

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00230 vom 20. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00230](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00230)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00230 du 20 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00230 del 20 giugno 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 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: 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 der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin

für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, 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 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 dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010, E. 1 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieser Revisionsordnung geht der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 110 V 178 E. 2a; Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) nicht erfüllt sind.

1.4 Ä Ä Ä Ä Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen

begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

## **E. 2**

2.1 Strittig ist die Rechtmässigkeit der Aufhebung der dem Beschwerdeführer seit 1. März 2001 ausgerichteten ganzen Rente (per 31. März 2010).

2.2 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 17. Dezember 2007 auf den Standpunkt, dass seit der Rentenzusprache vom 4. Juli 2001 zwar keine wesentliche Verbesserung eingetreten, jedoch von einer damals unzutreffenden, allein auf das subjektive Beschwerdebild ausgerichteten Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, womit die Voraussetzungen einer Wiedererwägung erfüllt seien. Der Beschwerdeführer sei in angestammter und angepasster Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 2; Urk. 6). Demgegenüber ist X. im Wesentlichen der Ansicht, dass weder ein Wiedererwägungs- noch ein Revisionsgrund gegeben und ihm folglich weiterhin eine ganze Rente auszurichten sei (Urk. 1). Im Übrigen sei auch aus Gründen des Vertrauensschutzes die Aufhebung der Rente nicht erlaubt (Urk. 12).

## **E. 3**

3.1 Grundlage für die ursprüngliche volle Rentenzusprache vom 4. Juli 2001 bildeten gemäss Feststellungsblatt für den Beschluss vom 20. März 2001 (Urk. 7/62) Berichte von Dr. A. vom 18. Mai 2000 an die B. (Urk. 7/45), vom 8. September 2000 an die C. (Urk. 7/47) und vom 28. Februar 2001 an die IV-Stelle (Urk. 7/52; Urk. 7/59/3-4), ein Bericht der D. vom 11. Dezember 2000 (Urk. 7/56), die Unfall-Akten der C. (Urk. 7/61/1-155), namentlich der Bericht der B. vom 18. August 2000 (Urk. 7/61/54-55), der Arbeitgeberbericht der Z. AG vom 13. Oktober 2000 (Urk. 7/54) sowie der Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten vom 11. Oktober 2000 (Urk. 7/53). Der Stellungnahme des Medizinischen Diensts der IV-Stelle vom 23. März 2001 (Urk. 7/63) ist zudem zu entnehmen, dass eine volle Rente aufgrund des Berichts der D. ausgewiesen war.

Der den Beschwerdeführer seit 11. April 2000 (Urk. 7/45/1) behandelnde Rheumatologe Dr. A. erklärte am 8. September 2000, dass es dem Patienten schlecht gehe und dieser nach wie vor auf unbestimmte Zeit arbeitsunfähig sei, und stellte die Diagnosen eines chronischen zerviko-zephalen Schmerzsyndroms rechts-betont nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) am 13. Januar 2000, Spannungskopfschmerz bei ausgeprägter Dekonditionierung im Nacken/ Schulterbereich mit Haltungsinsuffizienz, einem skoliotischen Hohlrundrücken sowie massiver vegetativer Begleitsymptomatik von CVS/CCS (Urk. 7/47/2-3). Dr. A. hatte den Versicherten bereits vorgängig zur neuro-orthopädischen Untersuchung in die B. überwiesen, wobei die verantwortlichen Ärzte mit Bericht vom 20. Juni 2000 ein chronisches zerviko-zephalales Schmerzsyndrom rechtsbetont nach HWS-Distorsionstrauma vom Januar 2000 sowie Spannungskopfschmerz bei ausgeprägter Dekonditionierung im Nacken-/Schulterbereich mit Haltungsinsuffizienz diagnostizierten und einen unauffälligen neurologischen Befund, insbesondere ohne Hinweise für eine Radiculopathie oder Myelopathie, erhoben (Urk. 7/46/2). Am 18. August 2000

wiederholten sie die Diagnosen zuhanden der C.\_\_\_\_ und fÄ¼hrten aus, der Versicherte sei seit Februar 2000 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig (Urk. 7/61/54-55).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ab 9. Oktober 2000 stand der Versicherte in ambulanter Behandlung in der D.\_\_\_\_, wobei mit Austrittsbericht vom 11. Dezember 2000 ein persistierendes zerviko-vertebrales und zerviko-zepales Syndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma am 13. Januar 2000 (mit/bei WirbelsÄ¼ulen-Fehlhaltung und -form [Kopfprotraktion, hohe Hyperkyphose, Skoliose am zervikothorakalen Ä¼bergang, Haltungsinsuffizienz], im MRI Verdacht auf posttraumatischen Gliose-Herd, Symptomausweitung) diagnostiziert wurde. Der Versicherte leide nach einem HWS-Distorsionstrauma im Januar 2000 weiterhin unter erheblichen Beschwerden, welche bisher therapieresistent gewesen seien (Urk. 7/56/1). Die neuropsychologische AbklÄ¼rung habe in den Ä¼berprÄ¼ften Funktionsbereichen altersgerechte Befunde ergeben, die optische ErmÄ¼dbarkeit (Computer-Arbeit) sei jedoch leicht erhÄ¼hlt. Die medizinisch-theoretische ArbeitsfÄ¼higkeit betrage seit 6. Dezember 2000 30 % bei einem 50%igen Zeitaufwand (Urk. 7/56/2-3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A.\_\_\_\_ attestierte dem BeschwerdefÄ¼hrer am 28. Februar 2001 zuhanden der IV-Stelle eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit seit 17. MÄ¼rz 2000. Er erhoffe sich von einem stationÄ¼ren Rehabilitationsaufenthalt klare Antworten betreffend der zukÄ¼nftigen ArbeitsfÄ¼higkeit des Versicherten (Urk. 7/52/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter findet sich in den Akten ein Bericht der B.\_\_\_\_ vom 25. Januar 2001, worin festgehalten wurde, dass unverÄ¼nderte therapieresistente Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Schulter, vermehrtes Schwitzen, Schwankschwindel, Kopfschmerzepisoden, und eine allgemein verminderte Belastbarkeit mit Stimmungsschwankungen bestehen wÄ¼rden. Neu aufgetreten sei Ende November 2000 eine GefÄ¼hlsstÄ¼rung im rechten Arm initial auch mit rechtsseitigem Bein- und Rumpfbefall mit subjektiven Gangschwierigkeiten. Es sei schwierig, die ArbeitsunfÄ¼higkeit zu beurteilen, die teilweise Aufnahme einer TÄ¼tigkeit sollte jedoch mÄ¼glich sein (Urk. 7/58/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im vom Unfallversicherer eingeholten Gutachten der MEDAS vom 5. Juni 2002 wurde als die ArbeitsfÄ¼higkeit beeinflussende Diagnose ein chronifiziertes cervicocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0) mit intermittierenden migrÄ¼niformen Kopfwehspitzen, ohne Nachweis radikulÄ¼rer und/oder spinaler AusÄ¼lle, mit Verdacht auf vegetative Begleitsymptomatik, mit nach 10-monatiger Latenz zum Unfall aufgetretener sensibler FunktionsstÄ¼rung des rechten Arms ohne elektrophysiologisches Korrelat bei Zustand nach Verkehrsunfall (Heckkollision) vom 13. Januar 2000 mit HWS-Distorsion angefÄ¼hrt, ferner eine die ArbeitsfÄ¼higkeit nicht beeintrÄ¼chtigende Entwicklung kÄ¼rperlicher Symptome aus psychischen GrÄ¼nden (ICD-10 F68.0). Der Versicherte gab an, im September 2001 habe er nebst der tÄ¼glichen Physiotherapien seine ursprÄ¼ngliche TÄ¼tigkeit bei seiner bisherigen Arbeitgeberin wÄ¼hrend einer Stunde pro Tag wieder aufgenommen und die Arbeitszeit inzwischen auf zirka zwei Stunden pro Tag, oft verteilt auf den Vor- und Nachmittag, steigern kÄ¼nnen. Aufgrund der geringgradigen Symptomatik sei die ArbeitsfÄ¼higkeit aus psychischen GrÄ¼nden nicht eingeschrÄ¼nkt. Aus somatischer Sicht bestehe aufgrund des Zervikalsyndroms eine 20%ige EinschrÄ¼nkung (Urk. 7/98/69 ff. S. 21 f.).

3.2Ä Ä Ä Ä Die die ganze Rente bestÄ¼tigende Mitteilung der IV-Stelle vom 26. Mai 2003 (Urk. 7/87) beruht im Wesentlichen auf dem Bericht Dr. A.\_\_\_\_s vom 18. April 2003

(Urk. 7/84/1-3). Dieser hält gestützt auf die Ergebnisse der in der Rehaklinik R. \_\_\_ und der B. \_\_\_ getätigten Abklärungen zusammenfassend fest, dass die im Schädel-MRI vom September 2001 zutage getretenen fokalen Signalstörungen im paraventrikulären Marklager die Verdachtsdiagnose einer Multiple Sklerose (MS) erhärtet, ab nicht zu 100 % bestätigt habe. Die wahrscheinliche MS mit einmaligem Schub im November 2000 bleibe für die Prognose unberechenbar und erkläre gewisse Begleitsymptome wie vegetative Dysbalance, Müdigkeit und allgemein Schwäche. Trotz guter Motivation und Willen des Patienten sei vorerst keine Verbesserung der Arbeitsleistung zu erwarten. Doch habe er die Hoffnung noch nicht aufgegeben (Urk. 7/84/3).

### E. 3.3

3.3.1 Im Rahmen der von der IV-Stelle anlässlich der jüngsten Revision im Jahr 2006 veranlassten polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS wurde X. \_\_\_ am 29./30. Oktober 2007 internistisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht. Die Fachärzte (Dr. med. E. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin; Dr. med. F. \_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie) diagnostizierten am 17. Dezember 2007 "mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien das Clinical isolated Syndrom bei Verdacht auf Multiple Sklerose (MS), der Status nach HWS-Distorsion am 13. Januar 2000, der Verdacht auf arterielle Hypertonie sowie der Status nach Nikotinabusus. Aufgrund der objektivierbaren neurologischen Befunde des chronischen Zervikalsyndroms bestehe eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten von 20 % (Urk. 7/115/18). Folglich bestehe für die derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit sowie für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, die ganzzeitig realisierbar sei. Aufgrund der Untersuchungsbefunde und der anamnestischen Angaben habe sich die gesundheitliche Situation seit dem letzten MEDAS-Gutachten vom 5. Juni 2002 nicht verändert, weswegen die aktuelle Arbeitsfähigkeitseinschätzung, die der im früheren MEDAS-Gutachten vorgenommenen entspreche, seit Januar 2002 gelte. Jedoch habe die bei der letzten Untersuchung durch die MEDAS vom 15. Januar 2001 festgestellte mögliche psychische Überlagerung der körperlichen Symptome nicht mehr eruiert werden können (Urk. 7/115/19). Die Tatsache, dass der Explorand nur in einem kleinen Pensum arbeitstätig sei, könne mit dem ausgeprägten subjektiven Krankheitsempfinden wie auch mit dem sekundären Krankheitsgewinn, der unter anderem durch die Berentung durch die IV gestützt werde, erklärt werden. Die Prognose für eine Steigerung des Arbeitspensums hänge davon ab, ob der Explorand die Motivation dafür aufbringe, ein grösseres Pensum zu leisten (Urk. 7/115/19-20).

Der neurologische Facharzt stellte fest, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen der fehlenden Verspannung der Rückenmuskulatur und der starken Bewegungseinschränkung bestehe. Bei der Untersuchung entstehe der Eindruck eines aktiven Gegenhaltens bei Schmerzantizipation. Während dem übrigen Untersuchungsgang zeige der Versicherte eine Zwangshaltung, bei der Kopfbewegungen möglichst vermieden würden. Diese Steifhaltung des Kopfes sei im gesamten klinischen Kontext aus somatischer Sicht nicht erklärbar. Es bestehe jedoch eine gewisse Druckdolenz im mittleren HWS-Bereich, so dass ein Teil der Beschwerden des



3.3.4.4. Die H. AG hielt mit Bericht vom 31. Mai 2010, welcher sich auch auf den Zeitraum vor Verfügungserlass vom 4. Februar 2010 bezieht fest, der Versicherte sei nur beschränkt einsetzbar. Bei längeren Einsätzen vor dem Bildschirm müsse er oft die Arbeit unterbrechen, aufstehen, sich bewegen. Er reagiere zeitweise extrem auf Lärm, konzentriertes Arbeiten am Computer mache ihm zu schaffen, Hektik am Arbeitsplatz sei für ihn unmöglich, Tram- oder Zugfahren sei unerträglich, oft würden ihn Kopfschmerzen den ganzen Tag begleiten. Der gegenwärtige Gesundheitszustand des Versicherten erlaube es nicht, ihm einen vollzeitlichen Arbeitsplatz anzubieten. Zumutbar sei unter allen Aspekten eine Beschäftigung von maximal 50 %. Dabei müssten die täglichen Arbeiten auf eine behinderte Person zugeschnitten sein (Urk. 13/2). Am 20. Dezember 2009 hatte die H. AG noch ausgeführt, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten betrage höchstens 60 %. Es gebe sicher Tage, an denen der Versicherte - stets unter Einnahme von starken Medikamenten - ohne grössere Probleme zu 80 % arbeitsfähig sei, es gebe aber um so mehr Tage, an denen er maximal zu 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/137).

3.3.5.5. Dem Bericht der Neurologie der B. vom 25. Mai 2010 - welcher sich auch auf den Zeitraum vor Verfügungserlass vom 4. Februar 2010 bezieht (vgl. Urk. 14 bis Urk. 16) - sind dieselben Diagnosen zu entnehmen wie dem Bericht vom 22. Juni 2009 (vgl. vorstehend E. 3.2.4). Der Verlauf in den letzten sechs Monaten wird als stationär beschrieben, bei weiterhin regulärem Verlauf sei eine Kontrolle in einem Jahr vorgesehen (Urk. 13/1).

#### 4.4.4.4.4.

4.1.4.4.4. Zu Recht unbestritten geblieben ist, dass das für eine Wiedererwägung notwendige Erfordernis der Erheblichkeit der von der Verwaltung vorgenommenen Berichtigung der am 4. Juli 2001 erfolgten Leistungsgewährung (vgl. Urk. 7/74) angesichts der zur Diskussion stehenden Dauerleistung (Rente) ohne weiteres gegeben wäre (vgl. BGE 119 V 480 E. 1c mit Hinweisen). Strittig und zu prüfen ist aber, ob die Qualifizierung der ursprünglichen Rentenzusprache als zweifellos unrichtig gerechtfertigt ist.

4.2.4.4.4. Bei Renten der IV ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst, so namentlich jene der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 6 ATSG). Hier bedarf es für die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit einer qualifiziert rechtsfehlerhaften Ermessensbetätigung. Scheint die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Rentenzusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010, E. 2.2 und 9C\_562/2008 vom 3. November 2008, E. 2.2 mit Hinweisen; ferner BGE 129 V 433 E. 3, 125 V 368 E. 2 und 3). Dass die begutachtenden Ärzte der MEDAS ab Anfang 2002 sowie der behandelnde Neurologe der B. ab unbestimmtem Zeitpunkt eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Dienstleistungsbereich attestierten, vermag an der Zuverlässigkeit der Beurteilung durch den Medizinischen Dienst der IV-Stelle vom 20. März 2001, dass eine volle Rente gemäss dem Bericht der D. ausgewiesen war (Urk. 7/63), zwar gewisse Zweifel aufkommen lassen. Eine bloss unterschiedliche Gewichtung ärztlicher Stellungnahmen im Zeitpunkt der Rentenzusprache einerseits und anlässlich ihrer Wiedererwägung andererseits genügt

indessen nicht, um die ursprüngliche Erkenntnis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen. Gegen eine zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache spricht sodann der Umstand, dass der Beschwerdeführer erst Anfang des Jahres 2002 seine angestammte Tätigkeit zu einem geringen Pensum wieder aufgenommen hat (Arbeitgeberbericht der Z. \_\_\_ AG; Urk. 7/85/1). Dass die im Jahre 2001 erfolgte Rentenzusprache nachträglich als zweifellos unrichtig bezeichnet werden müsste, kann demnach nicht gesagt werden. Damit mangelt es an einer der Voraussetzungen, die für eine auf dem Wege der Wiedererwägung vorzunehmende Rentenaufhebung kumulativ erfüllt sein müssten.

## E. 5

5.1. Zu prüfen bleibt, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Rentenverfugung vom 4. Juli 2001 (vgl. zur Vergleichsbasis vorstehend E. 1.3) und der Verfugung vom 4. Februar 2010 eine revisionsrechtlich bedeutsame Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen, das heisst eine objektive Verbesserung des Gesundheitszustands mit entsprechend gesteigerter Arbeitsfähigkeit oder geänderte erwerbliche Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitsbeeinträchtigung, eingetreten ist. Identisch gebliebene Diagnosen schliessen grundsätzlich eine revisionsrechtlich erhebliche Steigerung des tatsächlichen Leistungsvermögens (Arbeitsfähigkeit) - sei es aufgrund eines objektiv geminderten Schweregrades ein- und desselben Leidens, sei es aufgrund einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person - nicht aus. Ob eine derartige tatsächliche Änderung oder aber eine revisionsrechtlich unbeachtliche abweichende ärztliche Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands vorliegt, bedarf einer sorgfältigen Prüfung (vgl. auch Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 259). Dabei gilt auch hier der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Bundesgerichtsurteil 8C\_818/2009 vom 23. März 2010 E. 4.1.1 mit Hinweis auf Urteil 9C\_149/2009 vom 14. Juli 2009 E. 3.2.2).

5.2. Soweit die Gutachter die MEDAS in ihrem aktuellen Gutachten von einer seit der letzten Begutachtung unveränderten gesundheitlichen Situation ausgehen und daran festhalten, dass die Arbeitsfähigkeit bereits damals nur um 20 % eingeschränkt gewesen sei, so ist diese Feststellung für den vorliegend zu beurteilenden Vergleichszeitraum irrelevant. Massgebende Vergleichsbasis ist der Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung, der 4. Juli 2001, und nicht der 5. Juni 2002, der Zeitpunkt der ersten Begutachtung in der MEDAS. Bei der Rentenverfugung hatte der Beschwerdeführer namentlich nach den damaligen Beurteilungen Dr. A. \_\_\_s und der Ärzte der B. \_\_\_ aufgrund der Unfallfolgen und einer nach 10-monatiger Latenz zum Unfall aufgetretenen sensiblen Funktionsstörung des rechten Arms, die bei der ersten Begutachtung mangels eines elektrophysiologischen Korrelats als vegetative Begleitsymptomatik des am 13. Januar 2000 erlittenen Schleudertraumas interpretiert worden war, dann aber nach den inzwischen getätigten Abklärungen zur Diagnose einer MS geführt hatte, hinsichtlich der ursprünglichen, nunmehr als leidensangepasst beurteilten Bortätigkeit noch als zu 100 % arbeitsunfähig gegolten und entsprechende Taggelder des Unfallversicherers bezogen.

Die Tatsache, dass der Versicherte seine Arbeitstätigkeit gemäss seinen eigenen Angaben im MEDAS-Gutachten vom 5. Juni 2002 bereits im September 2001 mit einer täglichen Arbeitszeit von einer Stunde wieder aufnehmen und auf

zirka zwei Stunden hatte steigern können, und der Umstand, dass die Arbeitgeberin selber von einer inzwischen verbesserten Arbeitsfähigkeit ausgeht, indem sie ein Pensum von maximal 50 % beziehungsweise 60 % und an bestimmten Tagen sogar von 80 % für zumutbar hält, spricht indes trotz des nach wie vor bestehenden chronischen zervikozephalen Schmerzsyndroms durchaus für eine inzwischen eingetretene gesundheitliche Verbesserung. Dies umso mehr, als nicht nur die Gutachter der MEDAS, sondern auch die Neurologen der B.\_\_\_\_, die ursprünglich eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt hatten, nun ebenfalls eine 80%ige Tätigkeit im Dienstleistungssektor für angemessen halten und dabei den mit der MS vereinbaren Befunden offenbar ebenso wie die Ärzte der MEDAS im aktuellen Gutachten keine Bedeutung zuerkennen.

5.3 Angesichts der somit ausgewiesenen gesundheitlichen Verbesserung stellt sich die Frage nach der dem Beschwerdeführer nunmehr zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich stellt das Gutachten der MEDAS vom 17. Dezember 2007 durchaus eine massgebende Entscheidungsgrundlage dar, denn es ist schlüssig und umfassend. X.\_\_\_\_ wurde internistisch (Urk. 7/115/10-12), psychiatrisch (Urk. 7/115/12-14) und neurologisch (Urk. 7/115/15-17) untersucht. Die oben in E. 3 auszugsweise erwähnten Vorakten (Urk. 7/115/3-9), die eine fundierte Beurteilung erlauben, und die persönlichen Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 7/115/10-13; Urk. 7/115/15) wurden umfassend berücksichtigt sowie gewürdigt. Die Beurteilung der medizinischen Situation ist einleuchtend und widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar (Urk. 7/115/18-20). Damit sind die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage grundsätzlich erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.5).

Auch die gegen das Gutachten der MEDAS erhobenen Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 12 S. 6 Ziff. 5) und die übrigen medizinischen Akten vermögen nichts am Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens zu ändern. Es sind keine Diagnosen ersichtlich, die von den Gutachtern der MEDAS nicht berücksichtigt worden sind. Dass die MEDAS-Gutachter lediglich eine Verdachtsdiagnose auf MS stellten, während die behandelnden Ärzte (Hausarzt und Neurologen) die Diagnose als gesichert erachten, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht entscheidend in Frage zu stellen, denn auch laut den neurologischen Fachärzten der B.\_\_\_\_ steht der Status nach HWS-Distorsionstrauma im Januar 2000 mit dem chronischen zerviko-zephalen Syndrom im Vordergrund und zog die Diagnose der MS bis zum Verfahrenszeitpunkt (noch) keine Arbeitsunfähigkeit mit sich. Die B.\_\_\_\_ stimmt denn auch betreffend der Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit den MEDAS-Gutachtern überein.

Was die durch Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Auch die Schreiben der Arbeitgeberin des Versicherten stellen keine geeignete Grundlage dar, um den Grad der Arbeitsfähigkeit definitiv festzusetzen oder diesbezügliche Einschätzung des MEDAS-Gutachtens und der B.\_\_\_\_ in Frage zu stellen. Denn die Arbeitsfähigkeit ist in erster Linie aus medizinischer Sicht zu beurteilen und nicht gestützt auf Einschätzungen der Arbeitgeberin, die wiederum weitgehend auf

dem subjektiven Empfinden der versicherten Person beruhen. Für die Leistungsberechtigung in der IV, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt, kann das subjektive Empfinden aber nicht massgebend sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_775/2009 vom 12. Februar 2010, E. 4.1 mit Hinweisen). Soweit sich der Beschwerdeführer gegen das MEDAS-Gutachten vom 5. Juni 2002 wendet und sich auf die diesbezügliche Kritik von Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst vom 16. Januar 2006 (Urk. 7/93) beruft, so ist darauf hinzuweisen, dass dieses Gutachten keine massgebende Entscheidungsgrundlage mehr bildet. Im aktuellen Gutachten wird darauf denn auch in erster Linie im Zusammenhang mit dem Beginn der nunmehr attestierten Arbeitsunfähigkeit Bezug genommen. Dieser aktuellen, mit derjenigen der Ärzte der B.\_\_\_\_ übereinstimmenden Zumutbarkeitsbeurteilung liegen nun aber ausserhalb neue polydisziplinäre Abklärungen zugrunde und es wurden der weitere Verlauf nach der ersten Begutachtung sowie die sich auf die MS beziehenden Abklärungsergebnisse in die Beurteilung mit einbezogen.

5.4 Folglich kann von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der derzeit ausgeübten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ausgegangen werden. Der von der IV-Stelle vorgenommene Einkommensvergleich mit einem Valideneinkommen von Fr. 69'080.-- und einem die 20%ige Einschränkung berücksichtigenden Invalideneinkommen von Fr. 55'264.--, aus dem ein Invaliditätsgrad von ebenfalls 20 % resultiert (Urk. 2, 7/120), blieb unbeanstandet. Selbst wenn ein allenfalls in Betracht fallender behinderungsbedingter Abzug von 10 % (vgl. BGE 126 V 75) vorgenommen würde, vermöchte der sich daraus ergebende Invaliditätsgrad von 28 % keinen Rentenanspruch zu begründen.

Somit kann die verhängte Rentenaufhebung im Ergebnis bestätigt werden. Dies bedeutet, dass die sich angesichts des Fehlens von organisch nachweisbaren Funktionsausfällen stellende Frage, ob das die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende, seit dem Schleudertrauma bestehende chronische zervikozephalische Schmerzsyndrom überhaupt invalidisierend wirkt beziehungsweise ob Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess beziehungsweise die Wiederaufnahme eines vollen Arbeitspensums als unzumutbar erscheinen lassen (vgl. BGE 136 V 279), offen gelassen werden kann.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass angesichts der ausgewiesenen anspruchserheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers kein Anlass besteht, eine vertrauensschutzrechtlich unterlegte Weiterführung der bisherigen Invalidenrente zu erwägen. Eine solche liesse sich gemäss der höchstgerichtlichen Rechtsprechung nicht mit dem gesetzlichen Konzept der Revision von Dauerleistungen nach Massgabe anspruchserheblicher Veränderungen des Sachverhalts vereinbaren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_587/2010 vom 29. Oktober 2010, E. 4).

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Lotti Sigg Bonazzi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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