verfügungen vom 15. Dezember 2010 und 12. Januar 2011 (Urk. 5/46 und Urk. 5/47) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde (vgl. auch das Feststellungsblatt vom 7. Juni 2010, Urk. 5/28): 4.2

Dr. med. C. ____, Fachärztin FMH für Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte im Bericht vom 15. Mai 2009 (Urk. 5/10/6-7) an den Hausarzt Dr. med. D. ____, Allgemeine Medizin FMH, die Diagnose einer chronischen Epicondylitis radialis rechts. Sie gab an, der Beschwerdeführer leide seit neun Monaten unter sehr therapieresistenten Schmerzen im rechten Ellenbogen. Ein Auslöser sei nicht bekannt. Er habe eine Arbeit mit mässiger körperlicher Belastung als Polier, müsse aber doch gelegentlich mit Hand anlegen und dabei auch manchmal Lasten heben. Im Februar sei eine Beurteilung durch die Rheumaklinik am E. ____ durchgeführt worden. Seither absolviere er eine Physiotherapie mit Dehnungen und Ultraschall. Zweimal seien auch lokal Steroide infiltriert worden. Eigentlich seien schon fast alle konservativen therapeutischen Möglichkeiten versucht worden. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit längerer Zeit 50 %. Wenn man das Heben von Lasten ausnehme, sollte der Beschwerdeführer zu 100 % arbeiten können. 4.3

Am 22. Juni 2009 berichtete Dr. D. ____ der Beschwerdegegnerin (Urk. 5/10/1-5). Er nannte die Diagnose einer Epicondylitis

humerali

lateralis rechts. Es lägen therapieresistente Beschwerden im Ellenbogen rechts vor. Es bestünden belastungsabhängige Ellenbogenschmerzen. Zum Teil sei die Nachtruhe gestört. Die Prognose sei noch unbestimmt. Als Vorarbeiter auf dem Bau sei der Beschwerdeführer vom 17. September bis 16. November 2008 zu 50 % und vom 12. bis 19. Januar 2009 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 20. Januar 2009 sei er in der angestammten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Mit Heben und Tragen verbundene Tätigkeiten seien nur zu 50 % möglich. Bei Besserung sei eine Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 % möglich. Der Beschwerdeführer werde zurzeit ambulant im E.____ behandelt. 4.4

Dr. med. F.____, Oberarzt in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des E.____, berichtete der Beschwerdegegnerin am 2. Februar 2010 (Urk. 5/23/6-7). Er wies auf eine Behandlung von Januar bis Juli 2009 sowie auf eine einmalige Vorstellung im Dezember 2009 hin. Er gab an, damals sei eine therapieresistente Epicondylopathia

humero

radialis rechts mit rezidivierenden Steroidinjektionen ohne anhaltenden Erfolg und mit unter Belastung stetiger Schmerzzunahme diagnostiziert worden. Im Rahmen einer fachärztlichen Abklärung seien bei chronischer Epicondylopathie nach Bestätigung der hausärztlichen Diagnose die konservativen Schmerzbehandlungen ausgeschöpft worden. Eine Reintegration in den Arbeitsprozess als Polier/Maurer habe zu 50 % erfolgen können. Bei steter Belastungszunahme sei es zu einer Schmerzverstärkung mit subjektiv entsprechender deutlicher Einschränkung gekommen. Im Rahmen einer Wieder Vorstellung im Dezember 2009 habe die Epicondylopathie mittels MRI -Untersuchung objektiviert werden können. Klinisch und in den vorangegangenen Abklärungen hätten sich keine Hinweise für eine zugrunde liegende

seronegative

Spondylarthropathie gefunden. Grundsätzlich sei die Prognose günstig, wobei bei einem langfristigen Verlauf doch auch von unter Belastung wiederkehrenden Schmerzen ausgegangen werden könne. Hinsichtlich der beruflichen Situation wären berufliche Massnahmen im Sinne einer ergänzenden Ausbildung sinnvoll, um überwiegend Vorarbeiterfunktionen ausüben zu können. 4.5

PD Dr. med. G.____, Facharzt Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) gab in seiner Stellungnahme vom 3. März 2010 an (Urk. 5/28 S. 4), in zusammenfassender Beurteilung der vorliegenden Befunde bestehe mit der chronischen Epicondylitis

radialis rechts ein namhafter Gesundheitsschaden. Nachvollziehbar bestehe in einer Tätigkeit mit Kraftbelastung des rechten Ellenbogens (worunter vermutlich die bisherige Tätigkeit als Polier/Maurer falle) eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 17. September 2008. In angepasster Tätigkeit könne nach wie vor von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, wobei ein angepasstes Profil kein repetitives Heben von Lasten über 5 Kilogramm beinhalten sollte. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin holte im vorliegenden Revisionsverfahren unter anderem ein Gutachten bei der B.____ ein (Expertise vom 27. Juli 2018; Urk. 5/142).

Dr. med. H.____, Fachärztin für Innere Medizin FMH, Prof. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, und Dr. med. dipl. - psych. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielten darin keine Diagnosen mit und folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (

Urk. 5/142/9): - Nikotinkonsum kumuliert ungefähr 9 py - Adipositas WHO Grad I (BMI 31 kg/m²) - Status nach Helicobacter

pylori Gastritis, anamnestisch - Status nach

Colon polypektomie, anamnestisch - Zustand nach Karpaltunnelsyndrom-Operation links 4. Dezember 2015 - subjektiv Schmerzen im Bereich der Ellenbogen und der linken Hand/ des linken Handgelenks, ohne objektives Korrelat - subjektiv Schmerzen in beiden Knieen, ohne nennenswerte degenerative Veränderungen - kein Bandscheibenvorfall BWK 7/8 (Bildgebung 2013) ohne radikuläre Symptomatik und ohne Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Dazu führten sie aus, aufgrund der Aktenlage habe der Beschwerdeführer im September 2008 und in den folgenden Monaten an chronischen Ellenbogenschmerzen rechts bei einer therapieresistenten Epicondylitis

humeri

lateralis gelitten. Im Jahre 2013 seien therapieresistente thoracale Rückenschmerzen und eine Distorsion des rechten Kleinfingers hinzugekommen. 2015 sei bei nächtlichem Kribbeln und Schmerzen in den Händen ein Karpaltunnelsyndrom rechtsbetont festgestellt worden, was nachfolgend am 4. Dezember 2015 auf der linken Seite operiert worden sei. In der Folge dieser Operation sei es im Sinne einer Komplikation zu einem CRPS (chronic regional pain

syndrome) gekommen. Aktuell klage der

Beschwerdeführer über Handschmerzen links, Ellenbogenschmerzen rechts sowie Knie- und Schulterschmerzen links (Urk. 5/142/8).

Auf Grundlage der im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen seien retrospektiv die rechtzeitig vorgenommenen Beurteilungen mehrheitlich nicht nachvollziehbar. So sei zwar eine volle Arbeitsunfähigkeit während des operativen Eingriffes an der linken Hand und circa 3 Monaten danach (Rekonvaleszenzphase) nachvollziehbar, ansonsten sei der Beschwerdeführer jedoch voll arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit. Die langphasige Arbeitsunfähigkeit von 50 oder gar 100 %

sei aus interdisziplinärer Sicht nicht nachvollziehbar. Dies gelte erst recht für eine Verweistätigkeit mit leichter Arbeit (Urk. 5/142/12). 5.2

RAD-Arzt Dr. med. L. ____, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. November 2018 (Urk. 5/151/3) fest, gemäss Gutachter lägen keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Der Gesundheitszustand habe sich daher seit 1. Februar 2016 gebessert. Vergleiche man die rheumatologische Untersuchung durch

Dr. C. ____, vom 15. Mai 2009 (E. 4.2 hievon) mit der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung (Urk. 5/142/102-127) sei festzustellen, dass 2009 die Beschwerden noch punktuell demonstrierbar gewesen und dementsprechend behandelt worden seien, während 2018 die Beschwerden im Bereich der Ellenbogengelenke weder kernspintomographisch noch klinisch hätten nachvollzogen werden können. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei dies als eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes anzusehen. Die nicht auszuschliessende Aggravation während des rheumatologischen Teilgutachtens könne

derart interpretiert werden, dass bei einem an sich schon normalisierten Gesundheitszustand versucht werde, einen eingeschränkten Gesundheitszustand zu zeigen. 5.3

Die weiteren im vorliegenden Revisionsverfahren eingeholten Arztberichte (vgl. etwa Urk. 5/124-125, Urk. 5/129-130 und Urk. 5/142/156-162) äussern sich nicht zur hier strittigen (E. 6. hernach) Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes.

Im Rückweisungsurteil vom 27. Juli 2017 hielt das hiesige Gericht hinsichtlich des Gutachtens von Dr. A.____ vom 29. November 2016 mit ergänzender Stellungnahme vom 21. Februar 2017 (Urk. 5/92/1-12, Urk. 5/114) insbesondere fest, dass der Gutachter sich nicht dazu äussere, wie sich die Verhältnisse seit der Rentenzusprache verändert haben und wie es sich namentlich mit der damals massgeblichen chronischen Epicondylitis am rechten Ellenbogen verhält, und erachtete das Gutachten infolgedessen als nicht beweiskräftig (Urk. 5/114 E. 6). Daran ist das Gericht gebunden (§ 26 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin hielt in der angefochtene n rentenaufhebende n Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das Gutachten der B.____ vom 27. Juli 2018 sowie die Stellungnahme von Dr. L.____ vom RAD vom 2. November 2018 (E. 5.1 und 5.2 hievore) fest, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers habe sich seit der ursprünglichen Rentenzusprache verbessert.

E. 6.2

Eine revisionsbegründende Veränderung resultiert aus einer Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes (vgl. E. 1.3

hievore). Gegenstand des Beweises bildet das Vorhandensein einer in einem revisionsbegründenden Ausmass erheblichen Differenz tatsächlicher Art, welche sich aus den medizinischen Unterlagen ergibt. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt deshalb davon ab, dass sich dieses ausreichend auf das Beweisthema –

und somit auf eine erhebliche Sachverhaltsveränderung – bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_162/2015 vom 30. September 2015 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 6.3

Die ursprüngliche Rentenzusprache stützte sich auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Stellungnahme von PD Dr. G.____ vom RAD (E. 4.2-4.5 hievore), welche von einer wegen einer therapieresistenten, belastungsabhängigen Epicondylitis

humeri

lateralis rechts um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit ausgingen. Die Gutachter der B.____

stellten dem gegenüber keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und erachteten den Beschwerdeführer als in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (E. 5.1 hievore). In Bezug auf die Herleitung der für die Beurteilung wesentlichen Diagnosen verwies der rheumatologische Teilgutachter pauschal und ohne Auseinandersetzung mit der für die ursprüngliche Rentenzusprache massgebenden Epicondylitis auf die diffuse

Schmerzangabe und das Fehlen objektiver Befunde, und Ausführungen zum Krankheitsverlauf fehlen. Zudem hielten

die Gutachter - ohne dies zu begründen - fest, die Beurteilungen der behandelnden Ärzte seien mehrheitlich nicht nachvollziehbar. Eine wesentliche Verbesserung

des Gesundheitszustandes seit der ursprünglichen Rentenzusprache ist damit jedoch nicht erstellt. Eine solche wird von den Gutachtern denn auch nicht beschrieben. Ebenso wenig ist eine anhaltende Verschlechterung des Zustands

ersichtlich, war doch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemäss den Fachärzten der B.____ lediglich während der Rekonvaleszenzphase nach der Operation des Karpaltunnelsyndroms vorübergehend eingeschränkt. Bei der gemäss den Gutachtern bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit handelt es sich also bloss um eine unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes.

E. 6.4

RAD-Arzt Dr. L.____ führte in seiner Stellungnahme

vom 2. November 2018 (E. 5.2 hievor) aus, im Unterschied zur rheumatologischen Untersuchung durch Dr. C.____ vom 15. Mai 2009 (E. 4.2 hievor) hätten anlässlich der Begutachtung die Beschwerden im Bereich der Ellenbogengelenke weder kernspintomographisch noch klinisch nachvollzogen werden können. Dazu ist einerseits festzuhalten, dass letztmals am 3. Dezember 2009 ein MRI des rechten Ellenbogens erstellt wurde (vgl. Urk. 5/23/8). Die Feststellung von Gutachter Dr. J.____, kernspintomographisch würden sich die Beschwerden nicht nachvollziehen lassen, bezieht sich demnach auf den Zustand im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache. Eine vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Andererseits wurden die Beschwerden im rechten Ellenbogen sowohl von den behandelnden Ärzten als auch von RAD-Arzt PD Dr. G.____

als belastungsabhängig bezeichnet, die behandelnde Dr. C.____ fand bei der Untersuchung am 11. Mai 2009 eine Druckdolenz an typischer Stelle am Epicondylus

radialis rechts (E. 4.2 hievor). Auch anlässlich der Begutachtung berichtete der Beschwerdeführer, nur bei Belastung Schmerzen zu verspüren (Urk. 5/142/111). Der Expertise der B.____

lässt sich nicht entnehmen, dass Dr. J.____ versucht hätte, die Schmerzen mit Druck zu lokalisieren. Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer auf entsprechende Befragung durch den Gutachter die Ellenbogenschmerzen lediglich diffus angegeben und weder auf die Punkte des Tennisellenbogens noch eines Golferellenbogens gezeigt hat, lässt sich keine Verbesserung des Gesundheitszustandes ableiten, ist doch nicht ausgewiesen, dass er anlässlich der Untersuchung durch Dr. C.____

dazu genauere Angaben machen konnte. Die Epicondylitis

radialis wurde zudem bereits 2009 als chronisch und therapieresistent bezeichnet. Dass der Beschwerdeführer diese inzwischen nur noch mit Stosswellentherapie zu behandeln versucht (vgl. Urk. 5/142/115), lässt demzufolge

ebenso wenig auf eine Besserung der Beschwerden schliessen.

Die Beschwerdegegnerin begründete im Übrigen auch nicht, weshalb sich die Ellenbogenbeschwerden genau seit Februar 2016 nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten beziehungsweise seit April 2016 in der angestammten Tätigkeit auswirken sollen.

E. 6.5

Eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, ist nach dem Gesagten nicht erstellt. Es liegt somit kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor.

E. 7

4

Gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt PD Dr. G. ___ vom 3. März 2010 (E. 4.5 hievorig) ging die Beschwerdegegnerin in den ursprünglichen rentenzusprechenden Verfügungen vom 15. Dezember 2010 (Urk. 5/46) und 12. Januar 2011 (Urk. 5/47) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 5 Kilogramm und einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit mit Kraftbelastung des rechten Ellenbogens aus. Aufgrund der starken Einschränkung des Tätigkeitsspektrums gewährte sie bei der Berechnung des Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug von 15 % (Urk. 5/46/10). Wohl mag fraglich sein, ob vorliegend ein Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 15 %

angemessen war. Das Tätigkeitsspektrum des Beschwerdeführers ist aber offensichtlich eingeschränkt, ist doch davon auszugehen, dass auch für gewisse leichte Hilfsarbeitertätigkeiten

eine regelmässige Belastung des rechten Ellenbogens erforderlich ist. Leichte bis mittelschwere Arbeiten sind dem Beschwerdeführer entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 4 S. 2) nur noch beschränkt - keine repetitive Belastung des rechten Ellenbogens - zumutbar, weshalb die Gewährung eines Leidensabzugs

gerechtfertigt war. Ob ein solcher in der Höhe von 5 oder 10 %

hätte vorgenommen werden müssen, kann

offen bleiben, stellt dies doch eine typische Ermessensfrage dar. Der Schluss, ein um 5-10 % höher festgelegter Abzug sei geradezu unverträglich und damit zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne, rechtfertigt sich daher nicht (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C_1012/2008 vom 17. August 2009 E. 4.3 und 9C_890/2014 vom 10. April 2015 E. 4.4 mit Hinweisen).

Die Rentenaufhebung lässt sich folglich auch nicht mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG schützen.

E. 7.1

Die Beschwerdegegnerin machte eventualiter geltend, bei der ursprünglichen Rentenzusprache sei zu Unrecht ein 15%iger Leidensabzug berücksichtigt worden, weshalb die entsprechenden Verfügungen zweifellos unrichtig gewesen seien und ein Wiedererwägungsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG vorliege (Urk. 4).

E. 7.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

E. 7.5

Ist kein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG gegeben und kann die angefochtene Rentenaufhebung auch nicht unter dem Titel der substituierten Begründung der Wiedererwägung geschützt werden, besteht kein hinreichender Anpassungstitel. Die Beschwerde ist damit gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und dem Beschwerdeführer auch über den 1. Juni 2017 hinaus weiterhin eine halbe Rente der Invalidenversicherung auszurichten.

E. 8

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 5. November 2018 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer über den 1. Juni 2017 hinaus Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu

gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hans Kupfer -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Basler Leben AG - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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