

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00612 vom 8. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00612

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00612 du 8 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00612 del 8 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

8. Januar 2019 ersattet wurde (Urk. 10/222). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/227-236) setzte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. August 2019 die bisherige ganze Rente auf eine Viertelsrente herab (Urk. 10/241 = Urk. 2).

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). 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich 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 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. 1.4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Am 6. September 2019 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. August 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verurteilen, ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten (S. 2 Ziff. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2019 (Urk. 9) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 15. Oktober 2019 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung fest (Urk. 2), es sei seit 2013 zu einer klaren Verbesserung der gesundheitlichen Situation gekommen. Zwar bestehe weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer, hin gegen sei für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % zumutbar. Beim Einkommensvergleich könne nicht mehr vom zuletzt erzielten Lohn als Taxifahrer ausgegangen werden, da dieser schon zu lange zurückliege. Es seien bei beiden Einkommen statistische Löhne heranzuziehen. Die Beschwerde gegen die ermittelte gestützt darauf eine Invaliditätsgrad von 43 % (Verfügungsteil 2 S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen (Urk. 1), die B. ___ -Gutachter gingen zu Unrecht davon aus, dass seine Arbeitsfähigkeit ab März 2013 habe gesteigert werden können. Dies finde keine Grundlage in den Akten und könne so nicht nachvollzogen werden. Er habe vielmehr stets in einem 25%-Pensum als Taxichauffeur gearbeitet und dieses Pensum nie gesteigert, insbesondere nicht im März 2013 (S. 4). Nachdem auch die B. ___ -Gutachter

weiterhin keine Verbesserung des Gesundheitszustandes feststellen könnten und die degenerativen Befunde als zusätzliche Belastungsfaktoren nennen würden, müsse davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand, der ursprünglich zur Ausrichtung einer vollen Rente geführt habe, stabil geblieben sei und sich auch in Zukunft nicht mehr verbessern werde (S. 4 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Herabsetzung der bisherigen ganzen Rente auf eine Viertelsrente gerechtfertigt ist. 3. 3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 26. Januar 2010 (Urk. 10/98) lag im Wesentlichen der folgende medizinische Bericht zugrunde: 3.2

Die Ärzte der C. ___ erstatteten ihr rheumatologisches Gutachten am 30. September 2009 (Urk. 10/87) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 22 Ziff. 4): - chronifiziertes

lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit residual abge schwächter Oberflächensensibilität, nicht eindeutig dermatombezogen

sowie Hypothermästhesie im Segment L5 rechts, aufgehobener ASR mit/bei - Status nach mikrochirurgischer Diskektomie L5/S1 rechts und L4/5 links am 8. Februar 2007 - Schmerzchronifizierung mit biomechanischer Fehlbelastung, Facetten schmerz LWK4/5, LWK5/S1 rechtsbetont sowie Insertionstendopathie des Musculus

glutaeus am Trochanter major

- Status nach Claviculafraktur rechts 7. Juli 2007 und intramedullärer Osteosynthese mittels TEN am 18. Juli 2007 - funktioneller Schulterhochstand rechts

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer infolge jahrelanger, episodisch un spezifischer Rückenbeschwerden am 31. Dezember 2006 eine akute Schmerz exazerbation erlitten habe. Unter Nachweis eines lumbovertebrogenen, lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndrom rechts, die Wurzel S1 betreffend mit medio lateraler, nach kranial luxierter Diskushernie L5/S1 rechts und paramedianer nach kranial luxierter Diskushernie L4/5 links

sei bei Schmerzpersistenz am 8. Februar 2007 die mikrochirurgische Diskektomie L5/S1 rechts und L4/5 links erfolgt. Nach kurzzeitiger Verbesserung der Beschwerden hätten sich diese rechtsbetont erneut entwickelt. Seither seien die Beschwerden als erhebliche Schmerzen rechtsbetont persistierend (S. 22 f.). In der klinischen Untersuchung sei weiterhin eine deutliche Druckdolenz am Trochanter major im Bereich der Insertion des

glutaeus

medius am Trochanter auslösbar und entsprechend den geklagten Hüftschmerzen des Beschwerdeführers. Die zuletzt durchgeführten MRI-Kontrollen zeigten weiterhin die unveränderte Degeneration der lumbalen Segmente auf mehreren Ebenen nach operativer Versorgung der Segmente L4/5 und L5/S1. Im aktuell durchgeführten Knochenszintigramm finde sich keine Signalanhebung bei insgesamt unauffälligem Befund (S. 24).

Aus rheumatologischer Sicht könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit derzeit mit maximal 25 % eingestuft werden. Hierbei sei aus positiver Bewertung des Leistungsbildes eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zum häufigen Wechseln der Arbeitsposition sowie dauernder sehr leichter Belastung (bis 5 kg) sowie vereinzelt leichter Belastung (5-10 kg) realisierbar. Der zeitliche Rahmen entspreche derzeit 25 % einer Vollzeitstelle. Im negativen Leistungsbild seien statische Tätigkeiten, häufiges Heben und Bücken sowie Tragen ohne mechanische Hilfe von mehr als 10 kg vereinzelt sowie von mehr als 5 kg dauernd zu vermeiden. Weiterhin seien Temperaturschwankungen sowie Einwirken von Nässe, Kälte und Zugluft kontraproduktiv und ebenfalls zu vermeiden. Die Einschränkungen würden sich aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik bei vorhandenen degenerativen Veränderungen mit radiologischer Symptomatik begründen (S. 24 f.).

Die beschriebenen degenerativen Veränderungen sowie die resultierende Beschwerdesymptomatik seien durch eine medizinische Massnahme im Sinne einer multidisziplinären stationären Schmerztherapie einer Verbesserung zuführbar. Durch eine angepasste Behandlung sollte eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf mindestens 50 %, gegebenenfalls sogar höhere Steigerungsgrade realisierbar sein (S. 25). 4. 4.1

Die zwischenzeitlich ergangenen medizinischen Berichte, insbesondere das interdisziplinäre Gutachten vom 17. Juni 2016 (Urk. 10/167), wurden vom hiesigen Gericht als nicht genügend schlüssig beurteilt (vgl. E. 5.2-3), unter anderem, da die Frage einer Angewöhnung nicht beantwortet werden konnte. Auf eine erneute Wiedergabe kann deshalb verzichtet werden.

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. August 2019 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das nachfolgende Gutachten. 4.2

Die Ärzte der B. ___ erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 18. Januar 2019 (Urk. 10/222) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.2.1): - chronischer Kreuzbeinschmerz rechts mit einer sensiblen radikulären Ausstrahlung S1 entsprechend bei bekannten mehretägigen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen L3-S1 - Zustand nach mikrochirurgischer Diskektomie L4/5 links und L5/S1 rechts am 8.

Februar 2007 - Zustand nach mikrochirurgischer

Fenestration

und Diskektomie L4/L5 links am 4. Dezember 2012 - Schulterengpasssyndrom rechts (Impingement) - Zustand nach einer arthroskopischen Schulteroperation rechts mit Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Bizepssehnen-Tenodese und SAD vom Oktober 2017. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die Folgenden (S. 5 Ziff. 4.2.2): - Abnutzung am Kniegelenk beidseits innenseitig (Varusgonarthrose) - Zustand nach vorderer Kreuzband (VKB) Plastik rechts und Meniskus teilresektion zirka 1988 - Zustand nach VKB Plastik links zirka 1992 und Arthroskopie 2003 (Meniskus teilresektion und Teilrekonstruktion des vorderen Kreuzbandes) - aktuell Dezember 2018: keine relevante funktionelle Einschränkung oder Beschwerden - Zustand nach operativer Versorgung einer Schlüsselbeinfraktur rechts - folgenlos abgeheilt ohne Beschwerden. Sie führten aus, aus interdisziplinärer Sicht stehe der chronische Kreuzbein schmerz rechts mit einer sensiblen radikulären Ausstrahlung S1 entsprechend bei Zustand nach einem 2-maligen mikrochirurgischen Eingriff 2007 und 2012 an der LWS im Vordergrund. Erfreulicherweise sei es im Verlauf nach dem zweiten Eingriff ab März 2013 zu einer Stabilisierung der Symptomatik gekommen und die Leistungsfähigkeit habe gesteigert werden können. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe eine mässiggradige funktionelle Einschränkung. Hinweise auf periphere motorische Ausfälle bestünden nicht.

Zusammenfassend zeige sich gleichbleibend zur Verfügung 2010 und dem letzten Vorgutachten 2016 anhaltend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Taxifahrer. Erfreulicherweise habe jedoch eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einer leidens adaptierten Tätigkeit ab März 2013 durch eine Stabilisierung der Symptomatik im Bereich der Lendenwirbelsäule erzielt werden können (S. 4 f.).

Durch die degenerativ bedingten Beschwerden am Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Schulter rechts) bestehe eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit. Durch eine übermässige Beanspruchung in diesen Bereichen sei eine Verschlechterung der bestehenden Symptomatik zu erwarten. Nachvollziehbar sei deshalb der zuletzt ausgeübte Beruf als Taxifahrer nicht mehr zumutbar und in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Minderung der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfes und eines reduzierten Arbeitstempos (S. 5 Ziff. 4.3).

Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Taxifahrer, dies unverändert zur Verfügung von 2010 (S. 6 Ziff. 4.7, S. 20 Ziff. 8.1).

In einer ideal leidensangepassten Tätigkeit bestehe ab März 2013 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.8, S. 20 Ziff. 8.2).

Die reduzierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit erkläre sich aufgrund der chronischen Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit einer sensiblen radikulären Ausstrahlung in das rechte Bein. Daraus resultiere ein reduziertes Arbeitstempo und ein erhöhter Pausenbedarf. Die leichten Beschwerden an der Schulter rechts nach einer arthroskopischen Operation führten zu keiner über dieses Ausmass hinausgehenden Leistungsminde rung (S. 6 Ziff. 4.9).

Der orthopädische Gutachter führte in seinem Teilgutachten (Urk. 10/222/10-22) aus, aus orthopädischer Sicht bestehe eine mässige Einschränkung der körperlichen

Leistungsfähigkeit. Im Vordergrund stehe der chronische Kreuzbein schmerz rechts nach einer zwei maligen Bandscheibenoperation L4-S1 und der bekannten deutlichen degenerativen Veränderungen. Die Ausstrahlung entspreche am ehesten einem sensiblen radikulären

Reizsyndrom S 1 ohne Hinweis auf motorische Ausfälle (S. 18 Ziff. 6.1).

Aktuell zeige sich eine sensible, chronische- radikuläre Symptomatik ohne Hinweis auf motorische Ausfälle (S. 19 Ziff. 7.1).

Die zwei malig durchgeführte Bandscheibenoperation an der Lendenwirbelsäule sei anhand der Aktenlage aufgrund einer therapieresistenten radikulären Symptomatik erfolgt. Postoperativ zeige sich nun noch ein anhaltender Schmerz der Lendenwirbelsäule mit einer sensiblen radikulären Ausstrahlung in das rechte Bein ohne motorische Ausfälle. Im Verlauf sei es nun zu einer Zunahme der bekannten, degenerativen, mehretägigen Veränderungen gekommen. Zum jetzigen Zeitpunkt sollte eine Fortführung der konservativen Therapie und Intensivierung dieser erfolgen. Es bestehe derzeit keine Indikation für einen weiteren operativen Eingriff (S.

19 f. Ziff. 7.2) . Neu hinzugekommen sei eine weitere Bandscheibenoperation L4/5 2012 und auch ein arthroskopischer Eingriff an der Schulter rechts im Oktober 2011.

Erfreulicherweise habe sich im Verlauf ab März 2013 eine Verbesserung der Symptomatik im Bereich der Lendenwirbelsäule gezeigt und es sei zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf 60 % (40% ige Arbeitsunfähigkeit) gekommen (S. 21 Ziff. 8.4).

Der neurologische Gutachter führte in seinem Teilgutachten (Urk. 10/222/23-34) aus, im November 2011 habe

der Beschwerdeführer wieder verstärkte Rücken schmerzen mit Ausstrahlung in die Beine an gegeben . Bei Nachweis eines Rezidiv-Sequesters LWK4/5 links mit Wurzel-Kompromittierung

sei

am 4. Dezember 2012 eine mikrochirurgische Fenestration und Diskektomie LWK4/5 links erfolgt . In den Folgeberichten werde erstmals eine nachhaltige Besserung festgestellt mit nur minimalen Restbeschwerden sowie rückläufigen sensomotorischen Störungen (Bericht D.____ vom 7. März 2013). Auch durch Dr. E.____ werde im Bericht vom 1. April 2015 festgehalten, dass es seit der Operation 2012 besser sei bei verbliebenen Rückenschmerzen und Taubheitsgefühle n am rechten Fuss. Der Beschwerdeführer traue sich nun wieder seine Tätigkeit als Taxichauffeur als Springer mit 10-20 % Pensum zu (S. 29 zweitoberster Abschnitt).

Im Rahmen der Revision sei

ein bidisziplinäres orthopädisch-neurologisches Gutachten erstellt worden . Der damalige neurologische Untersuchungsbefund entspreche dabei dem aktuell erhobenen. Es habe sich wieder eine Sensibilitätsstörung S1 rechts gefunden, jedoch nicht mehr in Dermatome L5 rechts. Lähmungserscheinungen seien nicht festzustellen gewesen, jedoch wieder der bekannte Reflexverlust der Fuss reflexe rechts bei weitgehend unauffälligen Nervendehnungszeichen nach Las è gu e und einem nur gering eingeschränkten Finger-Boden-Abstand. Verwiesen werde auch auf die bildmorphologische Untersuchung

mit MRI der LWS im Verlauf, wo bei die MRI-Untersuchung der LWS vom 7. April 2015 bildmorphologisch keine relevanten Veränderungen im Verlauf habe zeigen können (S. 29 dritt ober ster Abschnitt).

Fasse man den Verlauf zusammen, so ergebe sich retrospektiv bei einem bildmorphologisch stationären Befund in den MRI der LWS ab dem Zeitpunkt der zweiten LWS Operation am 4. Dezember 2012 eine Befundkonstanz. Hinsichtlich der neurologischen Funktionen sei im Zeitverlauf eine sehr langsame Adaptierung an die LWS-Degeneration und somit auch der neurologischen Auswirkungen aufge treten. Es sei nach der ersten Operation an der LWS am 8. Februar 2007 zu einer sehr langsamen Stabilisierung bis etwa Jahresende 2009 gekommen. Diese habe allerdings noch keinen dauerhaften Bestand gehabt, denn es sei zu einer erne uten Exazerbation mit einer Disk ushernie LWK4/5 links gekommen, die am 4. Dezem ber 2012 eine nochmalige operative Intervention nötig gemacht habe. Danach sei es aber zu einer raschen Stabilisierung, beginnend ab März 2013 mit weiteren Stabilisierung bis Jahresende 2013 gekommen, sodass sich der Versicherte auch wieder eine teilweise Tätigkeit als Taxifahrer zugetraut habe. Dies sei aber doch wieder überfordernd gewesen und habe zu einer funktionellen Lumboischialgie -Verschlechterung rechts ohne Zunahme der LWS-Degeneration geführt. Insofern könne nicht davon ausgegangen werden, dass für den Beruf eines Taxifahrers eine Adaptierung eingetreten sei. Es bestehe nach wie vor, dies seit 2010 und auch seit dem Gutachten der F. ___ vom 17. Juni 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % in dieser Tätigkeit (S. 29 f.).

Allerdings sei retrospektiv zumindest eine Besserung und Adaptation an die funktionelle Auswirkung der Lumboischialgie für adap tierte Tätigkeiten aufgetreten, wobei für eine adaptierte Tätigkeit die aufgeführten qualitativen Leistungseinschränkungen zu berücksichtigen seien. Die Teilbesse rung-/ stabilisierung lasse sich retrospektiv ab März 2013 mit weiterer Stabi li sierung bis Jahresbeginn 2014 erkennen. Die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 25 % für adaptierte Tätigkeiten im massgeblichen Vorgutachten, die unter dem Eindruck eines damals - im Vergleich zu jetzt - noch ungünstigeren Gesund heits zustandes, entstanden sei, erscheine jetzt nicht mehr bestätigbar . Die genaue Beur teilung obliege hier jedoch dem Orthopäden . Durch Besserung/Adaptierung an das Leiden sei jedoch die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit angestiegen. Unter Berücksichtigung ausschliesslich des neurologischen Fachgebietes wäre allenfalls eine Leistungseinbusse von 20 % vorzuschlagen, was aber nur medizin-theoretisch sei. Es liege also nicht eine Andersbeurteilung des gleichen Sachver haltes vor, sondern die Erkenntnis einer Adaptation an das Leiden b eziehungs weise auch einer Besserung des Leidens (S. 30 oben).

Im Vergleich zur letzten, aufgehobenen Rentenverfügung vom 25. Juli 2017 be stehe keine Änderung auf neurologischem Gebiet. Im Vergleich zur letzten gül tigen Verfügung davor vom 26. Januar 2010 bestehe eine Änderung dahingeh end, dass mittlerweile eine nochmalige Diskushernienoperation LWK4/5 links am 4. Dezember 2012 erfolgt sei mit einer langsamen Besserung und Adaptierung an die LWS-Degeneration ab etwa März 2013. Neurologisch bestünden keine Läh mungen mehr, sondern nur noch eine funktionell nicht bedeutende und auch nicht mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom verbundene Sensibilitäts stö rung S1 rechts sowie vermeidbare, belastungsabhängige radikuläre Schmerzen S1 rechts (S. 33 Ziff. 8.4).

Eine Adaptierung an die Folgen der LWS-Degeneration hinsichtlich adaptierter Tätigkeiten sei seit frühestens März 2013 bis spätestens ab Versuch der Wieder aufnahme der Tätigkeit

als Taxi-Chauffeur im Teilzeitpensum ab 1. Februar 2014 eingetreten. Hinsichtlich der angestammten Tätigkeit sei leider keine Adaptierung eingetreten, belegt durch den Verlauf der Tätigkeit als Taxichauffeur (S. 33 Mitte). 5. 5.1

Der Vergleich der seinerzeit durch die Ärzte der C.____ (vorstehend E.

3.2) beschriebenen Befundaufnahme mit den Ergebnissen der Untersuchung durch die Ärzte der B.____ (vgl. vorstehend E. 4.2) ergibt, dass die erhobenen Befunde weitestgehend unverändert sind. So geht aus dem Gutachten der Ärzte der B.____ unter anderem hervor, dass nach wie vor der chronische Kreuzbeinschmerz rechts mit einer sensiblen radikulären Ausstrahlung S1 im Vordergrund stehe und

die bildmorphologische Untersuchung mit MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) im Verlauf keine relevanten Veränderungen zeigen können. Demzufolge ist von einem grundsätzlich unveränderten somatischen Gesundheitszustand auszugehen. 5.2

Eine Rentenrevision ist allerdings auch bei einem an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustand möglich, wenn die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung begründet wird (Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 3. Auflage, Zürich/ Basel/Genf

2014, S. 424 Rz 22; Urteile des Bundesgerichts 8C_237/2014 vom 21. Januar 2015 E. 2.3 und 8C_373/2012 vom 25. Oktober 2012 E. 5.1).

Die Ärzte der B.____ begründeten die von ihnen attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit dementsprechend damit, dass es nach dem zweiten operativen Eingriff ab März 2013 zu einer Stabilisierung der Symptomatik gekommen sei und die Leistungsfähigkeit durch Adaptierung an die LWS-Degeneration gesteigert werden könne (S. 29 f.). So sei eine Besserung und Anpassung an die funktionelle Auswirkung der Lumboischialgie für adaptierte Tätigkeiten aufgetreten (S. 30). Neurologisch bestünden keine Lähmungen mehr, sondern noch eine funktionell nicht bedeutende und auch nicht mit einem neuropathischen Schmerzsyndrom verbundene Sensibilitätsstörung S1 rechts, sowie vermeidbare, belastungsabhängige radikuläre Schmerzen S1 rechts (S. 33 Ziff. 8.4).

Die durch die Ärzte der B.____ vorgenommene Einschätzung einer verbesserten Leidensanpassung bis Ende 2013 wird durch das Wiederaufnehmen der teilweisen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Taxifahrer im Jahre 2014 plausibilisiert (vgl. Urk. 10/222 S. 23 Ziff. 3.1, S. 24 Ziff. 3.2.1, S. 32 Ziff. 8.1). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer in seiner ursprünglichen Tätigkeit wieder in einem kleinen Teilzeitpensum tätig sein wollte und konnte, lässt erkennen, dass sich der Beschwerdeführer an die Behinderung angepasst hat, obwohl ihm in seiner ursprünglichen Tätigkeit doch übereinstimmend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wird.

Dass die Wiederaufnahme der ursprünglichen Tätigkeit denn schliesslich zu einer funktionellen Lumboischialgie-Verschlechterung rechts geführt hat, bestätigt die Einschätzung der Ärzte der B.____, dass eine Adaptierung nicht für den Beruf eines Taxifahrers eingetreten sei, sondern lediglich für angepasste Tätigkeiten gemäss beschriebenen Profil (S. 29 f., S. 33 Mitte). Die weiterhin reduzierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in leidensangepassten Tätigkeiten wird von den Ärzten der B.____ sodann aufgrund der chronischen Schmerzen im Bereich der LWS mit einer sensiblen radikulären

Ausstrahlung in das rechte Bein begründet, wodurch ein reduziertes Arbeitstempo und ein erhöhter Pausenbedarf resultieren (S. 6 Ziff. 4.9).

Nach dem Gesagten ist die Beurteilung durch die Ärzte der B.____

einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Das Gutachten beruht auf für die strittigen Belange umfassenden orthopädischen und neurologischen Untersuchungen sowie einer ausführlichen Anamnese und es bestehen keine Indizien, die gegen seine Aussagekraft sprechen würden. Das Gutachten erfüllt somit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. Es ist daher mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine verbesserte Leidensanpassung vorliegt und der Beschwerdeführer demnach in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab März 2013 zu 60% arbeitsfähig ist. Im Übrigen gingen bereits die Ärzte der C.____ 2009 davon aus, dass eine Steigerung für leichte Tätigkeiten auf mindestens 50%, gegebenenfalls sogar höher, realisierbar sei (vgl. vorstehend E. 3.2). Dies wurde durch die B.____-Gutachter bestätigt. 5.3

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer verbesserten Leidensanpassung und somit von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit

seit März 2013 auszugehen ist, weshalb Anlass für eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG besteht. In der bisherigen Tätigkeit ist der Beschwerdeführer weiterhin als zu 100% arbeitsunfähig zu betrachten.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erübrigten sich deshalb weitere Abklärungen zur Arbeitstätigkeit als Taxifahrer, kann doch keine höhere Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit als die attestierte resultieren. 5.4

Der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 1) ist nicht zu beanstanden und wird des Weiteren vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. Somit ergibt sich unter Berücksichtigung der ausgewiesenen 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein Viertel der

begründender Invaliditätsgrad von 43%, weshalb die Rentenherabsetzung grundsätzlich zu Recht erfolgte. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art.

E. 6.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszus schöpfen und erwerblich zu verwerten.

Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1).

E. 6.2

Dem Beschwerdeführer wurde 2010 rückwirkend per 1. Januar 2008 eine Rente zugesprochen. Die Rente wurde am 25. Juli 2017 eingestellt. Die entsprechende Verfügung wurde vom hiesigen Gericht aufgehoben. Wird - wie vorliegend - mangels hinreichenden Nachweises der Revisionsvoraussetzungen die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung als Ergebnis eines ersten Verfahrens an die Verwaltung zurückgewiesen, erstreckt sich der massgebliche Prüfungszeitpunkt in einem zweiten Rechtsmittelverfahren bis zum Erlass der neuen Rentenverfügung (vgl. Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/

Basel/ Genf 2014, N 48 zu Art. 30-31 IVG). Massgeblicher Prüfungszeitpunkt ist demnach vorliegend der Verfügungserlass vom 19. August 2019. Damals war der am 1. Oktober 1963 geborene Beschwerdeführer 55 Jahre alt. Damit fällt er unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis .

Um Eingliederungsmassnahmen durchführen zu können, muss eine Eingliederungsfähigkeit bestehen, es braucht demnach die objektive Möglichkeit und die subjektive Bereitschaft der versicherten Person, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden. Vorausgesetzt ist immer der Eingliederungswille der versicherten Person, das heisst ihre Bereitschaft und das entsprechende Verhalten, arbeiten zu wollen

(Meyer/ Reichmuth , a.a.O., N 5 und 8 zu Art. 18 IVG).

Nach der Rechtsprechung ist nur dann von fehlendem Eingliederungswillen bzw. fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit auszugehen, wenn er mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren

und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E.

4.2).

Es wurden weder im Verwaltungsverfahren noch im Rechtsmittelverfahren Eingliederungsmassnahmen

beantragt. Die Beschwerdegegnerin hat aus diesen Gründen zu Recht keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt. Die Renten aufhebung ist auch unter diesem Gesichtspunkt rechtens.

Damit ist die angefochtene Verfügung auch unter diesem Gesichtspunkt rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr.

E. 8

00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Raffaella Biaggi, Basel, wird mit Fr. 1'800.-- (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: - Rechtsanwältin Raffaella Biaggi - 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 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 Mosimann Schüpbach

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