

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01517 vom 23. April 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-04-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.01517](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01517)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01517 du 23 avril 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01517 del 23 aprile 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 X., geboren 1967, Chauffeur, erlitt am 21. Dezember 1998 einen Verkehrsunfall, bei dem er sich ein HWS-Distorsionstrauma und eine akute Ertaubung rechts zuzog (Urk. 9/79/208-209). Die Unfallversicherung übernahm die Kosten der Heilbehandlung und richtete Taggeld aus. Am 9. September 1999 meldete sich X. bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte daraufhin den Arztbericht von Dr. med. Y., Rehaklinik Z., Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 29. Oktober 1999 (Urk. 9/2) und den Arztbericht des D., Ohren-Nasen-Hals-Poliklinik, vom 3. November 1999 (Urk. 9/4) ein. Ferner lag ihr ein Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten vom 1. Oktober 1999 vor (Urk. 9/3). Auf Antrag der internen Berufsberatung (vgl. Urk. 9/6) gewährte die IV-Stelle ein Taggeld während eines Eingliederungsversuchs bei der A. AG vom 30. April bis 30. Juni 2000 (Urk. 9/25). Nach erfolgreichem Abschluss des Eingliederungsversuchs trat X. am 1. Juli 2000 eine Stelle bei der A. AG als Büroangestellter mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % an (Urk. 9/7/3).

In der Folge holte die IV-Stelle die Arztberichte von Dr. B. vom 21. Juni 2001 (Urk. 9/8) und 24. Juni 2002 (Urk. 9/15/1-4, unter Beilage des Berichts des D., Neurologische Klinik, vom 25. Januar 2002, Urk. 9/15/5-8) und die Arztberichte von Dr. C., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. Juni 2001 (Urk. 9/9) und 17. Juni 2002 (Urk. 9/14) ein. Mit Verfügungen vom 23. September 2002 sprach sie X. gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Dezember 1999 bis 30. September 2000 (Urk. 9/18) und mit Wirkung ab 1. Oktober 2000 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % (richtig: 59 %, vgl. Urk. 9/17) eine halbe Invalidenrente (Urk. 9/19) samt Zusatzrenten für die Ehegattin und die Kinder zu.

1.2 Im Rahmen eines Revisionsverfahrens (vgl. Urk. 9/26) erkundigte sich die IV-Stelle bei der A. AG nach dem Arbeitsverhältnis des Versicherten (Arbeitgeberbericht vom 15. Oktober 2003, Urk. 9/27) und holte die Arztberichte von Dr. C. vom 28. Oktober 2003 (Urk. 9/28) und von Dr. B. vom 15. November 2003 (Urk. 9/32/1-2, nochmals unter Beilage des Berichts des D., Neurologische Klinik, vom 25. Januar 2002, Urk. 9/32/3-7) ein. Zudem fragte sie bei der ehemaligen Arbeitgeberin, der E. AG, welches Jahreseinkommen der Versicherte ohne Gesundheitsschaden erzielen könnte (Urk. 9/38). Mit Mitteilung vom 18. Februar 2004 bestätigte die IV-Stelle den Anspruch des Versicherten auf eine halbe Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 55 % (Urk. 9/40).

1.3. Mit undatiertem Brief ersuchte X. die IV-Stelle um Unterstützung bei der Stellensuche, da ihm die Stelle bei der A. AG per 31. Dezember 2004 gekündigt worden sei (Urk. 9/44). Mit Verfügung vom 23. Dezember 2004 sicherte ihm die IV-Stelle Arbeitsvermittlung zu (Urk. 9/54). Am 27. Juli 2005 erlitt X. einen weiteren Unfall, bei welchem er sich eine Trimalleolarluxations-Fraktur rechts zuzog (vgl. Urk. 9/85). Mit Verfügung vom 5. September 2005 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab, da diese nicht möglich sei. Zudem sei die medizinische Ausgangslage unklar, weshalb weitere Abklärungen notwendig seien (Urk. 9/74).

Daraufhin holte die IV-Stelle den Arztbericht des Spitals F., Chirurgische Klinik, vom 16. Dezember 2005 (Urk. 9/85), den Austrittsbericht des D., Departement Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, vom 20. April 2006 (Urk. 9/83) sowie den Arztbericht von Dr. C. vom 28. Juli 2006 (Urk. 9/86) ein und ordnete eine medizinische Begutachtung beim G. an, dessen Ärzte das Gutachten am 25. Mai 2007 (Urk. 9/97) erstatteten. Überdies wurde der IV-Stelle durch Dr. B. der Arztbericht des D., Departement Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, vom 25. Juni 2007 (Urk. 9/104) eingereicht. Mit Vorbescheid vom 25. Juli 2007 stellte die IV-Stelle die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht, da der Invaliditätsgrad nunmehr 33 % betrage (Urk. 9/106). Der Versicherte liess hiergegen unter Beilage des Arztberichts von med. pract. H., Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. September 2007 (Urk. 9/109/1-4) und des ärztlichen Zeugnisses von Dr. B. vom 6. September 2007 (Urk. 9/109/5) mit Eingabe vom 14. September 2007 Einwände erheben (Urk. 9/110). Mit Verfügung vom 8. November 2007 stellte die IV-Stelle die Invalidenrente per 31. Dezember 2007 ein (Urk. 2).

Gegen diese Verfügung erhob X. durch Rechtsanwalt J. Baur am 5. Dezember 2007 Beschwerde und beantragte die Weiterausrichtung einer halben Invalidenrente (Urk. 1). In der Beschwerdeantwort vom 28. Februar 2008 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), worauf der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 3. März 2008 geschlossen wurde (Urk. 10).

Mit Eingabe vom 12. Juni 2008 (Urk. 11) reichte X. den Austrittsbericht über die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik des I. vom 27. Mai 2008 (Urk. 12/1) sowie den Vertrag über die Durchführung einer Vorabklärung bezüglich Aufnahme in das J. vom 2. bis 27. Juni 2008 (Urk. 12/3) ein. Diese wurden der IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Juni 2008 zur Kenntnis gebracht (Urk. 16).

Mit Eingabe vom 4. Juli 2008 (Urk. 17/1) legte X. den Arbeitsvertrag für behinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des J. vom 1. Juli 2008 (Urk. 17/2) auf, welcher der IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Juli 2008 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 18), und mit Eingabe vom 21. August 2008 (Urk. 19) reichte der Versicherte den Arztbericht von med. pract. H. an die SUVA vom 7. August 2008 (Urk. 20) ein, welcher der IV-Stelle mit Verfügung vom 25. August 2008 ebenfalls zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 21). Mit Eingaben vom 9. Februar 2009 (Urk. 22/1) bzw. 3. April 2009 (Urk. 23) schliesslich gab X. den vorläufigen beziehungsweise definitiven Austrittsbericht der Privatklinik K. vom 28. bzw. 30. Januar 2009 an med. pract. H. (Urk. 22/2 und Urk. 24) zu den Akten.

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 8. November 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

**E. 2**

/

### E. 3

3.1.1 Die letzte dem Beschwerdeführer rechtskräftig eröffnete Verfügung datiert vom 18. Februar 2004 (Urk. 9/40), womit die Ausrichtung einer halben Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 55 % besttigt wurde. Diese Verfügung beruhte auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches, wofür die Beschwerdegegnerin die ärztlichen Berichte von Dr. C. vom 28. Oktober 2003 (Urk. 9/28) und von Dr. B. vom 15. November 2003 (Urk. 9/32) eingeholt und gestützt darauf erwogen hatte, dass keine Änderung des Gesundheitszustandes festgestellt werden können. Der durchgeführte Einkommensvergleich nach Erhebungen bei der ehemaligen wie bei der damals aktuellen Arbeitgeberin (Urk. 9/38 und Urk. 9/27) ergab einen Invaliditätsgrad von 55 % (vgl. Feststellungsblatt vom 18. Februar 2004, Urk. 9/39).

Zu prüfen ist somit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen dem Erlass der Verfügung vom 18. Februar 2004 und derjenigen vom 8. November 2007 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat.

### 3.2.1

Dr. C. diagnostizierte im Bericht vom 28. Oktober 2003 (Urk. 9/28) ein HWS-Distorsionstrauma, eine somatoforme Schmerzstörung, eine lang anhaltende Anpassungsstörung sowie einen Tinnitus, eine Taubheit rechts und eine neuropsychologische Funktionsstörung. Seit seinen letzten Berichterstattungen seien keine Veränderungen eingetreten. Der Beschwerdeführer arbeite nach wie vor zu 50 % bei der A. AG.

In seinen früheren Berichten (statt vieler vgl. denjenigen vom 12. Juni 2001, Urk. 9/9) schilderte Dr. C., der Beschwerdeführer klagt über vom Nacken ausgehende Kopf- und Kreuzschmerzen sowie über einen dauernd hörbaren Tinnitus, der ihn in der Konzentrationsfähigkeit hemme. Er leide unter Augenbrennen, Lichtempfindlichkeit und extremer Lärmempfindlichkeit. Der Tagesablauf sei auf die Schmerzen ausgerichtet. Der Beschwerdeführer isoliere sich restlos von der Familie, ertrage die Kinder nicht, die sich, wenn er zu Hause sei, hauptsächlich draussen oder im Zimmer aufhalten müssten.

Laut Arztbericht von Dr. B. vom 15. November 2003 (Urk. 9/32) leidet der Beschwerdeführer an einem Status nach HWS-Distorsionstrauma mit einem reaktiven myofaszialen Schmerzsyndrom, einer Anpassungsstörung und einer Ertaubung rechts. In den letzten Monaten habe das generalisierte myofasziale Schmerzsyndrom eher zugenommen. Der Beschwerdeführer begeben sich regelmässig in die Physiotherapie, habe regelmässige Konsultationen beim Psychiater und nehme regelmässig Antidepressiva sowie Antirheumatika ein. Eine Erholung der bisherigen Tätigkeit im Bereich sei auf keinen Fall möglich. Der Beschwerdeführer sei mit seiner Tätigkeit (ca. 4 Stunden pro Tag) bereits eher überfordert.

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus folgenden Arztberichten:

3.3.1 Dr. C. rapportierte am 28. Juli 2006 (Urk. 9/86), der Beschwerdeführer klagt über ähnlich starke Nackenschmerzen, die bis in die Augen ausstrahlten. Es sei ihm, als ob der Kopf explodiere, und die Schmerzen nähmen nur ab, wenn er sich im

Freien etwas bewegen können. Der Kopfschmerz sei immer da, jedoch wellenförmig verstärkt. Zudem klage er über einen hartnäckigen Tinnitus, der ihn besonders abends beim Schlafen hindere. Er könne Stimmen nicht auseinander halten und müsse die Umgebung dauernd mit den Augen beobachten, was ihn sehr ermüde. Nach wie vor gebe er auch eine Lärmempfindlichkeit an, vor der er sich nur durch einen totalen Rückzug schützen könne. Die Anspannung und Nervosität sei ein Dauerzustand, was auch in den Konsultationen festgestellt werden könne. Der Beschwerdeführer führe immer noch ein auf die Schmerzvermeidung ausgerichtetes Leben mit eher seltenen Aussenaktivitäten wie Einkaufen und Rückzug in sein Zimmer.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Durch die Kündigung der "halbgeschützten" und behinderungsangepassten Stelle wie auch durch den erneuten Unfall (Trimalleolarluxationsfraktur rechts am 27. Juli 2005) und die Leberblutung (im April 2006 unklarer Ätiologie; vgl. Urk. 9/83/2-3 und Urk. 9/83/4-5) hätten die weiteren Rehabilitationsbemühungen einen Rückschlag erlitten. Zum heutigen Zeitpunkt müsse aus psychiatrischer Sicht eine 70- bis 80%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Diese Beurteilung beziehe sich auf eine einfache Brotarbeit in einem halbgeschützten Rahmen.

3.3.2 Ä Ä Die Ärzte des G. \_\_\_ stellten in ihrem Gutachten vom 25. Mai 2007 (Urk. 9/97) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 f.):

- "Ä Ä Ä 1. Chronifiziertes cervicovertebrales Schmerzsyndrom, nicht näher spezifizierbar  
Ä 2. Beginnende posttraumatische obere Sprunggelenksarthrose rechts bei  
Ä Ä Ä Ä - trimalleolärer Luxationsfraktur rechts am 20.7.05  
Ä 3. Lumbovertbrale Beschwerden, belastungsabhängig bei  
Ä Ä Ä Ä - beginnender Chondrose L5/S1  
Ä 4. Ertaubung rechts, Tinnitus links"

sowie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23):

- "Ä Ä Ä 5. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4)  
Ä 6. Thalassämia minor  
Ä 7. Hypertonie"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer leide jetzt unter folgenden Beschwerden: Ausgehend vom Nacken beständen Kopfschmerzen im Hinterkopf, besonders rechts. Diese seien wechselnd stark. Daneben beständen Nackenschmerzen, am Abend stärker. Die Nacken- und Kopfschmerzen verstärkten sich bei Nervosität und Verkrampfung, besonders wenn der Beschwerdeführer unter vielen Leuten sei. Sodann leide er unter seiner Taubheit rechts, was ihm verunmöglichliche, in Menschenmengen festzustellen, wer mit ihm spreche. Ausserdem störe ihn der Tinnitus links sehr, besonders beim Einschlafen oder in ruhigen Räumen. Ferner habe er Schmerzen im Bereich des rechten Fusses, besonders beim Bewegen und abends. Zudem leide er gelegentlich unter Krämpfen in der Lebergegend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus internistischer Sicht könnten eine Thalassämia minor, eine Hypertonie sowie ein Status nach akuter Leberblutung festgehalten werden. Letztere bleibe

in ihrer Genese unklar. Blutungsanomalien seien ausgeschlossen worden. Die Thalassämie minor sei seit längerer Zeit bekannt, sie führe zu keinen Symptomen und müsse auch nicht behandelt werden. Die Hypertonie sei zurzeit der Untersuchung nicht genügend eingestellt gewesen, dies beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht.

Bei der rheumatologisch-orthopädischen Untersuchung sei eine leichte Kyphose im unteren BWS-Abschnitt mit ziehendem tieflumbalem Schmerz bei forcierter Extension festgestellt worden. Die HWS-Rotation sei beidseits eingeschränkt. Diese Einschränkungen ergäben sich durch eine aktive Gegeninnervation, in vermeintlich nicht beobachtetem Zustand sei die Beweglichkeit der HWS normal. Paracervical fanden sich vereinzelte Tenderpoints und Triggerpunkte. Es beständen keine Hinweise für eine Instabilität. Die LWS sei segmental größtenteils schmerzfrei und unauffällig. Am rechten Sprunggelenk seien die Plantarflexion und Dorsalflexion mäßig eingeschränkt, die Pro- und Supination deutlich eingeschränkt bei Status nach Trimalleolarfraktur und beginnender Arthrose des oberen Sprunggelenkes. In den Röntgenbildern finde sich eine diskret beginnende Sklerosierung C4/5 dorsal. Die BWS sei unauffällig, an der LWS fanden sich diskret beginnende Chondrosen L5/S1. Im rechten Sprunggelenk zeigten sich Unregelmäßigkeiten im oberen Teil bei guter Achsenstellung und guter Reposition der Fragmente. Im MRI des Sprunggelenkes vom 5. Oktober 2006 habe sich eine osteochondrale Läsion im Bereich pylon tibial mit beginnenden diskreten arthrotischen Ausziehungen gezeigt. Die geringen Veränderungen an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule seien nicht geeignet, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erzeugen. Die radiologischen Veränderungen seien minimal, die Beschwerdeangaben während der Untersuchung inkonstant. Anders sei dies beim Status nach Trimalleolarfraktur rechts. Dort sei eine, auch MRI-dokumentierte, beginnende Arthrose vorhanden, welche eine relevante Belastbarkeitsverminderung zur Folge habe. Dies bedeute, dass der Beschwerdeführer nur noch eine behinderungsangepasste Arbeit verrichten könne, d.h. längere Gehstrecken, Treppensteigen sowie länger dauernde stehende Positionen sollten vermieden werden. Ideal für diese Problematik sei eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit zeitweisen und kurzzeitigen stehenden Positionen.

Bei der psychiatrischen Exploration sei der Beschwerdeführer wach, in allen Qualitäten orientiert, fühle sich subjektiv mäßig bei erheblichem Tramalkonsum. Die kognitiven Funktionen, insbesondere Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnisleistung seien nicht eingeschränkt. Es finde während des Gesprächs auch kein Leistungsabfall statt. Der Denkprozess sei formal und inhaltlich unauffällig. Der Beschwerdeführer gebe eine bedrückte Stimmung an, er könne sich wenig freuen und vieles sei ihm gleichgültig. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht vermindert, die Grundstimmung wirke aber nicht depressiv. Ängste und Zwänge verneine er, der Antrieb sei normal. Es fanden sich auch keinerlei Hinweise für wahnhaftes Erleben, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungen müsse das psychiatrische Bild als anhaltende somatoforme Schmerzstörung bezeichnet werden. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht dauerhaft eingeschränkt.

Zusammenfassend und bei Beurteilung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer als Lastwagenchauffeur arbeitsunfähig. In einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit mit Vermeiden von längeren Gehstrecken und Treppensteigen sei er jedoch zu 100 % arbeitsfähig.

3.3.3.1 Gemäss Bericht des D. \_\_\_\_, Departement für Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, vom 25. Juni 2007 hat der Beschwerdeführer keine Verbesserung seiner bestehenden gleichbleibenden Oberbauchschmerzen bemerkt. Die Beschwerden traten beim Sitzen oder bei Stress auf. In den verschiedenen somatischen Untersuchungen habe keine Ursache gefunden werden können, die psychosomatische Problematik spiele eine ursächlich Rolle.

3.3.4.1 Med. pract. H. \_\_\_\_, erhob am 6. September 2007 (Urk. 9/109) neben den somatischen Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) mit latenter Suizidalität und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Die Therapiestunden seien geprägt durch die ausgesprochen depressive, hoffnungslose und zurzeit auch suizidale Grundstimmung des Beschwerdeführers, die sich in den letzten Wochen noch verstärkt habe, verbunden mit Existenzängsten. Er mache meistens einen guten Eindruck, durch die chronischen Kopf- und Nackenschmerzen zermürbten Eindruck. Die Schmerzen dominierten den Alltag, während der Therapiestunden bringe er aber vor allem depressive Erlebnisweisen zur Sprache, wie Freudlosigkeit, Trauer, Reizbarkeit, Vereinsamung und fehlende Perspektiven. Die Angaben des Beschwerdeführers wirkten immer glaubhaft, differenziert und konsistent. Es gebe keine Hinweise für eine Aggravation oder gar Vortäuschung von Symptomen.

Am 7. August 2008 (Urk. 20) berichtete med. pract. H. \_\_\_\_, die positive Entwicklung im Bereich Beschäftigung habe dem Beschwerdeführer Mut gemacht, sein Selbstwertgefühl gestärkt und einen teilweisen Rückgang der depressiven Symptomatik bewirkt. Seine längerfristige Existenz sehe er aber damit noch nicht gesichert. Zudem kämen neue Verpflichtungen auf den Beschwerdeführer zu: Seine Ehefrau erwarte im Dezember 2008 ihr erstes Kind.

Am 7. August 2008 (Urk. 20) berichtete med. pract. H. \_\_\_\_, die positive Entwicklung im Bereich Beschäftigung habe dem Beschwerdeführer Mut gemacht, sein Selbstwertgefühl gestärkt und einen teilweisen Rückgang der depressiven Symptomatik bewirkt. Seine längerfristige Existenz sehe er aber damit noch nicht gesichert. Zudem kämen neue Verpflichtungen auf den Beschwerdeführer zu: Seine Ehefrau erwarte im Dezember 2008 ihr erstes Kind.

Gegenwärtig sei nur eine Beschäftigung in einem geschätzten Rahmen und zu einem reduzierten Pensum zumutbar. Bis jetzt erscheine der Beschwerdeführer, von wenigen krankheitsbedingten Absenzen abgesehen, zuverlässig bei der Arbeit im J. \_\_\_\_. Wegen der starken Ermüdung nachmittags arbeite er vormittags 4,5 Stunden.

3.3.5.1 Dr. B. \_\_\_\_, berichtete im ärztlichen Zeugnis vom 6. September 2007 (Urk. 9/109/5), es bestehe weiterhin ein ausgeprägtes myotendinotisches Schmerzsyndrom, vor allem im Nackenbereich. Daneben finde sich die ausgeprägte psychische Beeinträchtigung, wie im Bericht der Psychiaterin erwähnt. Aufgrund des aktuellen Zustandbildes sei der Beschwerdeführer für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

3.3.6.1 Die Ärzte des I., wo der Beschwerdeführer vom 12. Februar bis 23. Mai 2008 in teilstationärer Behandlung war, diagnostizierten im Austrittsbericht vom 27. Mai 2008 (Urk. 12/1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode mit Somatisierungstendenz (ICD-10 F33.11). Bei Austritt sei der Beschwerdeführer wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Konzentration sei leicht vermindert, die Auffassung scheinbar ungestört, formalgedanklich sei er leicht verlangsamt. Er grübe und sei inhaltlich kohärent. Phobien oder Zwänge seien nicht geschildert worden, es gebe keine Hinweise auf Wahn, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Affektiv sei der Beschwerdeführer leicht deprimiert, er habe Insuffizienzgefühle und sei leicht verarmt, im Antrieb leicht vermindert. Der Schlaf sei derzeit gut, es bestehe keine Selbst- oder Fremdgefährdung. Aktuell bestehe keine Suizidalität.

Es sei eine Tätigkeit zu 50 % im J. ab 2. Juni 2008 vorgesehen.

3.3.7.1 Im vorläufigen Austrittsbericht vom 28. Januar 2009 der Privatklinik K. und im Austrittsbericht vom 30. Januar 2009 (Urk. 22/2 und Urk. 24), wo der Beschwerdeführer vom 29. Oktober 2008 bis 18. Januar 2009 hospitalisiert war, wurden folgende psychiatrischen Diagnosen (nach ICD-10) gestellt: schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), schädlicher Gebrauch von Nikotin (F17.1) und sozialer Rückzug (Z60.8). Der freiwillige Eintritt sei auf die Akutstation erfolgt. Nach einer Stabilisierungsphase sei der Beschwerdeführer auf die Spezialstation für Depressionserkrankungen übergetreten. Hier habe er an einer multimodalen Behandlung bestehend aus Psychopharmakotherapie, Psychotherapie im Einzelsetting, Psychoedukation, Physio- und Ergotherapie, Entspannungs- und Schmerzgruppe, Bewegungstherapie sowie NADA (Ohrakupunktur) teilgenommen. Der Beschwerdeführer habe sozial-psychiatrische Unterstützung erhalten und an der Arbeitstherapie im Werkraum teilgenommen. Die medikamentöse antidepressive Therapie sei optimiert und ein Benzodiazepinanzug erfolgreich durchgeführt worden. Die Schmerztherapie sei mit guter Effizienz umgestellt worden. Unter dieser Behandlung habe sich der Zustand deutlich gebessert. Es seien Belastungsproben am angestammten Arbeitsplatz mit gutem Erfolg durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer trete in teilremittiertem Zustand (aktuell mittelgradig depressiv) ohne Anhalt für akute Selbst- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Verhältnisse aus.

### 3.4.1

3.4.1.1 Aus den Akten der Beschwerdegegnerin ist ersichtlich, dass dem Beschwerdeführer aufgrund eines HWS-Distorsionstraumas verbunden mit einer somatoformen Schmerzstörung und einer Anpassungsstörung, welche ihn gemäß den ärztlichen Einschätzungen von Dr. C. (Urk. 9/28) und Dr. B. (Urk. 9/32) derart beeinträchtigen, dass er in einer leichten Tätigkeit lediglich zu 50 % arbeitsfähig ist, eine halbe Rente zugesprochen worden ist. Nachdem die Ärzte des G. in ihrem Gutachten vom 25. Mai 2007 (Urk. 9/97) zum Schluss gekommen sind, dass die geringen Veränderungen an der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers nicht geeignet seien, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erzeugen, und die Arbeitsfähigkeit auch nicht durch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung dauerhaft eingeschränkt sei, stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass beim Beschwerdeführer eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit eine

Steigerung in der Arbeitsfähigkeit eingetreten sei.

3.4.2.4 Der Diagnosekatalog im Gutachten des G.\_\_\_\_ (Urk. 9/97 S. 22 f.) stimmt im Wesentlichen mit demjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ überein, wenn auch die Gutachter nicht mehr von einem HWS-Distorsionstrauma, sondern von einem nicht näher spezifizierbaren chronifizierten cervicovertebralen Schmerzsyndrom und belastungsabhängigen lumbovertebralen Beschwerden sprechen. Zusätzlich diagnostizierten sie eine beginnende posttraumatische obere Sprunggelenksarthrose rechts. Diese hat gemäss den Gutachtern zur Folge, dass der Beschwerdeführer nur noch eine behinderungsangepasste Arbeit verrichten kann, und zwar eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit zeitweisen und kurzzeitigen stehenden Positionen, ohne längere Gehstrecken oder häufiges Treppensteigen.

Anlässlich der Begutachtung klagte der Beschwerdeführer immer noch über wechselnd starke Kopf- und Nackenschmerzen, welche sich bei Nervosität und Verkrampfung verstärkten. Die Schmerzen würden offenkundig mit seiner psychischen Erkrankung zusammenhängen. Diesbezüglich legten die G.\_\_\_\_-Ärzte keine Befunde dar, welche auf eine Verbesserung der Situation hindeuten würden. Nach wie vor beklagt der Beschwerdeführer eine bedrückte Stimmung, wenig Freude und eine Gleichgültigkeit. Die Ärzte fanden zwar keine depressive Grundstimmung, jedoch eine leicht verminderte Schwingungsfähigkeit. Wenn die Ärzte des G.\_\_\_\_ zum Schluss kamen, dass die somatoforme Schmerzstörung nicht geeignet sei, eine Arbeitsunfähigkeit hervorzurufen, liegt somit lediglich eine andere Würdigung eines gleichgebliebenen Sachverhalts vor, welche als Voraussetzung für eine Rentenrevision nicht genügt.

Die behandelnde Psychiaterin diagnostizierte nur gut drei Monate nach der Begutachtung und nach Erlass des Vorbescheids vom 25. Juli 2007 (Urk. 9/106), wonach die Invalidenrente aufgehoben werden soll, in ihrem Verlaufsbericht vom 6. September 2007 (Urk. 9/109) zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung erstmals eine schwere depressive Episode (ICD-10 F.32.2).

Diese sah sie im Zusammenhang mit den Existenzängsten, die sich in den letzten Wochen verstärkt hätten, wozu der negative Rentenbescheid offensichtlich zumindest beitrug. Wie auch aus dem Austrittsbericht des I.\_\_\_\_ vom 27. Mai 2007 hervorgeht, verbesserten sich jedoch die Grundstimmung und der Allgemeinzustand deutlich, als eine Tätigkeit im J.\_\_\_\_ eingeleitet werden konnte (Urk. 12/1). Auch wenn med. pract. H.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. August 2008 festhält, dass der Beschwerdeführer durch die positive Entwicklung im Bereich Beschäftigung seine längerfristige Existenz nicht gesichert sehe, so folgt hieraus noch keine anhaltende Verschlechterung der psychiatrisch eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Gegenteilig ist eine erwerbliche Beschäftigung offensichtlich seinem psychischen Zustand sogar förderlich. Sozialen Belastungsfaktoren, wie Arbeitslosigkeit, familiäre Konflikte und sozialer Rückzug (oder ein negativer Rentenbescheid) wird indes grundsätzlich die Eignung abgesprochen, dergestalt psychische Beeinträchtigungen hervorzurufen, dass ihretwegen die Zumutbarkeit der von der versicherten Person geforderten Willensanstrengung, eine Arbeit zu verrichten, dahinfiel (Urteil des Bundesgerichts in Sachen D. vom 1. März 2004, I 316/03). Ob die im Austrittsbericht vom 30. Januar 2009 der Privatklinik K.\_\_\_\_ (Urk. 24/2) diagnostizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD 32.2) zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit aus

psychischen GrÃ¼nden gefÃ¼hrt hat, braucht vorliegend nicht geprÃ¼ft zu werden, da sich den Akten keine Hinweise darauf entnehmen lassen, dass die Episoden bereits vor Erlass der VerfÃ¼gung die ArbeitsfÃ¼higkeit zusÃ¤tzlich massgeblich beeintrÃ¤chtigt hÃ¤tte (BGE 131 V 9 E. 1 S. 11).

3.5. Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des BeschwerdefÃ¼hrers im Beurteilungszeitraum insofern verschlechtert hat, als er aufgrund des Status nach Trimalleolarfraktur rechts nur noch vorwiegend sitzende TÃ¤tigkeiten mit zeitweisen und kurzzeitigen, stehenden Positionen, ohne lÃ¤ngere Gehstrecken, ausfÃ¼hren kann. Dies wirkt sich jedoch nicht zusÃ¤tzlich auf die bereits eingeschrÃ¤nkte ArbeitsfÃ¼higkeit im angestammten Beruf als Lastwagenfahrer aus. Die nach Eintritt des Gesundheitsschadens aufgenommene TÃ¤tigkeit bei der A. AG wÃ¼rde den behinderungsbedingten Anforderungen nach wie vor genÃ¼gen und wÃ¤re dem BeschwerdefÃ¼hrer weiterhin mindestens im vormals effektiv ausgeÃ¼bten Rahmen von 50 % zumutbar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Verbesserung des Gesundheitsschadens und der ArbeitsfÃ¼higkeit ist dem Gutachten vom 25. Mai 2007 indes ebenfalls nicht zu entnehmen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die geÃ¤nderte Rechtsprechung des hÃ¶chsten Gerichts (BGE 130 V 352), wonach eine somatoforme SchmerzstÃ¶rung nur noch unter eingeschrÃ¤nkten Voraussetzungen, welche beim BeschwerdefÃ¼hrer nicht erfÃ¼llt sind, eine InvaliditÃ¤t bewirken kann, vorliegend unbeachtlich ist, da die erwÃ¤hnte Rechtsprechung keinen Grund fÃ¼r die Aufhebung oder Herabsetzung einer laufenden Rente darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts. I. sozialrechtliche Abteilung, vom 26. MÃ¤rz 2009 in Sachen S., 8C\_502/2007).

Aus diesen GrÃ¼nden ist die Aufhebung der Invalidenrente per 31. Dezember 2007 nicht zu schÃ¤tzen, und in Gutheissung der Beschwerde ist die VerfÃ¼gung vom 8. November 2007 aufzuheben. Ein hÃ¶herer als der mit VerfÃ¼gungen vom 23. September 2002 erkannte Rentenanspruch ist indes nicht ausgewiesen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Â§ 34 Abs. 1 des Gesetzes Ã¼ber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde fÃ¼hrende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne RÃ¼cksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Â§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erscheint eine ProzessentschÃ¤digung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhÃ¤ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Die Kosten trÃ¤gt die unterliegende Beschwerdegegnerin.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Gutheissung der Beschwerde wird die VerfÃ¼gung vom 8. November 2007 aufgehoben.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der

Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 22/1-2, Urk. 23 und Urk. 24

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung 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).

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