

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00048 vom 14. Juli 2000

ZH Sozialversicherungsgericht, 2000-07-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00048

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00048 du 14 juillet 2000

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00048 del 14 luglio 2000

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , 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 gebliebene m Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich 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 hin sichtlich 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 Hinwei sen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentli chen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeacht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

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

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung , I VG).

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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Mit Schreiben vom 22. Januar 2010 ersuchte der Versicherte um Prüfung von beruflichen Massnahmen (Urk. 11/105). Nachdem die Eingliederungsberatung ein Standortgespräch

durchgeführt hatte (Urk. 11/110), schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung mit Verfügung vom 29. Juni 2010 ab (Urk. 11/116, vgl. Vorbescheid vom 18. Mai 2010 [Urk. 11/113]). Am 14. Juni 2010 beantragte der Versicherte bei der IV-Stelle eine Rentenrevision, da sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe (Urk. 11/114). Aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 11/115) reichte der Versicherte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 11/117-118). Nachdem die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen vorgenommen hatte (Urk. 11/121), wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 20. April 2011 eine ganze Invalidenrente ab Juni 2010 zugesprochen (IV-Grad 80 %; Urk. 11/133).

E. 1.3.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die

Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer Entscheidung im Wesentlichen auf den Standpunkt, der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert. Entgegen dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Juli 2015 bestehe aus psychischer Sicht keine andauernde, invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Spätestens seit der Abklärung im August 2015 bestehe in einer leidens angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, nur gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend ausgeübt) eine volle Arbeitsfähigkeit. Ab dem 2. September 2018 sei wieder von dem Gesundheitszustand wie zum Zeitpunkt der medizinischen Abklärung im August 2015 auszugehen. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seither wieder uneingeschränkt zumutbar.

Bei einem IV-Grad von 13 % bestehe kein Rentenanspruch mehr. Insgesamt lasse das Verhalten des Beschwerdeführers auf einen fehlenden Eingliederungswillen schliessen,

womit der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfalle, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durch geführt werden müsse (Urk. 2). 2.2

Dahingegen vertritt der Beschwerdeführer die Ansicht, dass ein Abweichen vom Medas -Gutachten vom 24. September 2015 generell und vom psychiatrischen Teilgutachten im Besonderen vorliegend nicht zulässig sei (Urk. 1 S. 8 f .

Rn 26). Bei der durch die Medas attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit handle es sich um eine gesamtmedizinische Beurteilung, welche den zwischen den einzelnen Leiden bestehenden Wechselwirkungen angemessen Rechnung trage. Nicht ausser Acht gelassen werden dürften auch die seit der Erstellung des Gutachtens neu hinzugetretenen Beschwerden. Diese seien zwar, je für sich alleine betrachtet, nicht invalidisierend, stellten jedoch eine zusätzliche Belastung seines gesunden heitlichen «Gesamtsystems» dar (Urk. 1 S. 11 f. Rn 35 f.).

Die angebotenen Eingliederungsmassnahmen seien nicht von Erfolg gekrönt gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich darauf nicht erfolgreich einlassen können, weil ihm Integrationsmassnahmen schlichtweg nicht möglich gewesen seien (Urk. 1 S. 10 f.

Rn 33).

3.

3.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die Verfügung vom 20. April 2011, mit welcher dem Beschwerdeführer per 1. Oktober 2010 eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 80 % zugesprochen wurde (Urk. 11/133 , vgl. E. 1.1.2). Diese Verfügung basierte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Berichten (vgl. Urk. 11/127): 3.2 3.2. 1

Am 26. April 2010 wurde – indiziert durch teils typische, teils atypische AP-Beschwerden und in der Szintigraphie nachgewiesene Ischämie anteroseptal – im E.____ eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt. Es wurde ein gutes Resultat nach RIVA-Intervention festgehalten. Die Ärzte stellten folgende Diagnosen (Urk. 11/121/18-19): - Koronare 2-Gefässerkrankung - Morbus Basedow (ED September 2006) - Arterielle Hypertonie (ED 1992)

Es zeige sich neu eine 70 % Stenose am Stentausgang des RIVA-Stents, die mit einem Nobori DES gestentet werden könne . Der Stent im DA2 weise eine 50 % Instent-Restenose auf. Zusätzlich bestehe eine 20-50 % Stenose im DA1 (Urk. 11/121/18-19).

3 .2. 2

Dr. med. F.____

stellte in seinem Bericht vom 3. Juli 2010 folgende Diagnosen: - Mittelgradige bis schwergradige rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.1, F 33.2) - Panikstörung (ICD 10 F 41.0) - Somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45.4) - Chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen

Im November 2009 habe eine Radiojodtherapie unter Cortison durchgeführt werden müssen. Bald danach habe der Beschwerdeführer Herzbeschwerden bekommen, die

diesbezüglichen Untersuchungen hätten eine Verschlimmerung einer schon vorher bekannten koronaren Krankheit gezeigt. Es habe ein Stent platziert werden müssen, um den Kreislauf im Herz wieder zu verbessern. Nach diesen Eingriffen habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers sehr stark verschlechtert. Er sei depressiv geworden, gereizt, innerlich stark angespannt, habe häufig Panikattacken bekommen, habe sich von den intensiven Ängsten nicht befreien können. Er habe befürchtet, bald sterben zu müssen, habe mit Herzklopfen, Engegefühl in der Brust, intensiven Schweißausbrüchen und Erschöpfung reagiert. Trotz der Müdigkeit habe er nicht ruhig schlafen können, habe Ein- und Durchschlafstörungen gehabt, sei von Albträumen heimgesucht worden. Gleichzeitig habe er starke Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen gezeigt.

Die psychische Störung habe sich stark auf seinen Alltag ausgewirkt. Der Beschwerdeführer sei durch den depressiven Zustand und die neu aufgetretenen Panikattacken sehr erschöpft. Es bestehe deswegen seit November 2009 aus psychischen Gründen eine zumindest 75%ige Arbeitsunfähigkeit

(Urk. 11/118).

3.2. 3

In seinem Bericht vom 18. August 2010 stellte Dr. C.____ folgende Diagnosen (Urk. 11/121/20) : - Koronare Herzerkrankung - Morbus Basedow - Periphere arterielle Verschlusskrankheit mit Blutdruck-Abfall unter Belastung im Bereich der unteren Extremitäten - Zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit mit einer 60-70%igen Abgangsstenose der Arteria

carotis

interna links - Depressive Entwicklung

Seit der Herz-Katheteruntersuchung vom 26. April 2010 gehe es dem Beschwerdeführer recht gut. Er habe jedoch immer noch Thoraxschmerzen, welche z.B. zu einer Konsultation der Notfallstation geführt hätten am 6. Juli 2010. Mittels eines 24

Stunden-Blutdruck-Profiles habe eine recht gute Blutdruck-Einstellung dokumentiert werden können. Wegen störender ventrikulärer Extrasystolen sei am 8. Juni 2010 ein 24 Stunden-EKG abgeleitet worden, welches zahlreiche ventrikuläre Extrasystolen gezeigt habe, worauf die Concor-Dosis – mit recht gutem Erfolg auf 10 mg erhöht worden sei. Der Beschwerdeführer brauche sehr strikte kardiologische Verlaufskontrollen. Ab dem 1. Januar 2010 bestehe für leichte, körperlich nicht belastende Arbeiten (Aufsichtsarbeiten) eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 11/121/ 20-21). 3.2. 4

In seiner Stellungnahme vom 9. September 2010 führte RAD-Arzt G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, gesamthaft sei seit November 2006 die zuletzt ausgeführte Tätigkeit nicht mehr möglich. Für eine adaptierte Tätigkeit sei seit November 2009 eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit plausibel und damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachvollziehbar (Urk. 11/127/3). 3.3 3.3.1

In der rentenaufhebenden Verfügung vom 7. Dezember 2018 (Urk. 2) stütze sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Medas

vom 24. September 2015 (Urk. 11/165). Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk.

11/165/2-31) , weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wie dargegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen darauf Bezug genommen.

Der Beschwerdeführer

wurde allgemein-internistisch, psychiatrisch, kardiologisch sowie rheumatologisch begutachtet (Urk. 11/165 , vgl. Teilgutachten Urk. 11/166). Die Gutachter stellten folgende polydisziplinären Hauptdiagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/165/48-49): - Koronare Herzkrankheit - Anamnestisch hypertensive Herzkrankheit - Anamnestisch peripher-arterielle Verschlusskrankheit, ED Juli 2010 - Anamnestisch zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit mit einer Abgangsstenose von 60-70 % der A. carotis

interna links, ED Juli 2007 - Koronare Risikofaktoren - Residuelle Funktionseinschränkung mit Minderbelastbarkeit im rechten Handgelenk - Anhaltende therapiefraktäre

subakromiale

Impingementsymptomatik links - Autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems ICD-10 F 45.31 - Akzentuierte Persönlichkeit mit hypochondrischen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 Z 73.1) Daneben stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert (Urk. 11/165/49-50): - Status nach ängstlich-depressiver Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.22) - Status nach Schulter-/Armsyndrom rechts mit Impingementsymptomatik der rechten Schulter 2002, aktuell beschwerdefrei - Morbus Basedow (ED September 2006) - Übergewicht/Grenze Adipositas (BMI 30)

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 3. Juli 2015 wurden im Vergleich zum Y. ____-Gutachten vom 13. März 2009 klinisch und bildgebend unveränderte Befunde in Form einer residuell verminderten Belastbarkeit und Beweglichkeit des rechten Handgelenkes festgehalten. Der Endzustand sei hier schon längst erreicht. Aufgrund der Minderbelastbarkeit des rechten Handgelenkes könnten dem Versicherten weiterhin und bleibend keine manuell schwer belastenden Arbeiten und vor allem auch keine Arbeiten, die verbunden sind mit repetitiven Schlägen wie Pickel- und/oder Schaufelarbeiten wie auch keine ruckartigen, kraftvollen Umwendbewegungen mit der rechten Hand zugemutet werden , dies seit dem Unfall datum vom 3. Juli 1998. Die diesbezügliche frühere Tätigkeit als Bauarbeiter sei somit unzumutbar. Zusätzlich bestehe eine Schulterproblematik links mit Minderbelastbarkeit und Bewegungseinschränkung. Diesbezüglich könnten dem Beschwerdeführer mit der linken oberen Extremität keine körperlichen Schwerarbeiten und insbesondere keine länger dauernden Verrichtungen mit dem linken Arm an beziehungsweise über der Schulterhorizontalen zugemutet werden. Den genannten Einschränkungen angepasste Tätigkeiten könnten dem Beschwerdeführer voll zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit werde unverändert auf 100 % geschätzt (Urk. 11/166/8-10).

Im kardiologischen Teilgutachten vom 11. August 2015 wurde festgehalten, nach 11 Jahren koronarer Herzerkrankung mit sichtlicher Progression der allgemeinen Arteriosklerose (PAVK , Carotisstenose) zeige der Beschwerdeführer nun einen Endzustand mit einem unklaren rezidivierenden Thoraxschmerz , welcher nicht eindeutig auf die Koronarien zurückgeführt werden könne. Parallel dazu bestehe eine schwierig einstellbare arterielle Hypertonie wobei unklar sei, ob eine Mal-Compliance vorliege oder ob eine sekundäre bis

anhin noch nicht diagnostizierte arterielle Hypertonieform bestehe. Aus heutiger Sicht müsse davon ausgegangen werden, dass vier Monate nach letzter Koronarangiographie, bei welcher keine Progression der KHK habe dokumentiert werden können, die heutige thorakale Schmerzsymptomatik, welche unter der Ergometrie hätten reproduziert werden können, nicht auf das Koronarleiden zurückgeführt werden könne. Somit seien die Beschwerden als extrakardial einzustufen und am ehesten im Rahmen einer somatoformen Störung zu interpretieren. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer für seine angestammte Arbeit als Bauarbeiter sicher 100 % arbeitsunfähig. Die medizinischen Befunde liessen eine leicht körperlich belastende, vorzugsweise wechselnd belastende, teilweise sitzende Arbeit zu 100 % ganztägig zu (Urk. 11/166/20).

Der psychiatrische Gutachter ging von einer Arbeitsfähigkeit in einer den psycho-physischen Ressourcen angepassten Tätigkeit von 50 % aus. 2009 habe der Beschwerdeführer während der Radiojodtherapie unter den Folgen einer längeren depressiven Anpassungsstörung gelitten mit Akzentuierung der hypochondrischen Persönlichkeitszüge. Mit der Akzentuierung habe die psychische Belastbarkeit abgenommen. Zwischenzeitlich sei es zu einer Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. So berichte der Beschwerdeführer, dass mit der Bypass-Operation die Herzbeschwerden abgenommen hätten. Dadurch habe die psychische Belastbarkeit zugenommen. Seit der Bypass-Operation betrage die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht 50 %. Eine stationäre psychosomatische Rehabilitation sei aus psychiatrischer Sicht indiziert. Auf Grund der Chronifizierung seien keine sicheren Angaben möglich, inwieweit dadurch die Arbeitsfähigkeit steigerbar sei. Dabei würden bei der Chronifizierung auch krankheitsfremde Faktoren eine Rolle spielen (Urk. 11/166/37).

Im polydisziplinären Kontext hielten die Gutachten fest, dass die früher ausgeübte Schwerarbeit als Bauarbeiter dem Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 3. Juli 1998 nicht mehr möglich

sei. In einer körperlich leichten, nur gelegentlich mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig, wenn folgende einschränkende Kautelen berücksichtigt würden (Urk. 11/165/50):

-

Es dürfe sich um keine manuell schwer belastende Arbeit des rechten Handgelenkes handeln.

-

Es komme keine körperliche Schwerarbeit für die linke Schulter in Frage, das heisst keine längerdauernden Verrichtungen mit dem linken Arm an respektive über der Schulterhorizontalen.

-

Wegen seiner Ängste könne der Beschwerdeführer auch nicht auf Leitern oder Gerüsten beschäftigt werden. 3.3.2

Für die Zeitspanne nach der Begutachtung durch die Medas liegen folgende relevanten medizinischen Unterlagen bei den Akten (vgl. Urk. 11/219): 3.3.3

In der RAD-Stellungnahme vom 25. April 2017 wies med. pract .

H.____ , Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, auf eine am 31. Juli 2016 durch einen Velosturz erlittene Olacranonfraktur des rechten Ellenbogens hin, welche am 10. August 2016 operativ versorgt worden sei. Am 28. Dezember 2016 sei von der I.____ eine abgeschlossene Frakturheilung mit reizlosem Osteosynthesematerial und freier Beweglichkeit des Ellenbogens festgestellt worden. Bei abgeschlossener Frakturheilung könne eine angepasste Tätigkeit mit dem bisherigen Belastungsprofil aus medizinischer Sicht wiederaufgenommen werden. Am 27. Februar 2017 werde eine Cholezystektomie bei Gallensteinen durchgeführt. Aus medizinischer Sicht sei danach von einer ca. 2 Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Zusammenfassend bestehe keine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands (Urk. 11/219/3). 3.3.4

Im Austrittsbericht

der Notfallpraxis des

J.____ vom 20. August 2018 wurde über einen Rollerunfall im Kosovo vom 8. August 2018 berichtet, bei welchem sich der Beschwerdeführer eine grosse Schürfung infrapatellär links und eine Wadenmuskelblutung zugezogen habe. Die Wunde sei am Abheilen, jedoch sei das gesamte Bein gestaut und das Hämatom in der Wade verursache anhaltende Schmerzen. Es bestehe keine wesentliche Druckdolenz, kein wesentlicher Wadendehnungsschmerz, keine Überwärmung, stattdessen eine diffuse schmerzhafteste Stauung von prätibial bis zum Fussrücken. Die Sonographie Duplex der Beinvenen zeige keine TVT und kein Muskelhämatom. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für 2 Wochen (Urk. 11/209/2). 3.3.5

In der RAD-Stellungnahme vom 1. Oktober 2018 hielt Dr. med.

K.____ , Facharzt für Chirurgie sowie

Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, bei der geplanten Osteosynthesematerialentfernung am rechten Ellenbogengelenk sei mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit von maximal drei Wochen zu rechnen. Im Austrittsbericht des J.____ vom 20. August 2018 werde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Knieprellung links vom 20. August 2018 bis zum 1. September 2018 beschrieben. Es sollte von einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 8. August 2018 bis zum 1. September 2018 infolge des Unfalls auszugehen sein. Ansonsten liege keine Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Ausführungen in der RAD-Stellungnahme vom 25. April 2017 vor (Urk. 11/219/5). 3.3.6

In seinem Attest vom 30. Oktober 2018 bescheinigte Dr. C.____ eine aus kardiologisch-internistischer Sicht für leichte körperliche Arbeiten bestehende Arbeitsfähigkeit von maximal 50%. Als Hauptrisikofaktoren für die bestehende schwere koronare Herzerkrankung mit Status nach mehreren interventionellen Behandlungen und Status nach aortokoronarer

Bypassoperation 2013 eine erhebliche, familiär gehäuft vorkommende arterielle Hypertonie, welche medikamentös sehr schwierig einzustellen sei (Urk. 11/223). 4. 4.1

Folgt man den Ausführungen der Beschwerdegegnerin, hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab August 2015 (Zeitpunkt Begutachtung Medas) wesentlich

verbessert (Urk. 2, vgl. Urk. 11/ 168/5). Da die im Nachhinein zur Begutachtung stattgehabten Unfälle und medizinischen Eingriffe jeweils nur eine vorübergehende Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bewirkten (vgl. E. 3. 3.3, E. 3.3.4) und sich – gemäss den nachvollziehbaren Beurteilungen der RAD-Ärzte med. pract . H.____ (vgl. E. 3. 3.3) und Dr. K.____ (E. 3.3.5) – insgesamt im Verlauf seit der Begutachtung keine Veränderung des Gesundheitszustandes ergab , erweist sich die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin , wonach der im Begutachtungszeitpunkt vorliegende Gesundheitszustand ab September 2018 wieder erreicht war (vgl. Urk. 11/219/5) , als folgerichtig. Demnach ist die Prüfung einer revisionsrechtlich erheblichen Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen anhand einer Gegenüberstellung des im Medas -Gutachten beschriebenen Gesundheitszustandes mit demjenigen im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. April 2011 vorzunehmen.

Der Beschwerdeführer stützt sich in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der Medas vom 24. September 2015 und die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 1 S. 7 ff.).

Gegen die darin umschriebene Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes bringt er keine Einwände vor.

Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ergibt sich sodann auch aus der Gegenüberstellung der in den Vergleichszeitpunkten erhobenen Befunde (vgl. Urk. 11/118 und Urk. 11/166/30). Damit ist eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse ausgewiesen, womit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers umfassend neu zu prüfen ist (vgl. E. 1.1.1). 4.2

Das Gutachten der Medas vom 24. September 2015 basiert auf umfassenden Untersuchungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 11/165/2-31).

Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den Gutachtern

seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen

ausserdem eingehend zu diversen Themenbereichen wie namentlich seinen Aktivitäten und dem gewöhnlichen Tagesablauf befragt (Urk. 11/165/37-39 ; Urk. 11/166/2-3 , Urk. 11/166/13, Urk. 11/166/24-28). Die geklagten Leiden wurden in die medizinische Beurteilung miteinbezogen (Urk. 11/165/42-48;

Urk. 11/166/7-9, Urk. 11/166/ 19-20,

Urk. 11/166/31-36) und es fand eine hinreichende Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen statt (Urk. 11/165/

42-48). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Gutachten der Medas vom 24. September 2015 somit sämtliche formellen Voraussetzungen für eine beweiskräftige medizinische Expertise (vgl. E. 1.5), was die Parteien dem Grundsatz nach auch nicht in Frage stellen (vgl. E. 2.1-2.2). 4.3

In somatischer Hinsicht (rheumatologisch, kardiologisch, allgemein-internistisch) wurde dem Beschwerdeführer gutachterlich eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert (E. 3.1.1). Die körperlichen Einschränkungen wurden allesamt im formulierten Belastungsprofil berücksichtigt (vgl. E. 3.3.1). Insbesondere auch

a aufgrund der genannten Befunde überzeugt die Einschätzung der Gutachter, wonach der Beschwerdeführer in einer leidens angepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig ist. Der Beschwerdeführer brachte denn auch keine Einwände gegen die se gutachterliche Einschätzung vor und erachtete das polydisziplinäre Medas -Gutachten mitsamt seinen Teilgutachten als vollumfänglich beweiskräftig (vgl. Urk. 1 S. 8 f. Rn 26). Es liegen demnach keine Leiden im somatischen Bereich vor, welche die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit einzuschränken vermöchten. 4. 4

Uneinigkeit besteht unter den Parteien bezüglich der Frage, ob auf die durch den psychiatrischen Gutachter, Dr. D.____, in seinem Teilgutachten vorgenommene und ins polydisziplinäre Gutachten übernommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden kann, oder ob aus rechtlicher Sicht von einem nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen ist. In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass das Bundesgericht erkannt hat, dass nunmehr grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.3.2). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigenutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4.5 4.5.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass sich der von Dr. D.____ im Rahmen der Begutachtung erhobene Psychostatus unauffällig präsentierte. So konnte der Beschwerdeführer im zweieinhalbstündigen Gespräch gut mitschwingen und zeigte verschiedene Emotionen. Es ergaben sich keinerlei Einschränkungen in Bezug auf die

Merkfähigkeit sowie Aufmerksamkeit und keine Hinweise auf mnestiche Störungen. Der Beschwerdeführer war in der Lage, sich an Lebensereignisse detailliert und genau zu erinnern und einen Sachverhalt auf den Punkt zu bringen. Es fanden sich keine Anhaltspunkte für wahnhaftes Erleben, Sinnestäuschungen oder Wahrnehmungsstörungen. Die Auffassung war nicht gestört.

Während der Exploration ergaben sich keine Anhaltspunkte für Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen. Der Arzt erachtete die Intelligenz des Beschwerdeführers als durchschnittlich. Affektiv war er reagibel, die affektive Schwingungs- und Resonanzfähigkeit war nicht eingeschränkt. Er machte keinen depressiven Eindruck und die Stimmung war indifferent

(vgl. Urk. 11/166/30). Es liegen demnach keine Befunde vor, welche auf eine schwerwiegende psychische Erkrankung hindeuteten.

Im Zeitpunkt der Begutachtung befand sich der Beschwerdeführer in regelmässiger gesprächspsychotherapeutischer Behandlung bei Dr. F. ____ . Die Konsultationen fanden einmal pro Monat statt, wobei bei grossen Ängsten auch Konsultationen ausser Termin vorkamen. Eine stationäre psychosomatische Rehabilitation wurde nie in Betracht gezogen (Urk. 11/166/28). Dr. D. ____ erachtete beim Beschwerdeführer eine stationäre psychosomatische Rehabilitation als indiziert. Trotz der Chronifizierung sei nicht ausschliessbar, dass sich das psychophysische Zustandsbild weiter stabilisiere mit positiven Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/166/37). Vor diesem Hintergrund ist nicht auf eine Behandlungssistenz zu schliessen (vgl. auch Urk. 11/166/35 -36 Kriterium 8) .

Hinsichtlich der Komorbiditäten ist zu bemerken, dass die psychischen Leiden des Beschwerdeführers in Wechselwirkung zu seinen kardiologischen Beschwerden stehen. So führte denn der Beschwerdeführer auch aus, die Herzbeschwerden hätten mit der Bypass-Operation abgenommen, was zur Zunahme der psychischen Belastbarkeit geführt habe (Urk. 11/166/37). Psychiatrische Komorbiditäten wurden gutachterlich verneint (Urk. 11/166/35). 4.5 .2

In Bezug auf den Komplex «Persönlichkeit» ist die von Dr. D. ____ diagnostizierte Akzentuierung der Persönlichkeit mit hypochondrischen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 Z 73.1)

zu erwähnen . In diesem Zusammenhang ist aber darauf hinzu weisen, dass

Z-Diagnosen zu den Faktoren gehören, die zwar den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen (ICD-10 Z.00-/99), denen jedoch grundsätzlich kein versicherungsmedizinischer Krankheitswert zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4). Da vorliegend keine Anhaltspunkte für eine Beeinflussung des Gesundheitszustandes oder des Leistungsvermögens durch die Persönlichkeitsstruktur im Generellen und die Z-Diagnose im Besonderen bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3),

fallen im Bereich der Persönlichkeit keine Faktoren mit Einfluss auf den Ressourcenbestand ins Gewicht . 4.5 .3

Zum Komplex « Sozialer Kontext» geht aus dem psychiatrischen Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer seit 1989 verheiratet ist (Urk. 11/166/29; demgegenüber Urk. 11/166/27 : «seit 1979 verheiratet») . Der Beschwerdeführer ist Vater von drei

Kindern, wobei die Kinder zu keinen besonderen Sorgen Anlass geben und mittlerweile alle ausgezogen sind (Urk. 11/166/29, Urk. 11/166/34). Gemäss Angaben des Beschwerdeführer s gebe es Tage, an denen er seine Wohnung nicht verlässt. Jedoch sei es seit Jahren nicht mehr vorgekommen, dass er sich über längere Zeit in der Wohnung zurückgezogen habe (Urk. 11/166/29). Es besteht ein gutes Beziehungsnetz zu Brüdern, Kindern und Enkeln. Die Beziehung zu den Kindern beschreibt der Beschwerdeführer als schön. Im Mai 2015 ist er mit einem Kollegen mit dem Auto in den Kosovo gefahren, um seine Familienangehörigen zu besuchen . Die Beziehung zur Ehefrau und seine häusliche Situation empfindet der Beschwerdeführer als grosse psychische Belastung. Es sei ein grosses Problem, er und seine Frau hätten Schmerzen und Probleme und seien viel bei den Ärzten. Der Beschwerdeführer führt e aber aus, er habe eine gute Ehefrau (Urk. 11/165/38).

Aus dem geschilderten Tagesablauf geht hervor, dass der Beschwerdeführer am Nachmittag jeweils einen kurzen Spaziergang mit seiner Ehefrau unternimmt. Das Nachtessen nimmt er gemeinsam mit der Ehefrau ein, wobei auch Tischgespräche geführt werden . Im Umgang mit den Nachbarn ist er korrekt, er begrüss t jeden. Zu einer albanischen Familie pflegt er einen etwas engeren Kontakt. Er beschreibt sich als eine von Natur aus zurückhaltende, ruhige Person.

Von Kollegen werde er gemieden. In Gruppen sei er dauernd am Sprechen (Urk. 11/166/26-27).

Auch wenn der Beschwerdeführer die Ehesituation als angespannt wahrnimmt , lässt die Einbindung der Ehefrau in seine gefestigte Tagesstruktur (regelmässige gemeinsame Spaziergänge , gemeinsame Nachtessen) darauf schliessen , dass sich die Ehegatten auf gegenseitige Unterstützung verlassen können.

Darüber hinaus bestehen verschiedene langjährige soziale – insbesondere familiäre – Kontakte, welche vom Beschwerdeführer regelmässig gepflegt werden. Insgesamt verfügt der Beschwerdeführer somit über ein intaktes soziales Umfeld und kann in dieser Hinsicht auf entsprechende Ressourcen zurückgreifen. Ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug ist nicht erkennbar. 4.5 .4

Zur Kategorie «Konsistenz» ist schliesslich festzuhalten, dass der Beschwerdeführer trotz Abnahme der Spontanaktivitäten vom Gutachter als körperlich aktiv beschrieben wird (Urk. 11/166/36). Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Begutachtung wiederholt an, täglich den gleichen Spaziergang zu machen. Unabhängig der Witterungsverhältnisse gebe er sich jeden Morgen auf einen drei stündigen Spaziergang. Einzig bei grosser Kälte habe ihm der Arzt das Spazieren untersagt. Der Kardiologe würde ihn immer wieder für körperliche Aktivitäten motivieren und ermuntern. Am Nachmittag mache er einen kurzen Spaziergang mit der Ehefrau (Urk. 11/166/27). Den Lift benutze er nur in Ausnahmefällen, im Mietshaus benutze er diesen nie, sondern steige die Treppen hoch (Urk. 11/166/30). Einkaufszentren meide er nicht, er gehe aber nicht gerne dort hin, da es dort zu viele Leute habe, diese würden ihn nervös machen (Urk. 11/166/30). Alle zwei Monate besuche er das Clublokal eines Freizeitclubs in L.____. Früher habe er fast jedes Wochenende in diesem Lokal verbracht. Bei Besuchen beteilige er sich heute nicht mehr an den Spielen, weil er beim Spielen zu nervös werde (Urk. 11/166/26). Mit dem Auto fahre er nur noch kurze Strecken , «etwa ins Tessin oder so». Zu Dr. F.____ nach M.____ gehe er meistens mit dem Auto (Urk. 11/165/34).

Angesichts der verschiedenen regelmässigen ausserhäuslichen Aktivitäten und dem geregelten Tagesablauf (vgl. Urk. 11/166/26-27) kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden. Ebenso wenig ist ein erheblicher Leidensdruck ausgemittelt.

Der auch nach erfolgter voller Berentung weiterhin stattgehabte regelmässige Besuch der Psychotherapie

ist als therapeutisch-logische Konsequenz in Bezug auf die dem Rentenentscheid zugrundeliegenden

psychiatrischen Funktionsstörungen (vgl. E. 3.2.5) anzusehen und spricht

– entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10 Rn 31) – nicht für einen ausgeprägten Leidensdruck. Gegen einen ausgeprägten Leidensdruck spricht auch die Behandlungsfrequenz von lediglich einmal pro Monat und die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Psychopharmaka nur noch bei Bedarf einnimmt (Urk. 11/165/39). 4.5.5

Zusammenfassend ergibt sich aus der detaillierten Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass der

Beschwerdeführer bei Ausschöpfung seiner vorhandenen Ressourcen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage ist, eine Tätigkeit ohne Einschränkungen zu verrichten.

Dafür sprechen nebst den unauffälligen objektiven Befunden insbesondere das hohe Aktivitätsniveau, das intakte soziale Umfeld sowie der fehlende Leidensdruck. Nur leicht ressourcenhemmend wirken sich die vorhandenen Komorbiditäten aus.

Von weiteren Beweissmassnahmen – namentlich einer

Neubegutachtung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 14 Rn 44) – sind vor diesem Hintergrund keine weiteren

entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzugehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3). 5.

E. 5

% zu (Urk. 11/42). Nachdem der Versicherte da gegen Einsprache erhoben hatte (vgl. Urk. 11/43), sprach die Unfallversicherung dem Versicherten mit Einspracheentscheid vom 21. April 2004 eine Integritätsentschädigung von 10 % zu. Im Übrigen wurde die Einsprache abgewiesen (Urk. 11/46). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. Juli 2005 ab (Urk. 11/49).

E. 5.1

Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit, welche das definierte Belastungsprofil (vgl. E. 3.3.1) berücksichtigt, zu 100 % arbeitsfähig. 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 ausgeglichener 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, 128 V 29 E. 1).

E. 5.2

Die Beschwerdegegnerin bestimmte beide Vergleichseinkommen anhand von Tabellenwerten der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; vgl. Urk. 11/218/1). Dies ist – insbesondere unter dem Gesichtspunkt, dass der Beschwerdeführer seit November 2006 nicht mehr arbeitstätig war (Urk. 11/165/34) und damit nicht auf konkrete Einkommenszahlen abgestellt werden kann – nicht zu beanstanden.

Aufgrund der Arbeitserfahrungen des Beschwerdeführers in der Baubranche anbietet sich der Bezug des statistischen Tabellenlohnes für Tätigkeiten im Baugewerbe zur Bemessung des Valideneinkommens, was von der Beschwerdegegnerin denn auch so vorgenommen wurde. Unter Berücksichtigung des Belastungsprofils stellte die Beschwerdegegnerin für das Invalideneinkommen auf den Tabellenlohn (Zentralwert) für Hilfsarbeiten ab, was – aufgrund der Zumutbarkeit von leichten Tätigkeiten ohne weitergehende enge Begrenzung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit – mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in Einklang steht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_187/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.2.3.1). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer ebenfalls auf die betreffenden Tabellenwerte stützte und dagegen keine

Einwände erhob (vgl. Urk. 1 S. 14 Rn 43).

E. 5.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'903.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 67'589.89 ergibt sich eine Erwerbseinbusse in der Höhe von Fr. 2'313.10, was einem IV-Grad von 3.3 % entspricht ($100 / 69'903 \times 2'313.10$). Unter diesen Gegebenheiten kann offenbleiben, ob und in welcher Höhe vorliegend ein leistungsbedingter Abzug angebracht wäre, zumal selbst bei einem – maximal zulässigen (vgl. BGE 126 V 75 Regeste und E. 5 cc) – leistungsbedingten Abzug von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

Infolge des gebesserten Gesundheitszustandes hat die Beschwerdegegnerin die ganze Rente des

Beschwerdeführers zu Recht auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung aufgehoben (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

E. 5.4

Im Regelfall ist eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines

bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist. Diese Rechtsprechung ist grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die (revisions- oder wiedererwägungsweise) Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet nicht, dass die darunter fallenden Rentnerinnen und Rentner im jeweiligen revisions- (Art. 17 Abs. 1 ATSG) beziehungsweise gegebenenfalls wiedererwägungsrechtlichen (Art. 53 Abs. 2 ATSG) Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten; es wird ihnen lediglich zugestanden, dass – von Ausnahmen abgesehen – aufgrund des fortgeschrittenen Alters oder einer langen Rentendauer die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteile Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.4 und 9C_412/2014 vom 20. Oktober 2014 E. 3.1).

Der 1959 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Rentenaufhebung 59

Jahre alt, weshalb er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bevölkerungskreis fällt. Die Beschwerdegegnerin unterstützte den Beschwerdeführer im Rahmen der Eingliederungsberatung (vgl. Urk. 11/192, Urk. 11/197, Urk. 11/202). Zuletzt wurde für den Beschwerdeführer ein Arbeitstraining im B.____ vom 3. September 2018 bis am 1. März 2019 organisiert (Urk. 11/214), wobei die Eckdaten der betreffenden Massnahme (Beginn, Einsatzzeiten) erst nach zeitintensiven Verhandlungen mit dem Beschwerdeführer festgelegt werden konnten (vgl. Urk. 11/215). Der Beschwerdeführer trat die Massnahme nicht an, da er sich aufgrund des Motorradunfalls vom 8. August 2018 als nicht eingliederungsfähig erachtete (Urk. 11/210, Urk. 11/215/3). Gestützt auf die medizinischen Akten ist nicht ersichtlich, was den Beschwerdeführer objektiv an der Absolvierung der Massnahme hätte hindern können, zumal er sich bei dem Unfall lediglich Schürfwunden und eine Einblutung an der linken Wade ohne nachvollziehbare Beeinträchtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit für das am 3. September 2018 beginnende Arbeitstraining zugezogen hatte (Urk. 11/209/2, vgl. Urk. 11/211). Vor diesem Hintergrund ist es als überwiegend wahrscheinlich anzusehen, dass es dem Beschwerdeführer am subjektiven Eingliederungswillen fehlte. Damit

ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Rentenaufhebung verfügt hat, ohne weitere Eingliederungsmassnahmen zu veranlassen: Fehlt es am Eingliederungswillen bzw. an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zu nächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (Urteil des Bundesgerichts 8C_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_19/2016 vom 4. April 2016 E. 5.2.3).

E. 5.5

Die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2018 (Urk. 2) erweist sich damit als korrekt. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

6.1

Der Beschwerdeführer hat in seiner Beschwerdeschrift ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von

Rechtsanwalt David Fischer gestellt (Urk. 1 S. 2). Die Mittellosigkeit des Beschwerdeführers ist ausgewiesen (vgl. Urk. 3, Urk. 7) und der Prozess kann nicht von vornherein als aussichtslos bezeichnet werden. Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind somit erfüllt. Dem Beschwerdeführer ist daher die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt David Fischer als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das Verfahren zu bestellen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Rechtspflegekosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. 6.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss

dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.3

Rechtsanwalt David Fischer ist nach Ermessen (vgl. Urk.

E. 8

erliess die IV-Stelle einen neuen Vorbescheid, worin sie dem Versicherten die Aufhebung der Rente auf Ende des nach Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht stellte (Urk. 11/220). Dagegen erhob der Versicherte am 30. Oktober 2018 Einwand (Urk. 11/221). Zudem reichte er ein ärztliches Attest von Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 30. Oktober 2018 ein (Urk. 11/223, vgl. Urk. 11/224) und ergänzte seine Einwandbegründung mit Eingabe vom 12. November 2018 (Urk. 11/226).

Mit Verfügung vom 7. Dezember 2018 hob die IV-Stelle die Rente – bei einem IV-Grad von 13 % –

auf Ende des nach Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 11/227 = Urk. 2).

2.

Dagegen erhob der Versicherte

am 17. Januar 2019 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 7. Dezember 2018 aufzuheben und ihm eine Dreiviertelrente auszurichten. Eventualiter beantragte er die Aufhebung der Verfügung und die Rückweisung der Angelegenheit zur Tätigung von weiteren medizinischen Abklärungen, insbesondere einer medizinischen Begutachtung, an die IV-Stelle unter weiterer Ausrichtung der bisherigen Rente während des Abklärungsverfahrens. In prozessualer Hinsicht beantragte der Versicherte die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen

Rechtsverteidigung (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 28. Januar 2019 reichte der Beschwerdeführer – aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 5) – das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ein (Urk. 6). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Februar 2019 (Urk. 10, unter Beilage ihrer Akten Urk. 11/1-240 und Urk. 12) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. Februar 2019 angezeigt wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

) mit Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und in der Person von Rechtsanwalt David Fischer ein unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt David Fischer, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Fischer -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 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
Der Gerichtsschreiber
Vogel
Kübler

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