

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00099 vom 19. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00099

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00099 du 19 avril 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00099 del 19 aprile 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. März 2010, 9C_438/2009, Erw. 1 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte anspruchserhebliche Verfügung. Bei die bisherige Rente bloss bestätigenden Entscheiden bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Änderung der Rechtsprechung in BGE 133 V 108 und 114 Erw. 5.4), den zeitlichen

Referenzpunkt. Einer Verfassung gleichgestellt sind blosser Mitteilungen im Sinne von Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), sofern ihnen eine materielle Prüfung im vorstehend dargelegten Sinn zugrunde liegt (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Oktober 2010, 9C_586/2010, Erw. 2.2 mit Hinweisen, insbesondere auf SVR 2010 IV Nr. 4 S. 8 Erw. 3.1). Rechtsprechungsgemäss wird nicht verlangt, dass bei jeder Revision sämtliche, also auch offensichtlich unveränderte, Elemente und Voraussetzungen der Invalidität erneut abgeklärt und im betreffenden Verwaltungsakt explizit abgehandelt werden, damit dieser Verwaltungsakt als Vergleichsbasis herangezogen werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 10. September 2010, 9C_771/2009, Erw. 2.2).

1.3 Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfassung lediglich nach den für die Wiedererfassung rechtskräftiger Verwaltungsverfassungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfassung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 110 V 178 Erw. 2a, 292 Erw. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfassung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schätzen, dass die ursprüngliche Rentenverfassung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Einstellung der bisher ausgerichteten ganzen Invalidenrente per Ende Januar 2009 in der angefochtenen Verfassung (Urk. 2) im Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer seit 2000 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Taxifahrer, welche als optimal leidensangepasst angesehen werden könne, zu 70 % arbeitsfähig sei. Seit dem Jahr 2000 seien keine epileptischen Anfälle mehr aufgetreten, und es finde keine Medikation mehr statt. Es liege keine Erwerbseinbusse von mindestens 40 % vor, weshalb kein Rentenanspruch mehr bestehe. Dasselbe Resultat ergebe auch ein auf der Basis von statistisch ermittelten Werten durchgeführter Einkommensvergleich. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 50'840.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'891.-- (wobei ein leidensbedingter Abzug von 10 % berücksichtigt sei) ergebe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'949.-- und demzufolge ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25 %.

Im vorliegenden Prozess führte die Beschwerdegegnerin weiter aus, dass es entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers unerheblich sei, ob er als

Taxifahrer arbeitsunfähig sei, zumal das IVG keine Berufsinvalidität kenne. Es stehe vielmehr aufgrund der medizinischen Aktenlage fest, dass der Beschwerdeführer spätestens seit dem Jahre 2006 in der Lage gewesen wäre, eine leidensangepasste Tätigkeit zu 70 % auszuüben, er aber keine Anstalten getroffen habe, um sich wirtschaftlich wieder einzugliedern. Weiter sei zu beachten, dass er vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 1995 regelmässig unterdurchschnittliche und erhebliche Schwankungen aufweisende Jahreseinkünfte erzielt habe, weshalb die in der angefochtenen Verfügung getroffene Annahme eines hypothetischen (auf Tabellenfüllen fussenden) Valideneinkommens von Fr. 50'840.-- nach unten zu korrigieren sei. Es sei vielmehr (Ä grosszügigerweise) von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 30'000.-- auszugehen, so dass bei einem Invalideneinkommen von Fr. 37'891.-- keine Einkommenseinbusse bestehe. Auch im neu eingereichten psychiatrischen Gutachten von PD Dr. Y. ___ und Dr. Z. ___ vom 25. Oktober 2010 finden sich keine Anhaltspunkte, welche zu einer anderen Beurteilung führen könnten, zumal auf den Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 11. Dezember 2008 abzustellen sei (Urk. 6 und 27).

2.2.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, dass die Aufhebung der Invalidenrente haltlos sei und in keiner Weise mit den medizinischen Akten im Einklang stehe. Sie widerspreche namentlich auch den neurologischen Befunden und Beurteilungen. Er sei nach wie vor als Taxifahrer zu 100 % arbeitsunfähig, und zwar ungeachtet dessen, dass es seit dem Jahr 2000 zu keinem Grand-mal-Anfall mehr gekommen sei und dass er seit Mitte 2000 keine Antiepileptika mehr eingenommen habe. Im Übrigen sei der Beschwerdeführer auch aus orthopädischen Gründen arbeitsunfähig. Diesbezüglich habe sich sein Gesundheitszustand sogar noch verschlechtert. Auch dies gehe aus den medizinischen Akten hervor. Im angefochtenen Entscheid sei weiter zu Unrecht nicht berücksichtigt worden, dass beim Beschwerdeführer eine schwere psychische Erkrankung vorliege. Auch insoweit werde ihm fachärztlich eine 100% Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dass dem Beschwerdeführer aus medizinischen Gründen das Führen jeglicher Fahrzeuge untersagt sei, gehe aus dem verkehrsmedizinischen Bericht vom 18. Dezember 2008 (vgl. Urk. 13/4) deutlich hervor. Es bestehe keine gesundheitliche Verbesserung und somit auch kein Grund für eine Rentenrevision. Aus dem Gutachten von PD Dr. Y. ___ und Dr. Z. ___ vom 25. Oktober 2010 (vgl. Urk. 22) ergebe sich, dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen zu 100 % arbeits- beziehungsweise erwerbsunfähig sei. Der Beschwerdeführer sei bereits mit einfachen Tätigkeiten im Haushalt sowie bei finanziellen Angelegenheiten völlig überfordert. Durch eine mehrmonatige psychiatrische Behandlung mit medikamentöser Einstellung, intensiver sozialer Unterstützung sowie einer Tagesstruktur könne möglicherweise eine Beschäftigung von wenigen Stunden pro Woche an einem geschützten Arbeitsplatz erreicht werden. Eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt sei derzeit sicherlich nicht möglich. Damit stehe ausser Frage, dass mit Blick auf die Voraussetzungen für eine Rentenrevision von einer Besserung der psychischen Erkrankung keine Rede sein könne (Urk. 1, 12 und 21).

E. 3

3.1. Strittig ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. Januar 2009 hinaus Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Dabei ist zu prüfen, ob im Zeitraum vom 21. Januar 2004, als dem Beschwerdeführer - nach einer materiellen Prüfung des

medizinischen Sachverhalts (vgl. dazu auch das Feststellungsblatt Rentenrevision vom 19. Januar 2004 (Urk. 7/69) - letztmals eröffnet wurde, dass er weiterhin Anspruch auf eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % basierende Rente habe, bis zum Erlass der angefochtenen rentenaufhebenden Verfügung vom 11. Dezember 2008 (Urk. 2) eine für den Rentenanspruch wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. zum zeitlichen Referenzpunkt Erw. 1.2 a.E.). Da vorliegend weder den Akten noch den Ausführungen der Parteien Hinweise auf eine Veränderung der erwerblichen Verhältnisse entnommen werden können, bleibt zu prüfen, ob sich im massgebenden Zeitraum der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers entscheidend geändert beziehungsweise verbessert hat. Dabei ist zum besseren Verständnis die medizinische Situation seit Beginn der Leistungszusprache nachzuzeichnen.

E. 3.2

3.2.1.1. Die 1998 erfolgte Zusprechung einer ganzen Rente beruhte in medizinischer Hinsicht gemäss Feststellungsblatt für den Beschluss der Beschwerdegegnerin vom 3. Juli 1997 (Urk. 7/15) auf folgenden Grundlagen beziehungsweise Diagnosen:

- Unfall vom 04.05.1994
- HWS-Distorsion
- Partielle Epilepsie mit komplex-partiellen Anfällen und rascher sekundärer Generalisation
- Mittelstarke diffuse Hirnfunktionsstörungen mit einem Schwerpunkt bifrontal

Der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall vom 4. Mai 1994 zu 100 % arbeits- beziehungsweise erwerbsunfähig. Die Wartezeit habe an diesem Datum begonnen.

3.2.2. Im Rahmen des ersten Rentenrevisionsverfahrens holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht bei Dr. med. B. ____, Spezialarzt FMH für Neurologie, ein. Dieser erhob in seinem Bericht vom 15. September 1998 (Urk. 7/30) folgende Diagnosen:

- Status nach Schädel-Hirntrauma am 04.05.1994
- Partielle, posttraumatische Epilepsie
- Psychoorganisches Syndrom mit vor allem affektiver Störung
- Posttraumatische Ellbogengelenksarthrose rechts

Psychisch zeige sich der Beschwerdeführer immer eigenartig und seltsam. Er sitze stumm da, die Stirn auf die Hand gestützt, schaue auf den Boden und meide den Augenkontakt. Er zeige zum Teil ein inadäquates Verhalten (so stehe er etwa mitten im Gespräch auf und wolle nach Hause gehen) oder sage etwas ganz Abstraktes, das mit dem Gespräch nichts zu tun habe. Er zeige ein pseudodebiles Verhalten. Sonst sei keine psycho-pathologische Produktion festzustellen. Aufgrund des jetzigen Zustandes (das heisse vor allem aus psychischen Gründen) sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Vorläufig könne er auch keine andere Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt ausüben. Auch wegen der Epilepsie (obwohl er nur selten Anfälle habe) sei er nicht fahrtauglich.

3.2.3. Anlässlich des zweiten Rentenrevisionsverfahrens, das ebenso wie das erste zur Bestätigung der ganzen Rente führte, stellte sich die Beschwerdegegnerin im

Wesentlichen auf folgende medizinische Unterlagen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B.____ fÄ¼hrte in seinem Bericht vom 17. September 2003 (Urk. 7/67/3) aus, dass es nach dem Unfall vom 4. Mai 1994 und dem Ausbruch der Epilepsie im Leben des zuvor gesunden und psychisch unauffÄ¼lligen BeschwerdefÄ¼hrers zu grundsÄ¼tzlichen VerÄ¼nderungen mit vielen Problemen und sozialen Folgen gekommen sei. Er dÄ¼rfe nicht mehr Auto fahren, womit er sich zuvor den Lebensunterhalt bestritten habe. Daneben sei er mit der Verarbeitung der Epilepsie, den stÄ¼ndigen Untersuchungen und der Medikation Ä¼berfordert worden. Aufgrund einer AnpassungsstÄ¼rung sei es in psychischer Hinsicht allmÄ¼hlich zu einer BelastungsstÄ¼rung mit depressiver FÄ¼rbung und fluktuierender Pseudodemenz-Symptomatik gekommen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. C.____, SpezialÄ¼rztin FMH fÄ¼r Physikalische Medizin, erhob in ihrem Bericht vom 22. September 2003 (Urk. 7/67/5) folgende Diagnosen:

- Posttraumatische Ellenbogenarthrose rechts bei Status nach operativer Versorgung einer geÄ¼ffneten Bursa, Unfall 2. August 1994
- Status Beckenkontusion mit sekundÄ¼rer Coxarthrose rechts
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Fehlhaltung und Fehlbelastung der WirbelsÄ¼ule sowie Discushernie L4/5 und Spondylarthrose mit Einengung des Foramens L5/S1 rechts
- Chronisches Cervicovertebralsyndrom bei Status nach Schleudertrauma HWS und Protrusion der Bandscheibe C5/6 mit Duralsackkompression, Osteochondrose C5/6 und C6/7, Unfalldatum 4. Mai 1994, anschliessend posttraumatische Epilepsie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der BeschwerdefÄ¼hrer habe zwei AutounfÄ¼lle erlitten. Infolge des Unfalls vom 2. August 1994, bei dem er sich eine Beckenkontusion rechts zugezogen habe, bestehe eine Coxarthrose mit Anlaufschmerzen und belastungsabhÄ¼ngiger Intensivierung. Deshalb habe er einen hinkenden Gang. Durch die Fehlhaltung und Fehlbelastung des Beines wÄ¼rden permanente RÄ¼ckenschmerzen hervorgerufen, mit zum Teil spondylogenen Ausstrahlungen ins rechte Bein. Infolge dieses Unfalls sei der BeschwerdefÄ¼hrer zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig, da er sowohl stehende als auch sitzende Arbeiten mit Belastung des rechten Armes nicht mehr ausÄ¼ben kÄ¼nne. Aufgrund des Unfalls vom 4. Mai 1994, bei dem er ein Schleudertrauma der HalswirbelsÄ¼ule erlitten habe und nach dem eine posttraumatische Epilepsie entstanden sei, habe er zwar immer noch Schmerzen im Nacken-SchultergÄ¼rtel-Bereich. Diese wÄ¼rden allerdings von den vom rechten Ellenbogen ausgehenden Schmerzen eher in den Hintergrund gedrÄ¼ngt. Der BeschwerdefÄ¼hrer habe seit Jahren keinen epileptischen Anfall mehr gehabt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. D.____, Spezialarzt FMH fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. September 2003 (Urk. 7/67/9) ein organisches Psychosyndrom nach SchÄ¼delhirntrauma. Dieses manifestiere sich in andauernden Kopfschmerzen, SchwindelgefÄ¼hlen, depressiven und Angstsymptomen und insbesondere in der StÄ¼rung der kognitiven Funktionen. Mehrfach habe es sich wÄ¼hrend der Therapie erwiesen, dass sich der psychische Zustand des BeschwerdefÄ¼hrers nach dem zweiten Unfall vom 2. August 1994 dramatisch verÄ¼ndert habe. Seiner Ansicht nach sei nach dem ersten Unfall den dauernden Kopfschmerzen zu wenig Beachtung geschenkt worden. Dazu sei eine posttraumatische Epilepsie diagnostiziert worden. Der Zustand habe sich chronifiziert und einen invalidisierenden

Verlauf genommen. Die Symptome hätten sich als therapieresistent erwiesen. Es seien auch Merkmale einer Wesensveränderung vorhanden. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Eine weitere psychiatrische Behandlung sei notwendig. Die Prognose bleibe jedoch sehr ungünstig; es sei auch in Zukunft mit keiner Besserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

Am 13. Januar 2004 erklärte Dr. B., dass der Beschwerdeführer nicht mehr als Taxifahrer einsetzbar sei. Leichte Arbeiten seien ihm zumutbar, allerdings nur in einem geschätzten Rahmen (Urk. 7/68).

3.2.4 Aus neuerer Zeit liegen im Wesentlichen folgende Arztberichte vor:

Dr. med. E., Spezialarzt FMH für Neurologie, Dr. med. N., Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. F. erhoben in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 10. Februar 2006 (Urk. 7/94), das sie im Auftrag der Schweizerischen Unfallversicherung (SUVA) erstellten, folgende Diagnosen und Befunde:

- 1. Unfall vom 04.05.1994 mit Front-Heckkollision, mit HWS-Distorsion, Entwicklung einer Bewusstseinsstörung im Sinne von einem wahrscheinlich epileptischen Anfall (DD neurovegetativ?), ferner mit Traumatisierung vom linken Ellbogen und Eröffnung der Bursa Olecranii mit operativer Sanierung.

- 2. Unfall vom 02.08.1994 als Autoselbstunfall, im Anfall, mit HWS-Distorsion und langwierigem Verlauf mit mehreren teils epileptisch anmutenden Anfällen, z.T. mit positivem EEG, teils wahrscheinlich neurovegetativ; Entwicklung einer schweren Psychopathologie polysymptomatischer Ausprägung, nicht ICD zugänglich, ferner Cervicocephalea und Cervicobrachialgie re, Verschlimmerung von vorbestehender Lumboischialgie re, mit Protrusion L4/5 1994, jetzt grosse Diskushernie L4/5 rechts mit sensorischer Symptomatik und Schmerzsymptomatik.

Unfallfremd:

1. Ellbogenarthrose rechts (Handballerellbogen)

2. Primäre Coxarthrose re

Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Bei lange zurückliegender Anfallsfreiheit und normalem EEG wäre er aus epileptologischer Sicht theoretisch wieder fahrtauglich, jedoch kaum beziehungsweise mit äusserster Zurückhaltung als Taxifahrer. Da spielten auch andere Faktoren eine Rolle.

Dr. B. äusserte sich am 19. Mai 2006 dahingehend, dass die Prognose betreffend Epilepsie günstig zu sein scheine. Ein letztes EEG vom 30. August 2005 habe keine epileptiforme Aktivität gezeigt. Der Beschwerdeführer habe schon seit Jahren keine Anfälle mehr gehabt. Seit Mitte 2002 nehme er auch keine Antiepileptika mehr ein. Die Beschwerden konzentrierten sich vor allem auf Schmerzen in der Hals-Nacken-Region, im rechten Ellbogen und lumbosakral. Er klage über Depressionen und psychisches Unwohlsein. Der Beschwerdeführer könne zurzeit nicht als Taxichauffeur beschäftigt werden. Sonst sei seine allgemeine Arbeitsfähigkeit zunächst auf 50 % zu schätzen (Urk. 7/80).

Dr. C. führte in ihrem Bericht vom 2. Juni 2006 (Urk. 7/81) aus, dass in der letzten Zeit immer mehr Schmerzen im Bereich der rechten Hüfte bei

wahrscheinlichem Status nach Schenkelhalsfraktur bei radiologisch verifizierter Coxarthrose aufgetreten seien. Daneben beständen permanente Rückenschmerzen, zum Teil lumbosacral mit spondylogenen, gelegentlich aber auch radikulären Ausstrahlungen in die Extremitäten bei radiologisch deutlicher Ventrolisthesis C4/5 und Discushernie L4/5. Die Epilepsie sei gut eingestellt. Allerdings sei die Persönlichkeitsveränderung auch im Rahmen einer posttraumatischen depressiven Entwicklung zu interpretieren. Der Invaliditätsgrad habe sich nicht verändert; der Beschwerdeführer sei nicht vermittlungsfähig. Er sei bei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 26. Februar 2007 (Urk. 7/89) erklärte Dr. D.____, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Trotz der durchgeführten Therapie sei es zu keiner Besserung des Gesundheitszustandes gekommen. Nach wie vor sei er äusserst depressiv und ängstlich, in seinem Affekt sehr labil. Er klage über Kopfschmerzen und Schwindelgefühle, starke Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen. Der Beschwerdeführer sei sehr gereizt und meistens ganz erschöpft. Trotz starker Müdigkeit habe er Schlafstörungen. Zeitweise stehe eine starke Selbstwertproblematik im Vordergrund. Der Beschwerdeführer äussere Versagensängste und fühle sich minderwertig. Er habe grosse Angst vor seiner Epilepsie, obwohl er diesbezüglich gut eingestellt sei. Der Beschwerdeführer werde medikamentös und psychotherapeutisch behandelt. Die Prognose sei ungünstig. Nach einer so lange dauernden Störung, angesichts des Verlaufs der Krankheit und beim jetzigen Bild sei auch in Zukunft mit keiner Besserung bezüglich der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. G.____ führte in seinem Gutachten vom 17. Oktober 2007 (Urk. 7/103) aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1994 in der bisherigen Tätigkeit und auch in angepassten Tätigkeiten voll arbeitsunfähig sei. Anfangs hätten mehrheitlich körperliche Störungen im Vordergrund gestanden. In den letzten Jahren hätten nun psychische Störungen den ersten Platz eingenommen. Beim Beschwerdeführer handle es sich um einen verhältnismässig jungen Mann in einer sehr schlechten psychischen Verfassung, die gekennzeichnet sei durch depressive Verstimmungen, psychogene Überlagerungen der körperlichen Beschwerden und eine chronische Persönlichkeitsveränderung mit einer totalen sozialen Entgleisung. Das einzige, was sich in den letzten Jahren zum Positiven verändert habe, sei die Epilepsie, welche nicht mehr nachweisbar sei und keiner Behandlung mehr bedürfe. Seine Meinung decke sich mit derjenigen des behandelnden Psychiaters Dr. D.____: Der Beschwerdeführer sei in diesem Zustand voll arbeitsunfähig und nicht eingliederbar. Dr. B.____ habe anscheinend aus dem Umstand, dass die Epilepsie nicht mehr nachweisbar sei, auf eine Teilarbeitsfähigkeit geschlossen. Das möge zwar ein wichtiges Argument sein, könne aber im konkreten Fall nicht massgebend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sein. Der Beschwerdeführer sei seines Erachtens voll arbeitsunfähig. Die psychotherapeutische Behandlung habe bislang nicht viel Erfolg gehabt; das trabe die Prognose sehr stark.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 4. August 2008 (Urk. 7/120) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine Dysthymia (ICD-10 F34.1). Aus seiner Sicht sei es nicht nachvollziehbar, dass beim Beschwerdeführer 1995

eine Äschwere psychiatrische StÄ¶rungÄ festgestellt und ein relevanter Gesundheitsschaden habe angenommen werden kÄ¶nnen. Dies sei von heute aus betrachtet falsch gewesen; es sei bereits 1995 unzutreffend gewesen. Zur ArbeitsfÄ¶higkeit des BeschwerdefÄ¶hrers Ä¶usserte sich der Gutachter folgendermassen: Die anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¶rung alleine vermindere die LeistungsfÄ¶higkeit in keiner Art von TÄ¶tigkeit, da dem BeschwerdefÄ¶hrer die Äberwindung seiner Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar sei. Die Dysthymia vermindere die LeistungsfÄ¶higkeit in jeder Art von TÄ¶tigkeit um 30 %. Diese EinschrÄ¶nkung kÄ¶nne einer allfÄ¶lligen Reduktion der ArbeitsfÄ¶higkeit aus somatischer Sicht nicht hinzugerechnet werden, weil die Dysthymia weitgehend Ausdruck der kÄ¶rperlichen Missempfindungen sei. Eine deutlich intensivierete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (etwa eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine Psychopharmakotherapie) sei zumutbar und wÄ¶rde die LeistungsunfÄ¶higkeit des BeschwerdefÄ¶hrers innerhalb von sechs Monaten auf unter 20 % senken. Hinsichtlich des Umstandes, dass die ArbeitsfÄ¶higkeit des BeschwerdefÄ¶hrers von anderen medizinischen Experten anders beurteilt worden war als vom Gutachter, Ä¶usserte sich dieser folgendermassen: Als Gutachter sei er sich bewusst, dass therapeutische UnterstÄ¶tzung und versicherungsrechtliche Wertung immer wieder gegeneinander stÄ¶nden. Es sollten aber ÄZumutbarkeitÄ nicht mit ÄGesundheitÄ und Ämedizinisch-theoretischÄ begrifflich nicht mit Äindividuell-realistischÄ begrifflich verwechselt werden. Er mÄ¶sse beurteilen, ob medizinisch-theoretisch zumutbare TÄ¶tigkeiten mit RÄ¶cksicht auf allfÄ¶llig vorliegende psychiatrische StÄ¶rungen bestÄ¶nden. Sogenannte Äpsychodynamische ZusammenhÄ¶ngeÄ bei der Entwicklung oder auch bei einer allfÄ¶lligen Therapie seien nicht relevant, da es hier zunÄ¶chst um die Frage der medizinisch-theoretischen (objektiven) LeistungsfÄ¶higkeit gehe. Die EinschÄ¶tzung, dass der BeschwerdefÄ¶hrer vollstÄ¶ndig arbeitsunfÄ¶hig sei, sei medizinisch-theoretisch kaum zu begrÄ¶nden, Äda es sich mit der Beurteilung einer ÄArbeitsunfÄ¶higkeit bezogen auf die bisherige TÄ¶tigkeit von 100 %Ä um eine absolute motorische, intellektuelle und/oder emotionale InvaliditÄ¶t der VP handeln mÄ¶sste.Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. I. ____, Facharzt FMH fÄ¶r Chirurgie, vom Regionalen Ärtztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin wÄ¶rdigte das Gutachten von Dr. H. ____, am 26. August 2008 als Äberzeugend und nachvollziehbar. Die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab 1995 sei aus medizinischer Sicht falsch gewesen. Der BeschwerdefÄ¶hrer sei in seiner zuletzt ausgeÄbten TÄ¶tigkeit als Taxifahrer zu 70 % arbeitsfÄ¶hig. Seit dem Jahre 2000 habe er keine epileptischen AnfÄ¶lle mehr gehabt. Er mÄ¶sse keine entsprechenden Medikamente mehr einnehmen. Eine ArbeitstÄ¶tigkeit als Taxifahrer kÄ¶nne als optimal leidensangepasst betrachtet werden (Urk. 7/121 S. 6).

Am 7. Oktober 2008 meldete Dr. D. ____, den BeschwerdefÄ¶hrer fÄ¶r eine Hospitalisation in der A. ____, an (Urk. 7/137). Er erklÄ¶rte dabei, dass es zu einer starken Exazerbation des depressiven Zustandes mit paranoiden Symptomen gekommen sei, die auf dem Boden einer chronifizierten psychischen StÄ¶rung entstanden sei. Dies mache eine Hospitalisation erforderlich. Der BeschwerdefÄ¶hrer besitze im Moment einen Fahrausweis der Kategorie B; er habe kein Auto. Es sei zu prÄ¶fen, ob er Äberhaupt fahrtauglich sei.

Dr. C. ____, erhob in ihrem Bericht vom 3. November 2008 (Urk. 3/10) folgende Diagnosen:

- Fortgeschrittene Coxarthrose rechts bei Status nach Kontusion, mÄ¶glicherweise Schenkelhalsfraktur 1994

- Arthrose des rechten Ellenbogens, Sulcus ulnaris-Syndrom rechts
- Chronisches Cervicovertebralsyndrom bei Status nach Schleudertrauma und Ventrolisthesis C4/5 und C6/7
- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Discushernie L4/5, Osteochondrosen L4/5 und L5/S1
- Posttraumatische Epilepsie, zurzeit anfallsfrei
- Multiple Hämangiome
- Depressive Entwicklung

Es lägen sehr komplexe Schmerzsymptome vor, wobei die Rückenschmerzen sowie Ellenbogen- und Hüftschmerzen rechts im Vordergrund ständen. Angesichts des rheumatologischen Status sei der Beschwerdeführer nicht nur in seinen Möglichkeiten, sondern auch hinsichtlich der Belastbarkeit stark eingeschränkt. Er sei nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig. Rein theoretisch bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von zwei Stunden pro Tag; in der Praxis, in der freien Marktwirtschaft, sei er aber nicht vermittlungsfähig.

Oberarzt Dr. med. J. ____, Facharzt für Innere Medizin, vom Institut für Rechtsmedizin der K. ____, führte in seinem Bericht vom 18. Dezember 2008 (verkehrsmedizinischen Begutachtung [Urk. 13/4]) aus, dass der Beschwerdeführer wegen seines Anfallsleidens und seiner psychischen Erkrankung seit Jahren unter regelmäßiger verkehrsmedizinischer Kontrolle stehe. Gemäss dem Bericht des behandelnden Neurologen, Dr. B. ____, könne bezogen auf das Anfallsleiden mit nun knapp neunjähriger Anfallsfreiheit und nach mehr als sechs Jahren ohne Antiepileptika-Konsum bei praktisch normalen EEG-Befunden zwar aus rein epileptologischer Sicht die Fahreignung bejaht werden. Aufgrund des schlechten psychischen Zustandes sei gemäss Dr. B. ____, die Fahreignung bis auf Weiteres nicht mehr gegeben. Der Beschwerdeführer sei pünktlich zum Untersuchungstermin erschienen. Aufgrund der erheblichen psychischen Störung (schweres depressives Verhalten mit zum Teil paranoiden Wahnvorstellungen) sei eine eigentliche Untersuchung aber nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe erzählt, er fühle sich vom amerikanischen Geheimdienst CIA verfolgt, worauf er kurz darauf einen Weinkrampf erlitten und das Untersuchungszimmer verängstigt und motorisch stark verlangsamt verlassen habe. Mit ungebundenen Schuhen sei er drei Stockwerke rückwärts, sich am Geländer haltend die Treppe hinuntergegangen, da er panische Angst gehabt habe, den Lift zu benutzen. Sowohl aus psychischen als auch physischen Gründen sei die Fahreignung für sämtliche Kategorien nicht mehr gegeben. Der Beschwerdeführer habe sich bereit erklärt, den Führerausweis freiwillig und auf unbestimmte Zeit abzugeben. Eine Wiederbewerbung könne frühestens in einem Jahr in Betracht kommen, und zwar nur, wenn der Nachweis einer psychisch stabilen Situation und ein weiterhin positives neurologisch-epileptisches Zeugnis (inklusive aktuellem EEG) erbracht werde. Dann wäre in jedem Fall unter der zu berücksichtigenden Medikation zwingend eine verkehrspsychologische Untersuchung durchzuführen.

Dr. Y. ____, und Dr. Z. ____, hielten in ihrem Gutachten vom 25. Oktober 2010 (Urk. 22) fest, dass der Beschwerdeführer seit den erlittenen Verkehrsunfällen unter Altruismen, Flashbacks, Teilnahmslosigkeit an der Umgebung und Anhedonie

leide. Er vermeide Situationen, welche ihn an den Unfall erinnern könnten. Somit seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) erfüllt. Aufgrund des seit 16 Jahren zunehmenden chronifizierten Verlaufs bestehe zusätzlich vermutlich auch eine anhaltende Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0). Zudem seien die diagnostischen Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt. Die psychotischen Wahnhalte mit Verfolgungs- und Beziehungserleben gingen allerdings über die in einer schweren Depression auftretenden psychotischen Symptome hinaus. Inwieweit ein mögliches epileptisches Geschehen die Symptomatik mitbeeinflusse, müsste durch ein neurologisches Gutachten geklärt werden. Zusätzlich sei die Diagnose einer schizoaffektiven Störung mit gegenwärtig schwerer depressiver Episode (ICD-10 F25.1) zu stellen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit äußerten sich die Gutachter folgendermassen: Der Beschwerdeführer sei bereits mit einfachen Tätigkeiten im Haushalt sowie mit seinen finanziellen Angelegenheiten völlig überfordert. Die regelmäßige Teilnahme am Therapieprogramm sei für ihn eine erhebliche Belastung gewesen. In der Ergotherapie hätten selbst einfache Aufgabenstellungen immer wieder wiederholt werden müssen. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, sich über einen längeren Zeitraum zu konzentrieren. Im kognitiven Training sei ebenfalls eine deutlich verminderte Konzentrationsfähigkeit beobachtet worden. Die neuropsychologische Testung zur Abklärung der Leistungsfähigkeit habe nach eineinhalb Stunden abgebrochen werden müssen; der Beschwerdeführer sei mit den Aufgabenstellungen überfordert gewesen und habe mehrfach nachfragen müssen. Das Arbeitstempo und die Auffassung seien deutlich verlangsamt gewesen. Dem Beschwerdeführer seien aktuell lediglich einfache Aufgaben im Haushalt zumutbar. Durch eine mehrmonatige intensive psychiatrische Behandlung mit medikamentöser Einstellung, intensiver sozialer Unterstützung sowie Tagesstrukturierung könne möglicherweise eine Beschäftigung im Rahmen von wenigen Stunden pro Woche an einem geschützten Arbeitsplatz möglich werden. Eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei derzeit sicher nicht möglich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. L. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von der IV-Stelle führte am 27. Dezember 2010 aus, es falle bei einem Vergleich der Gutachten von Dr. H. ____, einerseits und der Dres. Y. ____, und Z. ____, andererseits auf, dass die Gutachter sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu unterschiedlichen Einschätzungen gekommen seien. Das allein müsse zwar kein Widerspruch sein, lägen doch zwischen der Erstellung der beiden Gutachten zwei Jahre. In dieser Zeit könne es medizinisch-theoretisch durchaus zu Veränderungen des Gesundheitszustandes kommen. Allerdings sei hier eher davon auszugehen, dass es sich um zwei unterschiedliche Beurteilungen des gleichen Sachverhalts handle. Zur Klärung des Sachverhalts werde empfohlen, nochmals Dr. H. ____, zu kontaktieren (Urk. 28 S. 3 f.). Dr. H. ____, wurde in der Folge von der Beschwerdegegnerin allerdings nicht mehr begrusst.

E. 3.3

3.3.1 Ä Ä Am 21. Januar 2004 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer - wie bereits ausgeführt - mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf die Rente auswirke, und dass der Invaliditätsgrad weiterhin 100 % betrage (Urk. 7/70). Aus dem Feststellungsblatt vom 19. Januar 2004 (Urk. 7/69) geht hervor, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die

medizinischen Akten, namentlich den Bericht von Dr. D.____ vom 3. September 2003 (Urk. 7/67/9) davon ausging, dass der Beschwerdeführer schon aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die weiteren durch Arztberichte dokumentierten Gesundheitsbeeinträchtigungen somatischer Natur (vgl. dazu Erw. 3.2.3) fanden im genannten Feststellungsblatt keine Erwähnung. Dazu bestand auch kein Anlass, weil der Invaliditätsgrad von 100 % bereits aufgrund des psychischen Leidens begründet war.

Zu beachten ist dabei, dass im Rahmen des am 21. Januar 2004 abgeschlossenen Rentenrevisionsverfahrens die beim Beschwerdeführer festgestellte Epilepsie keine Rolle mehr spielte. Insoweit hatte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bereits vorher gebessert, indem dieser seit dem Jahr 2000 keinen Grand-mal-Anfall hatte, so dass die Antiepileptika-Medikation Mitte 2002 beendet werden konnte (vgl. dazu den Bericht von Dr. B.____ vom 19. Mai 2006 [Urk. 7/80 S. 2]).

Die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2008, mit welcher die Rente des Beschwerdeführers revisionsweise aufgehoben wurde, - kann entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - nicht damit begründet werden, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem Jahr 2000 keine epileptischen Anfälle mehr gehabt habe. Zu prüfen ist vielmehr, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem 21. Januar 2004 und dem 11. Dezember 2008 anderweitig nochmals und gegebenenfalls in relevanter Weise gebessert hat.

3.3.2 Die medizinischen Akten zeichnen vorliegend - wie Dr. L.____ treffend konstatierte - ein uneinheitliches und widersprüchliches Bild. Dr. L.____ ist zuzustimmen, wenn er es für wenig wahrscheinlich hielt, dass sich die offensichtliche Diskrepanz zwischen den Gutachten von Dr. H.____ und der Dres. Y.____ und Z.____ (allein) dadurch erklären lasse, dass das erste Gutachten im Jahr 2008 erstellt worden sei und das zweitgenannte im Jahr 2010. Vielmehr liegt offensichtlich - wovon auch Dr. L.____ ausging - eine diametral unterschiedliche Beurteilung des im Wesentlichen gleichen Sachverhalts durch verschiedene Gutachter vor. Dafür spricht auch der Umstand, dass Dr. H.____ die Rentenzusprechung bereits ab initio für ungerechtfertigt beziehungsweise die Feststellung eines relevanten Gesundheitsschadens aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gründen ab dem Jahr 1995 für falsch hielt (vgl. Urk. 7/120 S. 35).

Soweit die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Meinungsäußerungen der Dres. H.____ und I.____ in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) zum Schluss kam, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrer wieder zu 70 % zumutbar sei und diese Tätigkeit sogar als optimal angepasst angesehen werden könne, ist dies aufgrund der Aktenlage nicht nachvollziehbar. Gestützt auf die verkehrsmedizinische Begutachtung von Dr. J.____ steht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer als Taxifahrer nicht arbeitsfähig ist. Dr. J.____, der über entsprechendes spezifisches Fachwissen und Berufserfahrung verfügt und in amtlichem Auftrag für das M.____ entsprechende Abklärungen vornimmt, erklärte nachvollziehbar und überzeugend, dass dem Beschwerdeführer die Fahreignung für sämtliche Kategorien fehle (Urk. 13/4). Dass die Ansprüche an die Fahreignung bei berufsmässigen Personentransporten (etwa Taxifahrer) noch höher anzusetzen sind als für nicht-gewerbliche Fahrten, bedarf keiner weiteren Ausführungen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Dres. H.____ und I.____ die Eignung des Beschwerdeführers als Taxifahrer unter diesen Umständen ohne Weiteres (implizit beziehungsweise sogar

ausdrücklich) bejahen. Dies weckt insgesamt erhebliche und unüberwindbare Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens von Dr. H.____.

Zwar wird der Invaliditätsgrad (wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Eventualbeurteilung in der angefochtenen Verfügung zu Recht festhielt) grundsätzlich nicht durch den Grad der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, sondern (bei Erwerbstätigen) mittels eines Einkommensvergleichs bestimmt. Dieser Umstand ändert jedoch nichts daran, dass die Einschätzungen der Dres. H.____ und I.____, die den Beschwerdeführer - wie erwähnt - sogar als Taxifahrer arbeiten lassen wollten, bezüglich zumutbarer Tätigkeiten diametral von denjenigen der übrigen zahlreichen medizinischen Experten, die sich jemals umfassend zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers geäußert haben, abweichen. Dass die Einschätzungen von Dr. H.____ angesichts dieser Aktenlage, insbesondere auch nach Eingang des Gutachtens der Dres. Y.____ und Z.____ (vgl. Urk. 22), keine genügende Entscheidungsgrundlage für eine Rentenrevision bieten kann, erkannte auch Dr. L.____, der zur Klärung des Sachverhalts einige Rückfragen an Dr. H.____ formulierte (vgl. Urk. 28 S. 3 f.).

Hinzu kommt, dass die Beschwerdegegnerin ausser aller Acht gelassen hat, dass beim Beschwerdeführer nicht nur psychische Gesundheitsstörungen vorliegen, sondern auch diverse somatische Gesundheitsbeeinträchtigungen diagnostiziert wurden. Diese wurden aber - soweit ersichtlich - im Rentenrevisionsverfahren nicht berücksichtigt. Zwar mangeln die psychischen Faktoren im vorliegenden Fall im Vordergrund stehen; das bedeutet aber nicht, dass die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen bei der medizinischen Abklärung im Hinblick auf die Invaliditätsbemessung von vornherein unbeachtlich wären. Jedenfalls ist es im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens nicht zu einer polydisziplinären Abklärung gekommen. In den Akten liegt das interdisziplinäre Gutachten der Dres. E.____, N.____ und F.____ (Urk. 7/94), welches im Auftrag der SUVA erstellt wurde. Dieses Gutachten (in dem übrigens dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestiert wurde) datiert allerdings vom 10. Februar 2006, so dass es (insbesondere in einem rentenrevisionsrechtlichen Zusammenhang) nicht mehr als aktuell bezeichnet werden kann.

3.3.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insofern verbesserte, als er seit Jahren keine epileptischen Anfälle mehr erlitten hat und auch keine entsprechende medikamentöse Behandlung mehr erforderlich ist, wobei aber - wie ausgeführt wurde - diese Gesundheitsverbesserung bereits vor dem Referenzzeitpunkt, dem 21. Januar 2004, eintrat.

Ob es im massgeblichen Vergleichszeitraum zu einer anderweitigen Gesundheitsverbesserung gekommen und somit ein Rentenrevisionsgrund im Sinne von Erw. 1.2 gegeben ist, erscheint angesichts der vorliegenden medizinischen Akten fraglich. Jedenfalls kann diesbezüglich nicht auf das Gutachten von Dr. H.____ abgestellt werden, da es - wie ausgeführt - weder überzeugend noch polydisziplinär, das heisst auch die somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen umfassend, ist und nicht mit der übrigen Aktenlage in Einklang steht. Für die Annahme, dass die Rentenzusprechung ab initio aus psychiatrischer Sicht falsch gewesen wäre, wie Dr. H.____ sinngemäss ausführte, findet sich in den Akten keine hinreichende Stütze. Umgekehrt kann auch nicht ohne Weiteres auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer bereits allein aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig sei (so etwa Dr. Y.____ und Dr. Z.____ in Urk. 22; beispielsweise erscheint deren Diagnose

einer posttraumatischen Belastungsstörung mehr als fraglich, vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 9C_775/2009, Erw. 4.1 mit Hinweisen). Insoweit ist der Einwand von Dr. H.____, wonach die Rollen eines behandelnden Arztes, dem in erster Linie eine therapeutische Funktion zukomme, und diejenige eines versicherungsmedizinischen Gutachters zu unterschiedlichen Wertungen und Einschätzungen führen könnten (vgl. Urk. 7/120 S. 38; zur im Rahmen der Beweiswürdigung relevanten Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2009, 9C_842/2009, Erw. 2.2 mit Hinweisen), nicht gründenlich von der Hand zu weisen. Entsprechendes gilt für Dr. C.____, welche den Beschwerdeführer allein aus somatischen Gründen als vollständig arbeitsunfähig bezeichnete (vgl. Urk. 3/10). Um verbleibende Unsicherheiten zu beseitigen, erscheint es angezeigt, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers - namentlich im Hinblick auf die Frage einer wesentlichen Veränderung im relevanten Vergleichszeitraum (vom 21. Januar 2004 bis zum 11. Dezember 2008) - umfassend und polydisziplinär abklären zu lassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Gesagten folgt, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2008 (Urk. 2), mit welcher die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente des Beschwerdeführers per Ende Januar 2009 einstellte, aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung und neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Als Obsiegen gilt insoweit auch die Rückweisung an den Versicherungssträger zur weiteren Abklärung (BGE 110 V 57 Erw. 3a). Insgesamt erscheint vorliegend eine Prozessentschädigung von Fr. 5'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 11. Dezember 2008 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfahren und hernach neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Februar 2009 verfüge.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Verfahren ist kostenlos.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 5'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Paul Baumgartner
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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.