

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00049 vom 18. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00049

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00049 du 18 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00049 del 18 marzo 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 D. ____, geboren 1965, reiste im Jahr 1988 in die Schweiz ein (Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung vom 17. April 1998, Urk. 10/111 Ziff. 4.1) und arbeitete seit dem 9. Januar 1997 als Chauffeur Kategorie B bei der A. ____. Am 20. April 1997 erlitt er einen Unfall, als er auf der Autobahn A1 bei F. ____, als Lenker eines Personenwagens mit einem umgekippten, auf der Fahrbahn liegenden Personenwagen kollidierte (Unfallmeldung vom 21. April 1997 [Urk. 9/149/1] und Bericht des Versicherten vom 12. Juni 1997 [Urk. 9/149/5]).

Die behandelnden Ärzte des Kantonsspitals B. ____, C. ____, diagnostizierten eine Unterschenkel-Spiral-Mehrfragmentfraktur links mit Pilonfraktur (AO 42-C.3 und 43-C.1), eine offene Bursa praepatellaris links, eine erstgradig offene Ulnafraktur links, eine Mandibulahals-Luxationsfraktur rechts, eine Commotio cerebri, eine nicht dislozierte Schädelkalottenfraktur parietal rechts, eine Kieferknochenfraktur links und eine Unterkieferfraktur median frontal (Berichte des Kantonsspitals B. ____, C. ____, vom 23. und 26. Juni 1997 [Urk. 9/149/7 und Urk. 9/149/10] sowie von Dr. med. dent. E. ____ vom 15. Juli 1997 [Urk. 9/149/12]). Im Rahmen der Erstversorgung wurden ein externer Fixateur am Unterschenkel links angebracht und eine Bursektomie praepatellaris links sowie eine Ulnaplatten-Osteosynthese mit 9-Loch DCO 3,5 mm und Zugschraube durchgeführt. Simultan nahm der Kieferchirurg eine intermaxilläre Fixation vor. Am 6. Mai 1997 erfolgte die definitive Osteosynthese am Unterschenkel links (Operationsbericht vom 6. Mai 1997 [Urk. 9/149/4] sowie Bericht vom 23. Juni 1997 [Urk. 9/149/7]).

Der Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), richtete die gesetzlichen Leistungen aus (Heilbehandlung und Taggeld). Mit Verfügung vom 15. Juni 1998 eröffnete sie dem Versicherten, aufgrund der Beurteilung von Kreisarzt Dr. med. H. ____, bestehe ab 8. Juni 1998 wieder eine 50%ige sowie ab 6. Juli 1998 eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/149/54). Dies bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 3. November 1998 (Urk. 9/149/77). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 28. März 2001 (Urk. 9/119) ab.

Am 17. April 1998 hatte sich D. ____ bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet und um Gewährung beruflicher Eingliederungsmassnahmen ersucht (Urk. 10/111 Ziff. 7.8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog vorab die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 9/149/1-251) und holte verschiedene ärztliche Berichte ein (Urk. 9/15-27). Mit Verfügung vom 18. Juni 1999 (Urk. 9/1) wies sie den Anspruch auf berufliche Massnahmen ab mit der Begründung, die

angestammte Tätigkeit als Chauffeur sei wieder zu 100 % zumutbar. Mit Verfügung vom 9. August 1999 (Urk. 9/6) sprach sie dem Versicherten für den Zeitraum vom 1. April bis 31. Juli 1998 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine befristete ganze Rente der Invalidenversicherung samt Zusatzrenten für die Ehefrau sowie die Kinder zu.

Die Rentenverfügung hob das hiesige Gericht auf Beschwerde hin mit Urteil vom 30. Mai 2001 (Urk. 9/118) auf unter der Feststellung, dass der Versicherte bis zum 30. September 1998 Anspruch auf eine ganze Rente, für den Monat Oktober 1998 Anspruch auf eine halbe und ab November 1998 wiederum Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Die Sache wurde sodann an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit diese über den Anspruch auf berufliche Massnahmen und weitergehende Rentenansprüche ab August 1999 (Ende des Beurteilungszeitraums in jenem Verfahren) befunde unter dem Hinweis, dass sich der Gesundheitszustand ab 5. März 2000 verbessert habe.

1.3.1.1

1.3.1.1.1 Bereits am 12. Februar 2001 (Urk. 10/24) hatte die IV-Stelle D.____ berufliche Massnahmen im Sinne eines 6-monatigen Arbeitstrainings im Bereich Montage/Allrounder bei der I.____ vom 1. März bis 31. August 2001 zugesprochen. Mit Verfügung vom 3. Oktober 2001 hielt sie nach diversen Gesprächen (vgl. Verlaufsprotokoll der Berufsberatung vom 8. Februar 2001, Urk. 10/22/3) fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass eine Fortsetzung der beruflichen Massnahmen keine Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten mehr bringen könne (Urk. 10/22/1). Mit Verfügungen vom 18. Januar 2002 (Urk. 10/18-20) sprach die IV-Stelle dem Versicherten die folgendermassen befristeten Renten zu: vom 1. August bis 30. September 1998 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente, vom 1. bis 31. Oktober 1998 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente und vom 1. November 1998 bis 31. Juli 1999 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente.

1.3.1.1.2 Für die Abklärung der Ansprüche über dieses Datum hinaus zog die IV-Stelle neue, zu Händen der SUVA erstellte ärztliche Berichte bei (Austrittsbericht der Rehaklinik J.____ vom 30. April 2003 [Urk. 10/33] und Bericht von Dr. med. Dipl.-Psych. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Mai 2002 [Urk. 10/34]). Sodann liess die IV-Stelle das Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) am Kantonsspital L.____ vom 12. Mai 2003 (Urk. 10/32) erstellen und holte ergänzende Berichte bei Prof. Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vom 5. September 2003 (Urk. 10/32), von Dr. K.____ vom 11. März 2004 und 8. November 2004 (Urk. 10/29-30) sowie von lic. phil. N.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 11. Juni 2005 (Urk. 10/28) ein.

1.3.1.1.3 Mit Verfügung vom 6. Juli 2005 (Urk. 10/12) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 16 % ab. Die dagegen erhobene Einsprache vom 1. September 2005 (Urk. 10/7) und 10. November 2005 (unter Beilage eines Berichts des Dr. K.____ vom 2. November 2005, Urk. 10/4-5) wurde mit Entscheid vom 16. Dezember 2005 (Urk. 2) abgewiesen.

2.1.1.1.1 Hiergegen erhob D.____ durch Rechtsanwalt Robert Baumann am 16. Januar 2006 Beschwerde mit dem folgenden Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

"1. Der Einsprache-Entscheid der SVA Zürich, IV-Stelle, vom 16. Dezember 2005 (sowie die Verfügung vom 6. Juli 2005) sei aufzuheben.

E. 2

/

E. 3

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung aller möglicher 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 gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 Erw. 1, 104 V 136 Erw. 2a und b, AHI 2000 S. 309 Erw. 1a in fine mit Hinweisen).

Nach Art. 41 IVG sind laufende Renten für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen).

Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen 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, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfägung respektive des Einspracheentscheides (BGE 130 V 77 Erw. 3.2.3, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 6. November 2006, I 465/05, Erw. 5.4). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a).

2.5. 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 Erw. 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 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3. Für die ursprüngliche Rentenzusprache (ganze Rente ab 1. April 1998, Verfägung vom 9. August 1999, Urk. 9/6) stützte sich die Beschwerdegegnerin unter anderem auf den Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, vom 5. Juni 1998 (Urk. 9/149/50). Dieser schilderte vorweg die anlässlich des Unfalls zugezogenen Verletzungen (Unterschenkelspiral-Mehrfragmentfraktur links mit Pilon-Fraktur und einer offenen Bursa praepatellaris links sowie einer erstgradig offenen Ulnafraktur links, eine Mandibula-Halsluxationsfraktur rechts sowie eine Comotio cerebri und eine nicht dislozierte Schädelkalottenfraktur parietal rechts). Er schilderte die Ulnaplattenosteosynthese vom 20. April 1997 (am Unfalltag) und die am 6. Mai 1997 erfolgte Tibia- und Fibulaplattenosteosynthese. Weiterhin sei eine Bursektomie praepatellar links erfolgt und eine Mandibula-Halsluxationsfraktur vom Zahnarzt intermaxillär fixiert worden.

Dr. H. ____ führte aus, anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer vor allem noch über Beschwerden im Bereiche seines rechten Unterschenkels und über eine Einschränkung der Beweglichkeit im linken oberen

Sprunggelenk sowie eine verminderte Dorsalextension der Zehen links geklagt. Von Seiten der Ulnafraktur sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei, ebenso gebe er keine Beschwerden von Seiten der Mandibulafraktur an. Der Beschwerdeführer gehe noch mit einem leichten Schonhinken links wegen einer verminderten Beweglichkeit im linken oberen Sprunggelenk und einer Einschränkung der Dorsalextension der Zehen links, bedingt durch eine direkte Schädigung der Sehnen und der Muskulatur. Neurologische Abklärungen hätten keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Nervenläsion ergeben.

Dr. H. ___ hielt fest, dass dem Beschwerdeführer mit dem erhobenen Befund ohne weiteres als Chauffeur Kategorie B eine 50%ige Arbeitstätigkeit zuzumuten sei, wenn er keine schwersten Gegenstände ein- und ausladen müsse. In einem Monat dürfte dann wieder die volle Arbeitstätigkeit erlangt sein. Ende des Jahres sei die Entfernung des Osteosynthesematerials am linken Unterschenkel vorgesehen. Eventuell könnte es dabei zu einer Verbesserung der Beweglichkeit der Zehen kommen.

Das hiesige Gericht stellte in seinem Urteil vom 30. Mai 2001 (Urk. 9/118) - nach den von Dr. H. ___ festgestellten Verbesserungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitstätigkeit infolge der Abheilung der Verletzungen per Juni bzw. Juli 1998 - eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im November 1998 (wegen der Entfernung des Osteosynthesematerials) fest und stützte sich dabei unter anderem auf den Abschlussbericht von SUVA-Kreisarzt Dr. H. ___ vom 23. Februar 2000 (Urk. 9/149/79).

Dieser verwies auf die vollumfängliche Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers und schilderte die am 5. November 1998 erfolgte Entfernung des Osteosynthesematerials an der Ulna links sowie an der Tibia und Fibula links. Von Seiten der Vorderarmfraktur sei der Beschwerdeführer beschwerdefrei. Bei der letzten kreisärztlichen Untersuchung sei eine Überwärmung am linken Unterschenkel festgestellt und der Beschwerdeführer nach J. ___ überwiesen worden. Dort seien eine Skelettszintigraphie sowie eine Leukozytenszintigraphie durchgeführt worden, die einen Verdacht auf eine Osteomyelitis gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei deshalb ans Spital P. ___ überwiesen worden, wo auch ein MRI des linken Unterschenkels durchgeführt worden sei. Anhand dieser Aufnahme habe ebenfalls ein Verdacht auf eine chronische Osteomyelitis bestanden, obwohl die Anamnese und die Röntgenbilder nicht ganz dazu gepasst hätten. Man habe sich dann aber doch zu einer Knochenbiopsie an der distalen lateralen Tibia links entschlossen. Das Resultat der Histologie habe jedoch keinen klaren Anhaltspunkt für eine Osteomyelitis oder einen anderen floriden bakteriellen Infekt gezeigt.

Dr. H. ___ berichtete über aktuell reizlose Verhältnisse am linken Unterschenkel, wobei der Beschwerdeführer über diverse Operationsnarben am linken Unterschenkel medial und über eine Hyperpathie geklagt habe. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sei links gegenüber rechts etwas eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe sich ein pathologisches Gangmuster angewöhnt und benütze weiterhin den Amerikanerstock, obwohl das klinisch absolut unnötig sei. Er führe denn auch einen sicheren spontanen Einbeinstand links und rechts aus. Es sei wichtig, dass er so schnell wie möglich wieder in den Arbeitsprozess integriert werde, wobei er seine Stelle nicht mehr habe. Ein Einsatz des Beschwerdeführers als Lastwagen- bzw. Lieferwagenfahrer mit Auslieferungen von Stückgut sei sicher nicht das Ideale. Er könne jedoch jede vorwiegend sitzende Tätigkeit ausführen mit gelegentlichem

Gehen und Stehen und ohne das Tragen von Lasten über 15 kg. Dabei könne er sowohl administrative als auch handwerkliche Arbeiten ausführen. Dr. H. ___ attestierte zusammenfassend eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit für derartige Tätigkeiten ab dem 6. März 2000.

E. 5.1

5.1.1.1 Zum aktuellen Gesundheitszustand holte die Beschwerdegegnerin vorweg eine Expertise bei der MEDAS L. ___ ein. In diesem polydisziplinären Gutachten vom 12. Mai 2003 diagnostizierte der Rheumatologe Dr. Q. ___ (vgl. Urk. 10/32 S. 17 f.) einen posttraumatischen Schmerzzustand am linken Unterschenkel/Fuss (ICD 10: T93.2) bei Status nach Pilon-Tibialfraktur 04/97, Status nach Osteosynthese und Osteosynthesematerialentfernung, Status nach bioptischem Ausschluss einer Osteomyelitis, Status nach Neurolyse eines posttraumatischen Tarsaltunnelsyndroms 10/02 sowie bei Verdacht auf Symptomausweitung und Chronifizierung bei psychosozialer Problemkonstellation.

Der Facharzt verwies auf bestehende posttraumatische Weichteilveränderungen sowie das operativ behandelte Tarsaltunnelsyndrom, welche einen Teil der funktionell persistierenden Limitierungen erklärten könnten. Gemäss Operationsbericht des Prof. M. ___ sei der kalkaneare Nervenast intraoperativ beschädigt worden, wodurch die vom Beschwerdeführer beklagte Gefühlsänderung im Fersenbereich nachvollziehbar erscheine. Ebenso nachvollziehbar erscheine die postoperative Verbesserung der Gefühlsstörungen im Vorfussbereich. Aus rheumatologischer Sicht schienen im aktuellen Beschwerdekomplesstenteils posttraumatisch neurogene Symptome respektive Restbeschwerden nach dem zuletzt stattgehabten Eingriff im Vordergrund zu stehen. Er ersah das arbeitsmedizinisch relevante Problem in einer verminderten Belastbarkeit der unteren Extremität für Tätigkeiten mit Notwendigkeit zum längeren Gehen oder Stehen, insbesondere für einen Einsatz in unebenem Gelände oder beim Treppensteigen.

5.1.2.1 Der Psychiater Dr. X. ___ diagnostizierte (vgl. Urk. 10/32 S. 19 f.) eine depressive Störung, gegenwärtig leichten Grades, vorwiegend reaktiv bedingt (ICD-10 F32.00). Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit qualifizierte er Schwierigkeiten verbunden mit Problemen bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73: persistierende Unfallfolgen, Belastungen im familiären Umfeld, langdauernde Arbeitskarenz, begrenzte sprachliche Integration).

Er schilderte im Anschluss an das Unfallgeschehen aufgetretene depressive Beschwerden von eher atypischer Ausprägung, vorwiegend gekennzeichnet durch Grübeltendenz, Schlafstörungen, Frustrationsgefühle und innere Anspannung. Er verneinte indes das Vorliegen eindeutiger Kriterien und Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung wie z.B. eine ausgeprägte Übererregbarkeit und Schreckhaftigkeit, Intrusionen und spezifisches Vermeidungsverhalten. Diese Symptome hätten sich auch in der aktuellen Untersuchung nicht eruieren lassen. Aktuell bestehe ein eher atypisch sich manifestierendes depressives Symptom.

Dr. X. ___ verneinte das Vorliegen einer Depression schweren Ausmasses und führte aus, möglicherweise könne dies durch den fluktuierenden Verlauf der depressiven Störung erklärt werden, zumal die depressive Störung inzwischen behandelt sei, obschon mit einer sehr geringen Dosierung. Zusätzlich zur

leichten depressiven Störung schilderte Dr. R. ___ weitere Belastungsmomente, die nicht eine psychische Erkrankung im engeren Sinne darstellten, sondern invaliditätsfremder Natur seien (zwei behinderte Töchter, jahrelange Arbeitskarenz mit konsekutivem Gefühl von Leere und Untätigkeit und entsprechender Dekonditionierung, subjektive Krankheitsüberzeugung, Gräbel tendenz, gedankliche Fixierung auf die Schmerzsymptomatik).

Der Experte erachtete die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein psychiatrischer Sicht gegenwärtig für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit aufgrund des leichten depressiven Syndroms, insbesondere aufgrund von Müdigkeit durch Schlafstörungen, innerer Anspannung und Gräbel tendenz, als um rund 25 % beeinträchtigt.

5.1.3 Die Neurologin Dr. S. ___ diagnostizierte (vgl. Urk. 10/32 S. 21 f.) einen Status nach Verkehrsunfall mit Polytrauma unter anderem mit operativ versorgter Unterschenkel-Spiralmehrfragmentfraktur links, nicht-dislozierter Schädelkalottenfraktur parietal rechts und leichter traumatischer Hirnverletzung (Comotio cerebri). Konsekutiv erwähnte sie ein posttraumatisches Tarsaltunnelsyndrom links mit Neurolyse des Nervus tibialis links und des Nervus plantaris medialis und lateralis links am 4. September 2002, ein persistierendes sensomotorisches Ausfallsyndrom im Versorgungsgebiet des distalen Nervus tibialis links, neuropsychologische Funktionsstörungen (nicht quantifiziert, differentialdiagnostisch mitbedingt durch ein depressives Syndrom bzw. ein chronisches Schmerzsyndrom). Weiter verwies sie auf einen Verdacht auf Kombinationskopfschmerzen mit Spannungstypkopfschmerzen und Analgetika-Kopfschmerzen.

Dr. S. ___ führte aus, das klinische Bild entspreche einem proximalen und distalen Tarsaltunnelsyndrom. Aufgrund der Anamnese (Krallenzehen) und dem Operationsbericht vom 4. September 2002, in dem eine Verletzung des Nervus tibialis nach distal beschrieben sei, sei von einer dauerhaften Schädigung mit bleibendem sensomotorischem Ausfall auszugehen. Weiter leide der Beschwerdeführer an chronischen Kopfschmerzen und an neuropsychologischen Funktionsstörungen (Konzentrations- und Gedächtnisstörungen). Diese seien unspezifisch und könnten als eine Folge der leichten traumatischen Hirnverletzung, eines zu vermutenden depressiven Syndroms oder auch im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms zu erklären sein. Sie empfahl eine neuropsychologische Testung.

Die Expertin erachtete den Beschwerdeführer aktuell und retrospektiv aufgrund der belastungsabhängigen Schmerzen infolge des Tarsaltunnelsyndroms links als zu 100 % arbeitsunfähig für Tätigkeiten mit Achsenbelastung.

5.1.4 In ihrer Gesamtbeurteilung hielten die MEDAS-Ärzte fest (vgl. Urk. 10/32 S. 30 f.), gesamthaft könne davon ausgegangen werden, dass bezüglich den beim Unfall erlittenen Frakturen ein guter Heilungsverlauf vorliege, wobei es zu verschiedenen Verzögerungen gekommen sei (unter anderem Abklärungen bezüglich Algodystrophie und Osteomyelitis und damit zusammenhängende langwierige Rechtsverfahren, welche die Reintegration in den Arbeitsprozess, der aufgrund des somatischen Verlaufs durchaus früher denkbar erscheine, erschwert und verzögert habe). Trotzdem sei der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchungen von Seiten der somatischen Befunde wenig - und vor allem qualitativ - eingeschränkt. Die

Schmerzangaben bezögen sich vorwiegend auf einen kleinen Bereich im Gebiet der Operation am linken Unterschenkel/Sprunggelenk. Die vor wenigen Monaten durchgeföhrte Dekompressionsoperation habe zwar eine gewisse Minimierung der Schmerzen mit sich gebracht, er klage aber mehr öber die damit einhergehende Sensibilitötsverminderung an der Ferse.

Weit im Vordergrund schein eine Krönkung betreffend die Verurteilung wegen Kröperverletzung, die der Beschwerdeföhrer nicht nachvollziehen könne und die er in der Anamnese stark in den Vordergrund gestellt habe. Dieses Unverstöndnis und eine mögliche damit verbundene Krönkung habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsföähigkeit. Sodann verneinten die örzte das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstöörung mangels entsprechender Symptome (wie z.B. eine ausgeprögte öbererregbarkeit und Schreckhaftigkeit, Intrusionen und spezifisches Vermeidungsverhalten). Bei der aktuellen Untersuchung habe ein eher atypisch sich manifestierendes depressives Symptom bestanden, mit Gröbeltendenz, Schlafstöörungen und beklagter innerer Anspannung, bei objektiv nur geringen affektiven Beeintröchtigungen. Anhand des erhobenen psychopathologischen Befundes verneinten die Gutachter sodann das Vorliegen einer chronifizierten Depression schweren Ausmassen sowie eine hochgradig eingeschrökte Arbeitsföähigkeit und verwiesen auf die behandelte depressive Stöörung.

Betreffend die neurologische Situation erwöhten die örzte, dass mindestens seit November 1997 eine als posttraumatisch anzusehende Tarsaltunnelsymptomatik links vorliege. Die klinischen Zeichen seien wiederholt in Vorberichten festgehalten worden. Eine empfohlene Sanierung sei inzwischen erfolgt. Der Beschwerdeföhrer selber berichte durchaus öber eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik, klage nun allerdings öber eine Hypösthesie am linken Fuss, die klinisch dem Versorgungsgebiet des distalen Nervus tibialis links entspreche und eine zusötzliche motorische Komponente habe, die klinisch als eine Parese der kleinen Fusssohlenmuskeln Dig. II und III links mit Krallenzehenstellung imponiere, sowie eine persistierende Hyperpathie der Fusssohle und des medialen Fusses links. Sodann bestehe weiterhin eine Druckdolenz am Malleolus medialis links (Urk. 10/32 S. 31).

5.1.5 Zur Arbeitsföähigkeit föhrten die Gutachter aus, dass föhr die bisherige Tötigkeit als Chauffeur in dem in Frage kommenden Zeitraum seit Juli 1999 wegen einer verminderten Belastbarkeit der linken unteren Extremitöte keine verwertbare Arbeitsföähigkeit bestanden habe. In diesem Beruf mit repetitiver und teils erheblicher Belastung des linken Fusses sei andauernd eine volle Arbeitsunföähigkeit anzunehmen (Urk. 10/32 S. 31).

In einer leichten kröperlichen Tötigkeit, vorwiegend sitzend, attestierten die örzte eine 75%ige Arbeitsföähigkeit und föhrten aus, es bestehe eine qualitative Minderbelastbarkeit föhr den linken Fuss, ungeeignet seien insbesondere das Gehen auf unebenem Gelönde, Treppensteigen, löngeres Gehen und Stehen am Ort. Möglich seien sämtliche Töigkeiten, die vorwiegend, jedoch nicht ausschliesslich sitzend ausgeöbt wörden, mit Möglichkeit zu gelegentlichen Pausen. Gehen auf ebenem Gelönde ohne Tragen oder Manipulieren von grösseren Gewichten öber 5 kg bis maximal 10 kg sei durchaus möglich.

Im zeitlichen Ablauf attestierten sie eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit (gemäss Einschätzung des SUVA-Kreisarztes) ab 6. März 2000, eine 75%ige aufgrund einer leichten psychischen Einschränkung ab 26. November 2001, eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab 4. September 2002 (Operation Tarsaltunnel und sechs Wochen postoperativ), eine ab 16. Oktober 2002 noch andauernde postoperative Verminderung auf 50 % sowie ab 1. Januar 2003 die beschriebene dauernde 75%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/32 S. 33).

Die von Dr. S.____ angeregte neuropsychologische Testung wurde von lic. phil. N.____ durchgeführt, welcher am 11. Juni 2005 (Urk. 10/28) zum Schluss kam, dass bloss eine minimale neuropsychologische Funktionsstörung vorliege. Er verneinte eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht für eine der Ausbildung entsprechenden Tätigkeit (Hilfsarbeiter). Dies begründete er mit den erhobenen Befunden, wobei der Beschwerdeführer gemessen an einer Referenzgruppe vergleichbarer Bildung und Herkunft insgesamt ein erwartungsentsprechendes Leistungsniveau gezeigt habe. Kleinere Einschränkungen hätten sich bloss in den Bereichen Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit ergeben.

E. 5.3

5.3.1 Dr. K.____, welcher den Beschwerdeführer seit Anfang 2002 psychiatrisch betreut, führte in seinem Bericht vom 8. November 2004 (Urk. 10/29) aus, der Beschwerdeführer sei trotz begeisterter Teilnahme an Computerkursen nicht in der Lage gewesen, das Gelernte wieder einzusetzen. Auch in einem Anfängerkurs in Buchhaltung habe sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer deutliche Konzentrations- und Auffassungsstörungen habe. Im Verlauf der Therapie habe sich wiederholt gezeigt, dass der Beschwerdeführer leicht überfordert werde und in konkreten Situationen nachweislich überfordert sei und versage. Die Überforderung des Beschwerdeführers spiegle sich auch in der Beurteilung durch das Gutachten der MEDAS L.____, dessen psychiatrische "Momentbeurteilung" ebenso wie die weiteren psychiatrischen Beurteilungen die gravierenden Mängel der kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers nicht aufgedeckt hätten.

Dr. K.____ sprach von einer Verschlechterung der Symptomatik seit Behandlungsbeginn im Januar 2002 mit vermehrten depressiven Störungen. Die Arbeitsfähigkeit sei schon unabhängig von den psychischen Störungen eingeschränkt. Die Ausweitung auf psychische Funktionen, insbesondere auf Konzentration und Auffassung, hätten zusätzlich invalidisierenden Charakter. Zum Verlauf hob er hervor, dass auch erneute Operationen zu keiner Besserung geführt hätten. Die belastungsabhängigen Beschwerden im linken Bein seien nach wie vor ausserordentlich behindernd. Zudem leide der Beschwerdeführer an chronischen Kopfschmerzen wie auch an Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Im Zusammenhang mit Ein- und Durchschlafstörungen bei schwermütig kreisenden Gedanken wie auch Freud- und Interesselosigkeit sei daher seit über zwei Jahren zudem zunehmend von einer chronifizierten depressiven Störung auszugehen.

Zusammenfassend hielt Dr. K.____ fest, dass für den Beschwerdeführer weiterhin eine hoffnungslose Situation bestehe, bei der neben der bekannten Schmerzproblematik in den letzten Jahren eine chronifizierte depressive Erkrankung erschwerend dazugekommen sei. Aufgrund psychiatrischer Befunde liege beim

Beschwerdeführer gegenwärtig wie auch langfristig eine gravierende Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsfähigkeit) von 70 % bis 100 % vor. Eine Tätigkeit sei allenfalls in geschätztem Rahmen einer Wiedereingliederungswerkstatt oder einer Beschäftigungstherapie in Teilzeit (max. 3,5 Stunden pro Tag) möglich.

5.3.2.1 In seinem Bericht zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 2. November 2005 (Urk. 10/5) diagnostizierte Dr. K.____ (1) progrediente depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradig bis schwer, bei latenter Suizidalität, (2) eine Symptomausweitung und Chronifizierung, (3) Ein- und Durchschlafstörungen, depressions- und schmerzbedingt, und unwillkürliches Einschlafen tagsüber sowie (4) eine posttraumatische Belastungsstörung. Er schätzte die Arbeitsunfähigkeit mit 70 % bis 100 %.

E. 5.4

5.4.1 Der Beschwerdeführer beruft sich beschwerdeweise auf den Arztbericht von Dr. med. T.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, an Dr. K.____ vom 26. November 2001 (Urk. 9/149/238). Dr. T.____ verwies dabei auf das Erleben des Beschwerdeführers in Bezug auf die rechtlichen und sozialen Konsequenzen (u.a. strafrechtliche Verurteilung, wo er doch am Primär-Unfall, den ein betrunkenener Fahrer verursacht habe, keine Beteiligung gehabt habe und als Dritter in den querstehenden Wagen hineingefahren sei). Im persönlichen Erleben dominiere eine Beeinträchtigungshaltung mit einer sensitiven psychogenen Entwicklung in der Richtung, dass er sich benachteiligt fühle, im Stich gelassen, zu Unrecht verurteilt sehe und dass all seine Bemühungen und Vorschläge für eine Wiederaufnahme des Arbeitsprozesses von der IV zurückgewiesen worden seien.

Im kognitiven Bereich verwies Dr. T.____ auf die festgestellten Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Kurzzeitgedächtnisstörungen und hielt fest, es falle diagnostisch schwer, den Beschwerdeführer einer Psychopathologie zuzuweisen. Möglich sei eine Konversionsstörung, eine posttraumatische Anpassungsstörung oder eine somatoforme Schmerzstörung. Im Vordergrund stehe ein schwerst traumatisierter Mensch, der ein Stück weit verzweifelt und mit seinen Bewältigungsstrategien festgefahren sei. Während der Untersuchung habe der intelligente Beschwerdeführer doch noch gewisse Zukunftsideen und Hoffnung gehabt, weshalb sie ihn für flexibel und lernfähig halte. Demgemäss empfahl sie eine lösungsorientierte psychotherapeutische Behandlung.

Sie empfahl, den Beschwerdeführer aktuell als zu 50 % arbeitsunfähig zu deklarieren, mit einer Neubeurteilung in zwei Jahren.

5.4.2 Bei den Akten findet sich sodann ein Konsiliarbericht von Dr. T.____ vom 30. November 2001 (Urk. 9/24), in welchem sie eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierte und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Differentialdiagnostisch erwähnte sie eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, sonstige Reaktion auf schwere Belastung bei einer Persönlichkeitsstruktur mit narzisstischen Zügen.

E. 6

6.1 Nachdem das hiesige Gericht mit Urteil vom 30. Mai 2001 die dem Beschwerdeführer zustehenden Renten bis November 1998 festgelegt und die

Beschwerdegegnerin mit Verfüigungen vom 18. Januar 2002 (Urk. 10/18-20) eine ganze Rente bis 31. Juli 1999 zugesprochen hatte, ist vorliegend die Periode ab 1. August 1999 zu überprüfen. Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist eine zuverlässige Beurteilung des massgeblichen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers möglich.

E. 6.2

6.2.1. Vorweg ist festzuhalten, dass Kreisarzt Dr. H.____ am 23. Februar 2000 (Urk. 9/149/79) im Anschluss an die Osteosynthesematerialentfernung vom November 1998 eine Arbeitsfähigkeit erst ab dem 6. März 2000 attestierte. In diesem Sinne verwies auch das hiesige Gericht im erwähnten Urteil vom 30. Mai 2001 auf den Umstand, dass sich aufgrund der Aktenlage die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers am 5. März 2000 verbessert habe.

6.2.2. In der Tat kann den medizinischen Akten nicht entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Osteosynthesematerialentfernung im November 1998 derart verbessert hätte, als dass bereits vor dem 6. März 2000 wieder von der Rückkehr zur Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könnte. So erklärten die Ärzte der Rehaklinik J.____ den Beschwerdeführer im Austrittsbericht vom 4. Mai 1999 (Aufenthalt vom 24. Februar bis 14. April 1999, Urk. 9/26) als nach wie vor arbeitsunfähig im Beruf als Chauffeur und verwiesen auf weitere medizinische Massnahmen (S. 3 f.). Die Beschwerdegegnerin liess auch jegliche Begründung dafür vermissen, inwiefern - aufgrund der Herabsetzung der Rente per 1. August 1999 - bereits im April 1999 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein soll.

6.2.3. Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer erst am 6. März 2000 seine Arbeitsfähigkeit in dem Sinne zurückgewonnen hat, dass er eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit gelegentlichem Gehen und Stehen und ohne das Tragen von Lasten über 15 kg ausführen konnte.

E. 6.3

6.3.1. Für den anschliessenden Zeitraum (unter einstweiliger Ausklammerung der zeitlich begrenzten Verschlechterung wegen der Tarsaltunnel-Operation ab 4. September 2002) ist vorwegzuschicken, dass das Gutachten der MEDAS L.____ sämtlichen bundesgerichtlichen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entsprechen.

So ist das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, äussert es sich doch detailliert über die noch verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Sodann beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Der Beschwerdeführer wurde an zwei Tagen in internistischer, rheumatologischer, psychiatrischer und neurologischer Hinsicht untersucht, wobei die Konsiliarärzte detailliert Bericht erstatteten.

Das Gutachten berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. In somatischer Hinsicht wurden die einzelnen Schmerzangaben detailliert zur Kenntnis genommen, und es wurde gerade deswegen festgehalten, dass der Beschwerdeführer im angestammten Beruf wegen den Fussbeschwerden nicht mehr arbeitsfähig ist. In psychiatrischer Hinsicht findet sich ebenfalls ein umfassendes Klagebild, welches detailliert Eingang in die

entsprechende Beurteilung fand.

Die Expertise wurde weiter in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Den Gutachtern standen die vollständigen Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung (Urk. 10/32 S. 2). Sodann nahmen sie eingehend Bezug auf die verschiedenen Operationsberichte und Einschätzungen der bisherigen Ärzte. Namentlich in psychiatrischer Hinsicht findet sich eine genaue Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen und wurde begründet dargetan, weshalb bloss eine depressive Stimmung und nicht eine chronifizierte schwere Depression vorliegt.

Sodann leuchtet die Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. So ist - ausgehend von der beschriebenen grundsätzlich guten Heilung der Körpererschäden nach dem Unfall - nachvollziehbar, dass bloss noch geringe Beeinträchtigungen dauernd verbleiben. Die Ärzte konnten sodann darlegen, inwiefern die verschiedenen Komplikationen, welche bereits durch Kreisarzt Dr. H. ___ geschildert wurden, zu einer Verzögerung der Heilung führten. Weiter konnten die Gutachter die aufgetretene psychiatrische Symptomatik in dem Sinne nachvollziehbar erklären, dass der Beschwerdeführer wohl eine depressive Stimmung entwickelte, indessen auch invaliditätsfremde Umstände hinzukämen, welche er überwinden kann.

In diesem Sinn sind die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann. Insbesondere leuchtet es ein, dass der Beschwerdeführer einer fussbelastenden Tätigkeit nicht mehr nachgehen kann und deshalb ein Einsatz im angestammten Beruf als Chauffeur ausgeschlossen ist. Es ist genauso nachvollziehbar dargetan worden, dass eine körperlich leichte Tätigkeit (vorwiegend sitzend, mit Möglichkeit zu gelegentlichen Pausen, mit Heben von Gewichten bis 10 kg) im Umfang von 75 % ausgeführt werden kann.

Die Ärzte verwiesen sodann auf die Unsicherheiten betreffend die kognitiven Auffälligkeiten, welche Untersuchung dann aber ohne Pathologie blieb.

6.3.2 An diesem Ergebnis vermögen die Entgegnungen des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht nichts zu ändern. Eine Durchsicht der gesamten medizinischen Akten zeigt, dass kein einziger Arzt eine dauernde, erhebliche Arbeitsunfähigkeit in der beschriebenen leichten Tätigkeit bestätigte. Wohl verwiesen verschiedene Ärzte auf vollumfängliche Arbeitsunfähigkeiten, doch waren diese allesamt von beschränkter Dauer oder wurde auf weitere Abklärungen bzw. Therapiemassnahmen verwiesen.

Auch der vom Beschwerdeführer pendente lite eingereichte Bericht der Ärzte des U. ___ vom 8. Dezember 2005 (Urk. 5/2) lassen keine abweichenden Schlüsse zu. Die Ärzte diagnostizierten (1) ein chronisches rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom und ein intermittierendes Thorakovertebralsyndrom bei leichter Wirbelsäulenfehlform (linkskonvexe thorakolumbale Skoliose) sowie bei leichter Haltungsinsuffizienz und Dekonditionierung, (2) unklare Schmerzen im rechten Oberschenkel (differentialdiagnostisch myofascial, Entrapment Nervus cutaneus femoris lateralis), (3) ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich des oberen Sprunggelenkes (OSG) links bei Status nach Pilon tibiale Fraktur 1997, mehrfacher Operation, zuletzt Revision Tarsaltunnel, bei Allodynie und bei radiologisch diskreter Gelenkspaltverschmälerung sowie (4) eine chronische Migräne ohne Aura bei

analgetikareduziertem Kopfschmerz. In der Beurteilung verwiesen die Ärzte auf ein diffuses Schmerzbild mit fehlenden radiologischen Hinweisen auf eine posttraumatische Arthrose, ein CRPS oder auf wesentliche degenerative Veränderungen des Rückens. Sodann sei ein MRI zum Ausschluss einer Spinalkanalstenose oder einer radikulären Kompression unauffällig gewesen. Schliesslich berichteten sie über eine massige Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers, ein massives Schmerzverhalten sowie eine Selbstlimitierung bei allen Tests. Eine Bereitschaft für eine aktive Rehabilitation sei nicht vorhanden, weshalb keine abschliessende Beurteilung bezüglich der Zumutbarkeit einer Arbeit gemacht werden könne.

Auch die vom Beschwerdeführer erwähnten Berichte des Prof. Dr. M. ___ vom 11. Juni und 21. Oktober 2004 (Urk. 10/5/12-13) sowie von Dr. med. V. ___, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 29. Juli 2005 (Urk. 10/5/14) bestätigen diese Einschätzung. Währenddem Prof. M. ___ zeitweilige Schmerzen im linken Rucksackfuss und der Ferse beschrieb, verneinte er eine Problematik im Bereich des OSG. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte er sich nicht. Dr. V. ___ seinerseits bestätigte gar eine (aus somatischer Sicht) vollumfängliche Arbeitsfähigkeit für Arbeiten mit leichter bis mittelschwerer Tätigkeit und nicht allzu langen Gehstrecken.

6.3.3 Die in psychiatrischer Hinsicht abweichenden Einschätzungen der Dres. T. ___ und K. ___ vermögen ebenfalls nicht zu überzeugen.

Vorweg kann Dr. T. ___ nicht gefolgt werden, wenn sie den Beschwerdeführer als "schwerst traumatisiert" bezeichnet. Denn auch Dr. T. ___ stellte fest, dass vor allem das subjektive Erleben des Beschwerdeführers für seinen Zustand verantwortlich ist. Namentlich hielt sie fest, dass die strafrechtliche Verurteilung für den Beschwerdeführer unverstündlich blieb. Dass ein Autofahrer jederzeit auf Sichtweite anhalten können muss und eine strafrechtliche Ahndung - ohne nähere Kenntnis der Aktenlage - deshalb nachvollziehbar ist, lässt die geschilderte Ursache der vorgebrachten Depression in einem relativierten Lichte erscheinen. Sodann ist es schlichtweg falsch, dass der Beschwerdeführer im Stich gelassen worden wäre und alle seine Bemühungen und Vorschläge für eine Wiederaufnahme des Arbeitsprozesses zurückgewiesen worden seien. Im Gegenteil richtete die SUVA während Jahren Taggelder aus und kam sie für die Heilbehandlung auf. Auch die Beschwerdegegnerin ihrerseits nahm konstruktiv Einfluss durch die Verfüzung von beruflichen Massnahmen. Sodann konnten die ins Feld geführten kognitiven Störungen neuropsychologisch widerlegt werden. Schliesslich erweist sich die Schätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. T. ___ als nicht begründet. So liess sie jegliche Hinweise auf die Fähigkeit des Beschwerdeführers, sich den - vor allem in seiner Persönlichkeit liegenden - Problemen zu stellen und diese zu überwinden, vermissen. Schliesslich wurden die psychischen Einschränkungen - namentlich die gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung - mit den kognitiven Beschwerden begründet, welche sich jedoch nicht als von Dauer bestätigten. Auch Dr. T. ___ hielt fest, dass für diese Diagnose nicht alle Voraussetzungen erfüllt seien (Urk. 9/24 S. 4).

Auch die Einschätzung des Dr. K. ___ vermag die Beurteilung der MEDAS-Ärzte nicht in Zweifel zu ziehen. Dass der Beschwerdeführer das in Computer- und Buchhaltungskursen erlernte nicht ohne weiteres umsetzen konnte, lässt ebenso wenig den Schluss auf eine psychische Erkrankung zu wie gewisse kognitive Einschränkungen. Weiter ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer von den

MEDAS-Ärzten hätte übersehen werden sollen. Im Gegenteil erfolgte eine sorgfältige Untersuchung mit einer nachvollziehbaren Würdigung der Befunde. Der Hauptvorwurf an die Adresse der MEDAS-Ärzte, die gravierenden Mangel der kognitiven Fähigkeiten des Beschwerdeführers übersehen zu haben, trifft nicht zu. Im Gegenteil waren es gerade diese Ärzte (insbesondere Dr. S.____), welche ergänzende Abklärungen empfohlen. Diese blieben dann aber im Wesentlichen unauffällig. Soweit Dr. K.____ die belastungsabhängigen Schmerzen als psychiatrisch negativ beeinflussend beschreiben will, so ist darauf hinzuweisen, dass die MEDAS-Ärzte diesem Umstand durchaus Rechnung trugen und deshalb bloss eine leichte Tätigkeit mit etwelchen Einschränkungen als zumutbar erachteten. Sodann erscheint die nicht weiter begründete Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 100 % als nicht nachvollziehbar. So liess es Dr. K.____ vermissen, den Grund für eine derartige Einschränkung nachvollziehbar darzulegen und fehlen auch jegliche Ausführungen zur Überwindbarkeit der (zum Teil invaliditätsfremden) äusseren Umstände.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

6.3.4 Ä Ä Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer eine leichte, vorwiegend sitzende körperliche Tätigkeit mit Möglichkeit zu gelegentlichen Pausen ohne Tragen oder Manipulieren von grösseren Gewichten über 5 kg bis maximal 10 kg im Umfang von 75 % zumutbar ist.

6.4 Ä Ä Ä Schliesslich sind auch die von den MEDAS-Ärzten dargelegten Veränderungen der Arbeitsfähigkeit in der zeitlichen Abfolge nachvollziehbar. Nachdem Dr. H.____ ab März 2000 von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit ausgegangen war, ergab sich erst aus der Einschätzung von Dr. T.____ vom 26. November 2001, dass eine psychische Auffälligkeit vorliegt (welche von den MEDAS-Gutachtern nachvollziehbar mit 25 % gewichtet wurde). Auch die vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der Tarsaltunnel-Operation und die nachfolgende Rehabilitationszeit (50 % vom 16. Oktober bis 31. Dezember 2002) ist nachvollziehbar, weshalb ohne weiteres darauf abzustellen ist.

E. 7

7.1 Ä Ä Ä Zu prüfen ist, wie sich der Gesundheitsschaden auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Da von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit erst ab März 2000 ausgegangen werden kann, ist der Invaliditätsgrad (nachdem ihm bereits mit Urteil des hiesigen Gerichtes vom 30. Mai 2001 eine ganze Rente bis 30. September 1998, eine halbe Rente für den Monat Oktober 1998 und wiederum eine ganze Rente ab November 1998 zugesprochen worden war) erstmals per März 2000 zu prüfen. Die von der Beschwerdegegnerin verhängte Einstellung der Leistungsausrichtung per 31. Juli 1999 (Verfügungen vom 18. Januar 2002 (Urk. 10/18-20) findet in den Akten keine Stütze, ist doch in diesem Zeitraum keine Verbesserung des Gesundheitszustandes nachgewiesen.

E. 7.2

7.2.1 Ä Ä Bei der Bemessung des ohne Invalidität erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden

Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der $\frac{1}{4}$ berwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tats \ddot{a} chlich verdienen w \ddot{a} rde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b mit Hinweis). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie m \ddot{a} glich zu erfolgen, weshalb in der Regel vom letzten Lohn auszugehen ist, den die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitssch \ddot{a} digung erzielt hat (ZAK 1980 S. 593 mit Hinweisen).

7.2.2 $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ Die Beschwerdegegnerin bemass das Valideneinkommen mit Fr. 55'862.-- (Wert 2004, Urk. 2 und Urk. 10/12). Der Beschwerdef \ddot{a} hrer seinerseits brachte vor, er h \ddot{a} tte sich l \ddot{a} ngerfristig nicht mit einem solch tiefen Lohn begn \ddot{a} gen wollen und k \ddot{a} nnen, weshalb vom Durchschnittslohn eines Berufschaffeurs im Kanton Z \ddot{a} rlich von Fr. 66'300.-- (Wert 2002) auszugehen sei (Urk. 1 S. 11).

7.2.3 $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ Aus den Akten des Unfallversicherers geht hervor, dass der Beschwerdef \ddot{a} hrer im Jahr 1997 einen Verdienst von Fr. 46'000.-- erzielt h \ddot{a} tte, w \ddot{a} re er nicht verunfallt (Fr. 3'750.-- x 12 + Gratifikation von Fr. 1'000.--, vgl. Unfallmeldung vom 21. April 1997, Urk. 9/149/1). Am 28. September 2001 f \ddot{a} hrte die Arbeitgeberin aus, der Beschwerdef \ddot{a} hrer h \ddot{a} tte im Jahr 2001 einen Lohn von Fr. 3'900.-- bis Fr. 4'200.-- x 13 erhalten. Der Unfallversicherer schloss aufgrund der tiefen Lohns \ddot{a} tze angesichts des Arbeitsortes im Raum Z \ddot{a} rlich auf einen Verdienst von Fr. 54'600.-- (4'200.-- x 13). Dies ist nicht zu beanstanden.

7.2.4 $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ Angesichts der bloss geringen Lohnentwicklung in der Branche (1,6 % vom Jahr 2000 zum Jahr 2001, vgl. Die Volkswirtschaft 1-2007 S. 95 Tabelle B 10.2 Rubrik I) ist dieses Einkommen als Validenlohn grunds \ddot{a} tzlich auch dem Einkommensvergleich f \ddot{a} r das Jahr 2000 zugrunde zu legen.

$\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ Den Tabellen des Bundesamtes f \ddot{a} r Statistik ist zu entnehmen, dass der Zentralwert der standardisierten Bruttol \ddot{a} hne im Segment Landverkehr im privaten Sektor bei einer w \ddot{a} chentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden im Jahr 2000 Fr. 4'361.-- betragen hat (Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2000 Tabelle TA1). Angesichts der durchschnittlichen Arbeitszeit von 42,2 Stunden in diesem T \ddot{a} tigkeitsbereich (Die Volkswirtschaft 1-2007 S. 94 Tabelle B 9.2 Rubrik I) betrug der statistische Durchschnittslohn Fr. 4'600.85 monatlich oder Fr. 55'210.20 pro Jahr.

7.2.5 $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ Sind keine Anhaltspunkte vorhanden, dass sich die versicherte Person aus freien St \ddot{a} cken mit einem bescheideneren Einkommen begn \ddot{a} gen wollte, als sie h \ddot{a} tte erzielen k \ddot{a} nnen, und ist ferner anzunehmen, dass das unter den branchen \ddot{a} blichen Ans \ddot{a} tzen liegende Gehalt zumindest teilweise auf Gr \ddot{a} nden beruht, die auch in einer Verweisungst \ddot{a} tigkeit zu einem unterdurchschnittlichen Lohnniveau f \ddot{a} hren w \ddot{a} rden, so sind diese invalidit \ddot{a} tsfremden Faktoren, sofern eine erhebliche Abweichung vorliegt, praxism \ddot{a} ss entweder sowohl beim Validen- wie beim Invalideneinkommen oder \ddot{a} berhaupt nicht zu ber \ddot{a} cksichtigen (vgl. etwa Urteil des Eidgen \ddot{a} ssischen Versicherungsgerichts vom 22. Juni 2004 i.S. T, I 763/03, Erw. 4.1.2 mit Hinweis auf BGE 129 V 225 Erw. 4.4).

$\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ $\hat{\hat{A}}$ Vorliegend ist festzuhalten, dass der statistische Lohn nur unwesentlich \ddot{a} ber dem vom Beschwerdef \ddot{a} hrer erzielten Einkommen liegt, weshalb keine Veranlassung besteht, von dem vom letzten Arbeitgeber gemeldeten Lohn abzuweichen. Es gibt keine Anhaltspunkte daf \ddot{a} r, dass der Beschwerdef \ddot{a} hrer im Gesundheitsfall die Stelle gewechselt und einen erheblich h \ddot{a} heren Lohn erzielt h \ddot{a} tte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht einem Valideneinkommen von Fr. 54'600.-- ein mit Behinderung erzielbares Einkommen von Fr. 42'670.75 (statistischer Lohn 2000 von Fr. 55'639.80 : 41,8 x 41,7 [Arbeitszeitveränderung] x 2,5 % [Lohnentwicklung] x 0,75 [75%ige Arbeitsfähigkeit]) gegenüber. Angesichts der nunmehr bloss noch teilzeitlichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtfertigt sich ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 %, weshalb dieses auf Fr. 36'270.15 festzulegen ist. Dies führt zu einer Lohneinbusse von Fr. 18'329.85 bzw. zu einem Invaliditätsgrad von 33,6 %, weshalb dem Beschwerdeführer kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung erwuchs.

7.5.2 Ä Ä Im Rahmen der vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit der Tarsaltunnel-Operation am 4. September 2002 erhöhte sich der Invaliditätsgrad auf 100 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Zeitpunkt der Heraufsetzung der Rente richtet sich nach Art. 88a Abs. 2 IVV, wonach eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat, wobei Art. 29 bis IVV sinngemäss anwendbar ist. Art. 29 bis IVV hält fest, dass, wenn die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben wurde, dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass erreicht, bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet werden. Demgemäss hatte der Beschwerdeführer ab sofort, mithin ab 1. September 2002 Anrecht auf die ganze Rente, handelte es sich doch um einen auf des selbe Leiden zurückzuführenden Gesundheitsschaden.

7.5.3 Ä Ä Ab dem 16. Oktober 2002 erlangte der Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zurück. Das Valideneinkommen ist per diesem Datum aufgrund der Lohnentwicklung von 2 % (Die Volkswirtschaft 1-2007 S. 95 Tabelle B 10.2 Rubrik I) auf Fr. 55'692.-- zu erhöhen. Das Invalideneinkommen ist gemäss den LSE 2002 zu berechnen, welche ein Einkommen von Fr. 4'557.-- aufweisen (LSE 2002 Tabelle TA1). Aufgerechnet auf die durchschnittliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden im Jahr 2002 (Die Volkswirtschaft 1-2007 S. 94 Tabelle B 9.2) ergibt sich ein mögliches Einkommen von Fr. 28'504.--. Sodann ist aufgrund der erheblichen Fussbelastung im Rahmen der Rehabilitation ein Abzug vom Tabellenlohn von 20 % zu gewähren, weshalb das Invalideneinkommen Fr. 22'803.20 beträgt (80% von Fr. 28'504.--). Dies führt zu einer Lohneinbusse von Fr. 32'888.80 und einem Invaliditätsgrad von 59,05 %, weshalb der Beschwerdeführer nurmehr Anrecht auf eine halbe Rente hatte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV war die laufende ganze Rente demgemäss nach Ablauf der Dreimonatsfrist per 1. Februar 2003 auf eine halbe herabzusetzen.

7.5.4 Ä Ä Ab 1. Januar 2003 waren die Folgen der Fussoperation abgeklungen, weshalb der Beschwerdeführer wiederum im Ausmass von 75 % arbeitsfähig war. Der Einkommensvergleich zeigt hier ein Valideneinkommen von Fr. 56'583.05 (unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 1,6 %, Die Volkswirtschaft 1-2007 S. 95 Tabelle B 10.2 Rubrik I). Auf der Seite des Valideneinkommens ist eine Lohnentwicklung von 1,4 % zu verzeichnen (Rubrik Nominal Total), was einen Wert von Fr. 57'806.10 (Fr. 57'008.-- x 1,4 %) ergibt. Angesichts der 75%igen Arbeitsfähigkeit sowie unter

Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn von 15 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 36'851.40. Damit erleidet der Beschwerdeführer eine Lohneinbusse von Fr. 19'731.65 und einen Invaliditätsgrad von 34,9 %, weshalb er kein Anrecht mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

Nach Ablauf der Dreimonatsfrist war die Rente demgemäss per 1. April 2003 aufzuheben.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer wie folgt Anrecht auf Renten der Invalidenversicherung hat: bis am 30. Juni 2000 auf eine ganze Rente, vom 1. September 2002 bis 31. Januar 2003 ebenfalls auf eine ganze Rente und vom 1. Februar 2003 bis 31. März 2003 auf eine halbe Rente. Ab 1. April 2003 hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung.

E. 9

Zum Eventualbegehren des Beschwerdeführers betreffend Gewährleistung beruflicher Massnahmen (Urk. 1 S. 2) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin den Anordnungen des hiesigen Gerichtes im Urteil vom 30. Mai 2001 (Urk. 9/118) bereits vor der Urteilsfällung nachgekommen ist, indem sie am 12. Februar 2001 (Urk. 10/24) berufliche Massnahmen im Sinne eines 6-monatigen Arbeitstrainings im Bereich Montage/Allrounder bei der I. ___ vom 1. März bis 31. August 2001 zugesprochen hatte. Mit Verfügung vom 3. Oktober 2001 wurde dann festgehalten, die Abklärungen hätten ergeben, dass eine Fortsetzung der beruflichen Massnahmen keine Verbesserung der Eingliederungsmöglichkeiten mehr bringen könne (Urk. 10/22/1). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Sodann spricht sich der angefochtene Einspracheentscheid nicht über die Thematik beruflicher Massnahmen aus und ist auch keine entsprechende Verfügung zu finden. Demgemäss fehlt es ohnehin an einem Anfechtungsobjekt, weshalb diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten ist.

Nach § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat der Beschwerdeführer nach Massgabe seines Obsiegens Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Dieser wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses bemessen. Unter Berücksichtigung dieser Bemessungskriterien und des bloss geringen Obsiegens ist die Prozessentschädigung auf Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. Dezember 2005 insofern abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer wie folgt Anspruch auf Renten der Invalidenversicherung hat: bis am 30. Juni 2000 auf eine ganze Rente, vom 1. September 2002 bis 31. Januar 2003 ebenfalls auf eine ganze Rente und vom 1. Februar 2003 bis 31. März 2003 auf eine halbe Rente.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Robert Baumann
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung
- Pensionskasse W. _____

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (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 zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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