

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01054 vom 12. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01054

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01054 du 12 juin 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01054 del 12 giugno 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Ä Ä Ä Ä 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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 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). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

1.2 Ä Ä Ä Ä Dieser Revisionsordnung geht jedoch der Grundsatz vor, dass die Verwaltung befugt ist, jederzeit von Amtes wegen auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wird die zweifellose Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung erst vom Gericht

festgestellt, so kann es die auf Art. 17 ATSG gestützte Revisionsverfugung mit dieser substituierten Begründung schätzen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369).

Bei Renten der Invalidenversicherung im Besonderen ist zu beachten, dass die Ermittlung des Invaliditätsgrades verschiedene Ermessenszüge aufweisende Elemente und Schritte umfasst. Zu denken ist namentlich an die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit als Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall bedingte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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 Erw. 3, 125 V 368 E. 2 und 3).

1.3 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 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).

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 Arbeitsfähigkeit, 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.4 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

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

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. Die nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

1.5 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen 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).

1.6 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert auch mit Rücksicht auf die in BGE 137 V 210 erläuterten Korrekturen nicht. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_575/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 4.1).

3.1.2. Dr. med. B.____, Oberarzt Kardiologie am Spital C.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 27. November 2001 eine koronare Herzkrankheit mit inferolateralem Myokardinfarkt am 29. August 2000 bei normaler LV-Funktion mit primärer Stentimplantation in schwere RCA-Stenose am 2. Oktober 2000 und bei bisher guter kardialer Leistungsfähigkeit unter Medikation, einen Diabetes mellitus sowie eine aus psychiatrischer Sicht bestehende Einschränkung der Bewältigung von besonderen Situationen. Er führte weiter aus, bei vorbestehender Erkrankung des Diabetes mellitus und manifester koronarer Herzkrankheit sei mit einer Verschlechterung der kardialen Situation zu rechnen, allerdings könne bezüglich Zeitpunkt und Schweregrad nichts gesagt werden. Beim Patienten komme es vielmehr darauf an, dass er in einer psychisch stabilen Situation stehe, da dies auch das Kardiale stabil halte. Demzufolge sei eine partielle Arbeitsfähigkeit von 50 % sinnvoll; auch wenn der Patient rein kardial wahrscheinlich mehr leisten könnte (Urk. 7/2).

3.1.3. Nach der Stentimplantation vom 2. Oktober 2000 hielt sich der Beschwerdeführer vom 12. Oktober bis 8. November 2000 zur kardialen Rehabilitation in der Klinik D.____ auf. Im Austrittsbericht vom 9. November 2000 wurde ausgeführt, in der Eintrittsfahrradergometrie habe der Patient mit 150 Watt den Sollwert erreicht. Darunter seien keine Beschwerden und keine Ischämien aufgetreten. Die Echokardiographie habe unauffällige Befunde mit erhaltener linksventrikulärer Funktion ergeben. Die medikamentöse Therapie sei unverändert fortgeführt worden. Während eines Wochenendaufenthaltes zu Hause habe der Patient aber ein retrosternales Druckgefühl geklagt. Nach Einnahme von Nitroglycerin sei es eine Viertelstunde später zu einer leichten Besserung gekommen. Aufgrund der langen Latenz und fehlenden objektiven Befunden seien sie nicht von einer kardialen Ursache ausgegangen. Unter einer fett-, cholesterin- und kochsalzarmen sowie ballaststoffreichen kalorienreduzierten Ernährung sei es zu einer Gewichtsreduktion von 1 kg und einer Verbesserung der anfangs pathologisch erhöhten Blutfettwerte gekommen. Um das Fortschreiten der koronaren Herzerkrankung zu verlangsamen und gegebenenfalls eine Regression zu erreichen, würden sie für zu Hause eine möglichst fett- und cholesterinarme sowie ballaststoffreiche kalorienreduzierte Mittelmeerkost empfehlen. Die Blutzuckerwerte seien im Tagesverlauf unter Medikation zufriedenstellend eingestellt gewesen. Der Patient habe regelmässig an einer individuell dosierten kontrollierten Bewegungstherapie teilgenommen. Zur Förderung der allgemeinen aeroben Ausdauer beziehungsweise Steigerung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit habe er mehrmals wöchentlich ein Ergometertraining von 30 Minuten Dauer durchgeführt. Zusätzlich habe er sich am Kraft/Ausdauertraining, an der Wassergymnastik, an geführten Halb- und Ganztageswanderungen, an der Entspannungstherapie und am Autogenen Training teilgenommen. In Visiten und Vorträgen seien Informationen zur Grunderkrankung, deren Behandlungsmöglichkeiten sowie zur sekundärpräventiven Beeinflussbarkeit der kardiovaskulären Risikofaktoren und der notwendigen Lebensstiländerung vermittelt worden. Die Klinikärzte hielten sodann dafür, dass die Arbeitsfähigkeit ab dem 20. November 2000 wieder 50 % und zwei Wochen später 100 % betrage (Urk. 7/3 S. 11-14).

3.1.4. Dr. med. E.____, Leitender Arzt an der Medizinischen Klinik des Spitals F.____, berichtete am 6. Februar 2001, seit einem Monat habe der Patient nun ungefähr sechsmal einen präkordialen Druck mit gleichzeitigem Ziehen im linken Schulter-/Oberarmbereich

verspärkt. Nach Einnahme von Nitroglyzerin sei jeweils eine rasche Besserung festzustellen. Die Symptomatik trete vor allem in Ruhepausen respektive bei extremen Wetterverhältnissen auf; eine Belastungsabhängigkeit werde verneint. Der Patient absolviere ungefähr dreimal pro Woche ein Fitnessstraining respektive turne regelmässig in der Männerriege. Abgesehen von einer belastungsinduzierten Atemnot sei er dabei völlig beschwerdefrei. Zusätzlich verspüre er bei seiner Arbeit als Buschauffeur in Stresssituationen gelegentlich ein thorakales Druckgefühl. Bereits vor dem Myokardinfarkt hätten psychische Probleme bestanden, indem der Patient das Gefühl gehabt habe, das fünfzigste Altersjahr nicht zu erreichen. Die psychische Problematik habe sich nach dem Myokardinfarkt verschlechtert, weshalb der Patient derzeit durch Dr. A.____ psychiatrisch betreut werde. Die klinische Untersuchung falle unauffällig auf. In der Ergometrie könne der Patient bis zur Sollarbeitskapazität von 150 Watt belastet werden. Es würden dabei weder subjektive noch objektive Hinweise für eine Ischämie vorliegen. Insgesamt scheine es sich bei der eingangs erwähnten Symptomatik eher um atypische Thoraxschmerzen zu handeln. Der Patient sei jedoch deutlich verunsichert (Urk. 7/3 S. 5-9).

3.1.5.1 Die Hausärztin Dr. med. G.____ führte in ihrem Bericht vom 19. Dezember 2001 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich die koronare Herzkrankheit bei Status nach Myokardinfarkt auf. Sie attestierte sodann dieselben Arbeitsunfähigkeitsgrade, wie sie bereits vom Psychiater Dr. A.____ attestiert worden waren (Urk. 7/3 S. 1-4).

3.2.1.1.1 Aus den vorstehend zitierten Berichten geht hervor, dass die von den behandelnden Fachärzten ab Dezember 2000 attestierte Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich mit der psychischen Problematik zu begründen ist. Sowohl die Kardiologen der Klinik D.____ als auch diejenigen des Spitals F.____ und des Spitals C.____ hielten aufgrund der erhobenen Befunde dafür, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein kardiologischer Sicht nur unwesentlich eingeschränkt sei. Einbereinstimmend wurde sodann eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Problematik gesehen (vgl. oben E. 3.1.1, 3.1.2 und 3.1.4).

E. 3.3

3.3.1.1 Im Verlaufsbericht vom 26. September 2003 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. A.____ zusätzlich eine posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfall am 26. Mai 2003. Er führte sodann aus, seit Zusprechung der halben Invalidenrente arbeite der Patient in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Buschauffeur mit einem Teilzeitpensum von 50 %. Psychisch und somatisch sei er dabei knapp kompensiert gewesen. Vor allem die langen Dienste von 10 bis 12 Stunden Dauer hätten ihn an den Rand der Erschöpfung gebracht, sodass er die Freitage jeweils gebraucht habe, um sich nur einigermaßen wieder zu erholen. Am 26. Mai 2003 habe der Patient einen Unfall verursacht; aus ungeklärten Gründen sei er auf das Trottoir gefahren und mit einer Fussgängerin kollidiert, wobei diese glücklicherweise nur leicht verletzt worden sei. In der Folge sei der Patient von ihm zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden; eine Tätigkeit als Buschauffeur komme nicht mehr in Frage. Auch wenn der Versicherte als Passagier einen Bus besteige, komme es zu innere Unruhe, Panik und Schweissausbrüchen. Sodann leide er seit dem Unfall an behandlungsbedürftigen Schlafstörungen; tagsüber komme es häufig zu Grübeln und Gedankenkreisen. Trotz langsamer Besserung dieses Zustandes im Sinne einer posttraumatischen

Belastungsstärkung sei eine Rückkehr in den angestammten Beruf undenkbar; das Arbeitsverhältnis werde aufgelöst. Entsprechend sei eine Erhöhung der bisherigen halben auf eine ganze Invalidenrente angezeigt (Urk. 7/17).

Mit Bericht vom 23. Januar 2004 ergänzend aus, angesichts der belasteten gesundheitlichen Situation könne höchstens eine 30-40%ige Erwerbstätigkeit in Frage. Angesichts des Alters des Patienten empfehle sich eher eine definitive 100%ige Berentung. Andernfalls wäre eine Berufsberatung respektive -abklärung angezeigt (Urk. 7/20).

3.3.2 Die Hausärztin Dr. G. ___ führte im Verlaufsbericht vom 9. Dezember 2003 aus, der psychische Zustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Aus diesem Grund habe der behandelnde Facharzt ab 26. Mai 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigt (Urk. 7/19).

Gestützt auf diese Berichte, welche die zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich mit einer psychischen Problematik begründen, hielt der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (RAD) dafür, dass von einer 30%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 7/22). Der auf dieser Grundlage durchgeführte Einkommensvergleich ergab einen Invaliditätsgrad von rund 76 % (Urk. 7/21), worauf die zuvor ausgerichtete halbe Invalidenrente mit Verfügung vom 26. März 2004 per 1. August 2003 auf eine ganze Rente erhöht wurde (Urk. 7/24, 7/27).

E. 4.1

4.1.1 Im internistischen Gutachten vom 2. Dezember 2008 wurde festgehalten, in der klinischen Untersuchung habe ein normaler Habitus imponiert. Seit 1996 sei ein Diabetes mellitus bekannt, der seit ungefähr zwei Jahren auch mit Insulin behandelt werde. Anlässlich der aktuellen Begutachtung habe eine optimierte Behandlung objektiviert werden können. An den oberen Extremitäten habe kein klinisch-pathologischer Befund erhoben und kein Hinweis für eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden können. Im Bereich der unteren Wirbelsäule habe kein pathologischer Befund objektiviert werden können, insbesondere habe sich in der segmentalen Funktionsprüfung auch kein Hinweis für eine Bewegungseinschränkung finden lassen. Eine klinisch vermutete linkskonvexe Skoliose lumbal habe mit einem konventionell-radiologisch leichtgradigen Ausmass von maximal 10° korreliert, was noch im Rahmen des Physiologischen einzustufen sei. Konventionell-radiologisch seien im Bereich der Lendenwirbelsäule altersentsprechend normale Gelenkstrukturen zur Darstellung gekommen. Allerdings würden auch diskrete Ossifikationen des vorderen Längsbandes auf Höhe von LWK1 bis LWK5 zur Darstellung kommen, die mit einer metabolischen Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose vereinbar seien. Aufgrund der epidemiologischen Datenlage habe er daher, davon auszugehen, dass diese sich etablierende und derzeit noch als diskret einzustufende diffuse idiopathische skelettale Hyperostose für die Rückenbeschwerden, welche in den 80er und 90er Jahren in einem deutlich stärkeren Ausmass bestanden hätten, ursächlich gewesen sei. Anamnestisch und klinisch würden keine Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen engen Spinalkanal oder einen Nervendehnungsschmerz bestehen. Die cervikalen und thorakalen Bewegungssegmente seien klinisch ebenfalls unauffällig und die Palpation der paravertebralen Weichteile der gesamten Wirbelsäule sei als schmerzfrei beschrieben worden. Im Bereich der unteren Extremitäten seien die

HÄftbewegungen beidseits symmetrisch und frei. Die HÄftinnenrotation links sei als schmerzhaft beschrieben worden. Im ergÄnzend durchgefÄhrten RÄntgenbild des Beckenskeletts seien stabil verheilte Frakturen bei liegendem Osteosynthesematerial im Bereich des oberen und unteren Schambeinastes sowie des Acetabulums, jeweils linksseitig, zur Darstellung gekommen. Nachdem der Unfall vom 3. MÄrz 2006 eine computertomografisch bestÄtigte Acetabulumfraktur zur Folge gehabt hatte, liege somit ein erfreulicher Verlauf vor. Zwischenzeitlich treibe der Versicherte auch wieder Sport; einerseits wÄhentlich im Rahmen einer Turngruppe, die er selber teilweise auch leite, und andererseits sei er auch schon wieder einmal Ski gefahren. DarÄber hinaus habe an den unteren ExtremitÄten kein relevanter klinisch pathologischer Befund erhoben werden kÄnnen (Urk. 7/58 S. 7 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter fÄhrte weiter aus, auch allgemeininternistisch habe er keinen relevanten pathologischen Befund objektivieren kÄnnen. Der Versicherte schildere seit Ende der 90er Jahre psychische Beschwerden, im Rahmen derer multiple Beschwerden wie SchlafstÄrungen, MÄdigkeit, Belastungsintoleranz, Ängste und auch depressive Entwicklungen bestehen wÄrden. DiesbezÄglich habe er keinen korrelierenden klinisch-pathologischen Befund objektivieren kÄnnen, so dass diesbezÄglich auch an funktionelle Beschwerden zu denken sei. Auch die bis zur Rekrutenschule bestehende Enuresis nocturna lasse an nicht nur somatisch abstÄtzbare Beschwerden denken, wobei es auch diesbezÄglich nicht seine Aufgabe sei, Stellung zu beziehen. Im Zusammenhang mit dem kardialen Ereignis aus dem Jahr 2000 bestÄnden zudem Beschwerden im Bereich des Brustkorbes, die unter anderem mit Herzrasen, Angst vor einer Herzerkrankung und mit AtemstÄrungen umschrieben wÄrden. GemÄss der vorliegenden Dokumentation seien diesbezÄglich bereits wiederholt AbklÄrungen erfolgt. Im kardiologischen Konsiliumbericht vom 25. September 2008 werde darauf hingewiesen, dass weder klinisch, in der Myokard-Perfusionszintigraphie, in der Belastungsergometrie noch in der Echokardiographie ein pathologischer Befund habe nachgewiesen werden kÄnnen und dass in der Fahrradergometrie sogar ein als ausgezeichnet eingestuftes Belastungsergebnis von 182 Watt, was einer Norm von 123 % entspreche, erreicht worden sei. Auch im Holter-EKG habe keine relevante RhythmusstÄrung nachgewiesen werden kÄnnen, so dass damals das Herzrasen im Zusammenhang mit den erwÄhnten multiplen Beschwerden interpretiert worden sei. Aus rein kardialer Sicht sei dem Versicherten eine ausgezeichnete LeistungsfÄhigkeit mit einer gÄnstigen Prognose attestiert worden, was er als somatisch orientierter Gutachter nachvollziehen kÄnne. In diesem Bericht sei zudem darauf hingewiesen worden, dass eine leichtgradige Angina pectoris nicht ausgeschlossen werden kÄnne. Eine leichtgradige Angina pectoris-Problematik bedeute aber nicht, dass eine relevante Einschränkung der LeistungsfÄhigkeit vorliege. Im pneumologischen Konsiliumbericht vom 9. Januar 2008 sei darauf hingewiesen worden, dass die Lungenfunktion im Normbereich liege und dass bei einer Tendenz zur Hyperventilation eine bronchiale HyperreaktivitÄt bestehe. Mit den beschriebenen Befunden, insbesondere der Lungenfunktion, kÄnne er keine relevante Einschränkung der ArbeitsfÄhigkeit begrÄnden. Die Angaben des Versicherten zu seinem gelegentlichen Alkoholkonsum seien aufgrund der klinischen Untersuchung und des erfassten CDT-Werts mÄglich; einen jeweils kurzdauernden erhÄhten Alkoholkonsum kÄnne er derzeit jedoch nicht ausschliessen. In den ergÄnzenden Untersuchungen habe er ausserdem keinen Hinweis fÄr eine entzÄndliche Systemaffektion oder fÄr eine paraneoplastische Komponente eruieren kÄnnen (Urk. 7/58 S. 8 f.).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Insgesamt - so der Gutachter weiter - beurteile er die vom Exploranden geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell abstrahierbar auf die objektivierbaren somatisch pathologischen Befunde. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren. Vom somatisch orientierten Gutachter werde erwartet, dass er zur Frage, ob die geschilderten Beschwerden eine allenfalls attestierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus somatischer Sicht begründen könnten, Stellung nehme. Diesbezüglich gelte es auch, auf die vorliegende Dokumentation hinzuweisen. Im endokrinologischen Konsiliumbericht vom 5. Oktober 2000 werde zur Arbeitsfähigkeit keine Stellung genommen, wobei damals wegen einem kardialen Ereignis eine Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Im Austrittsbericht vom 3. Oktober 2000 werde auf eine problemlos durchgeführte Koronarographie vom 2. Oktober 2000 hingewiesen. Während der anschließenden kardialen Rehabilitation habe gemäß dem Bericht vom 9. Oktober 2000 kein Hinweis für eine Ischämie gefunden werden können und die Fahrradergometrie sei normal ausgefallen. In diesem Bericht werde erwähnt, dass die Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. November 2000 für zwei Wochen noch zu 50 % eingeschränkt sei und dass danach wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Diese Einschränkung könne er aus somatischer Sicht nachvollziehen. Im Konsiliarbericht vom 6. Februar 2001 werde dann erwähnt, dass keine Hinweise für eine Ischämie beständen und dass die geschilderten Thoraxschmerzen als atypische Thoraxschmerzen einzustufen seien. Mit diesen Angaben könne er keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Den Inhalt des IV-Arztberichtes des behandelnden Psychiaters vom 29. Oktober 2001 habe er als Somatiker zur Kenntnis zu nehmen. Darin würden keine somatisch-pathologischen Befunde erwähnt, die eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Im IV-Arztbericht vom 27. November 2001 werde darauf hingewiesen, dass beim Patienten eine Einschränkung bei der Bewältigung von besonderen Situationen vorliege. Die in diesem Bericht erwähnten Angaben und Befunde seien aus somatischer Sicht nicht geeignet, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzuschätzen. Im IV-Arztbericht vom 19. Dezember 2001 würden Arbeitsunfähigkeiten seit dem 29. August 2000 attestiert, wobei der Versicherte ab dem 1. Januar 2001 offensichtlich zu 70 % einer beruflichen Tätigkeit als Buschauffeur nachgegangen sei, bis ihm ab dem 1. August 2001 erneut eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden sei. Mit den erwähnten Befunden könne keine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründet werden. Den Inhalt des IV-Arztberichtes des behandelnden Psychiaters vom 26. September 2003 habe er als somatisch orientierter Gutachter zur Kenntnis zu nehmen. Im IV-Arztbericht vom 8. Januar 2004 werde darauf hingewiesen, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustandes den psychischen Zustand betreffe und dass deshalb ab dem 26. Mai 2003 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Im Konsiliumsbericht vom 26. April 2007 werde auf eine normale Pumpfunktion in der Echokardiographie hingewiesen und erwähnt, dass bei ansonsten beschwerdefreier Situation wegen einer leichtgradigen Anstrengungsdyspnoe eine Myocardszintigraphie geplant werde. Die am 1. Oktober 2007 durchgeführte Myocardszintigraphie habe dann im Vergleich zur Voruntersuchung von April 2007 eine Leistungsabnahme gezeigt, jedoch keine Hinweise für eine Ischämie ergeben. Gemäß dem pneumologischen Konsiliumsbericht vom 9. Januar 2008 sei diese Leistungsabnahme nicht auf die Befunde der Myocardszintigraphie vom 1. Oktober 2007

zurückgeführt worden, was er nachvollziehen könne. Die Lungenfunktion sei sodann damals im Normbereich gewesen. Mit den im Bericht vom 9. Januar 2008 erwähnten Angaben könne keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten begründet werden. Im IV-Arztbericht der medizinischen Klinik des Spitals F. ___ vom 1. April 2008 würden keine neuen Angaben erwähnt und darauf hingewiesen, dass bei fehlender Ischämie-Reaktion und normaler linksventrikulärer Pumpfunktion die Atemnot nicht kardial abgestützt werden könne. Ähnliche Angaben seien dann im kardiologischen Konsiliumsbericht vom 25. September 2008 enthalten, in dem darauf hingewiesen werde, dass die in der Fahrradergometrie erbrachte Leistung 123 % der Norm entspreche und dass rein aufgrund der kardiologischen Befunde mit einer normalen Leistungsfähigkeit und einer normalen linksventrikulären Pumpfunktion ein sehr erfreulicher Verlauf mit einer günstigen Prognose und einer ausgezeichneten Leistungsfähigkeit bestehe. Aufgrund der im kardiologischen Bericht erwähnten Angaben könne keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit für eine Verweistätigkeit begründet werden. Im IV-Arztbericht vom 5. Juni 2007 werde auf eine gut abgeheilte Acetabulumfraktur links, die sich der Versicherte am 3. März 2006 beim Skifahren zugezogen habe, hingewiesen. Skifahren bedeute eine körperliche Belastung und insofern, als der Versicherte auch nach diesem Unfallereignis noch einmal Ski gefahren sei und auch derzeit noch wöchentlich Turnen praktiziere, habe er Mitte, derzeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit für eine Verweistätigkeit zu begründen. Die Inhalte der Berichte des behandelnden Psychiaters vom 14. November 2007 sowie vom 11. November 2008 habe er zur Kenntnis zu nehmen. Eine relevante Einschränkung der Leistungsfähigkeit für eine Verweistätigkeit könne aus somatischer Sicht nicht auf die darin enthaltenen Angaben abgestützt werden (Urk. 7/58 S. 9 ff.).

Der begutachtende Internist hielt schliesslich fest, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, sei die Arbeitsfähigkeit als Buschauffeur im Zeitraum von Ende August 2000 bis Mitte Dezember 2000 vollständig eingeschränkt gewesen. Spätestens seit Ende Dezember 2000 könne er für diese berufliche Tätigkeit keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mehr erkennen. Dass der Explorand im Zusammenhang mit einem Unfallereignis vom 26. Mai 2003 vom Fahrdienst suspendiert worden sei, habe er als somatisch orientierter Begutachter zur Kenntnis zu nehmen. Eine Suspendierung bedeute indes nicht zwingend, dass eine derartige Tätigkeit aus somatisch-medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne er derzeit, aus rein somatischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formulieren. Bei einer angepassten Verweistätigkeit handle es sich um leicht- bis mässiggradig körperlich belastende Arbeiten, welche in einem temperierten Raum mit der Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung unter Einhaltung der Rückenergonomie zu wechseln, zu verrichten seien (Urk. 7/58 S. 11 f.).

4.1.2 Im psychiatrischen Gutachten vom 26. Februar 2009 wird festgehalten, beim Versicherten handle es sich um einen heute 56-jährigen, verheirateten angelernten Verkäufer und gelernten uniformierten Postbeamten, Familienvater mit drei erwachsenen Kindern aus äusserlich geordneten Verhältnissen mit bis 2000 aus psychiatrischer Sicht unauffälliger Biographie, insbesondere auch normvarianter Gestaltung des Arbeits- und Beziehungslebens. Gegen eine definitiv neurotische Grundlage einer bis 20-jährig

anhaltenden nächtlichen Urininkontinenz spreche die gleichzeitig am Tag bestehende Pollakisurie, die offenbar bis heute weiter bestehe. Entsprechende urologische oder neurologische Abklärungen seien nie durchgeführt worden. Auf der Berufsebene habe der Explorand abwechselnd als Zustellbeamter, Buschauffeur und Spediteur gearbeitet, wobei es sich um durchgehend lange Anstellungen gehandelt habe. Die Wechsel seien jeweils aus praktischen Gründen, einmal wegen Rückenbeschwerden, erfolgt. Zuletzt sei der Versicherte bis 2003 während elf Jahren als Buschauffeur tätig gewesen. Ab 1999 habe sich, bei bekanntem Diabetes mellitus Typ II und Hypercholesterinämie, eine koronare Herzkrankheit manifestiert. Im August 2000 habe der Versicherte einen inferolateralen Myokardinfarkt erlitten, auf den er mit psychischen Beschwerden, nämlich Angst vor einem erneuten Infarkt und Schlafstörung reagiert habe. In diesem Zusammenhang sei er ab Dezember 2000 auch stützend psychiatrisch betreut worden. Anlässlich der damaligen IV-Abklärungen sei ihm eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, weshalb in der Folge ab 1. Februar 2002 bei einem IV-Grad von 40 % eine Viertelsrente und ab 1. Mai 2002 bei einem IV-Grad von 50 % eine halbe Rente ausgerichtet worden sei. Der Explorand habe bis Mai 2003 mit einem zeitlichen Pensum von 50 % weiter als Buschauffeur gearbeitet, bis er am 26. Mai 2003 mit seinem Bus einen Unfall mit Personenbeteiligung verursacht habe und ihm sein Busfahrausweis entzogen worden sei. Vom behandelnden Psychiater sei dann eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Buschauffeur sowie eine 30%ige Restarbeitsfähigkeit attestiert worden. Folglich sei die Rente ab August 2003 bei einem IV-Grad von 75 % auf eine ganze Rente erhöht worden. Heute müsse allerdings die damalige Diagnose einer posttraumatischen Störung auch retrospektiv in Frage gestellt werden. Zwar habe der Explorand berichtet, am Anfang habe er auch Mühe gehabt, einen Bus als Fahrgast zu besteigen; heute sei dies nicht mehr der Fall. Sowohl für damals als auch für heute würden jedoch spezifische Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, wie Wiederhallerinnerungen, Intrusionen, Hyperarousal, Konstriktionen, Alpträume, etc. verneint. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne demzufolge gemäß ICD-10-Kriterien nicht diagnostiziert werden (Urk. 7/63 S. 20 f.).

Die begutachtende Fachärztin fuhr fort, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich nach Aufgabe der Arbeitstätigkeit stabilisiert. So habe die psychiatrische Behandlung im April 2004 abgeschlossen werden können, bis der Versicherte, kurz nach Erhalt des IV-Vorbescheids vom 10. August 2007 wieder seinen Psychiater konsultiert habe, der das erneute Auftreten von 'Ängstlichkeit und Bedrücktheit, Existenzängsten, Gedankenkreisen und Schlafstörungen' festgestellt habe. Gegen den IV-Vorbescheid seien Einwände erhoben worden und der Versicherte habe sich wieder in eine psychiatrische Betreuung begeben, wobei die Terminfrequenz je nach Befindlichkeit auch bis zu einmal monatlich reduziert werden können. Es sei nur eine schlafanstoßende Medikation mit dem Trizyklikum Surmontil in sehr tiefer Dosierung eingesetzt worden. In der Zwischenzeit sei eine innermedizinische IV-Begutachtung mit Attestierung einer derzeit uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus somatisch-rheumatologischer Sicht für eine angepasste Verweistätigkeit durchgeführt worden. Heute präsentiere sich ein sorgenvoll wirkender, aber affektiv schwingungsfähiger Versicherter. Im Vordergrund des aktuellen psychopathologischen Befundes würden einzig existentiell-finanzielle Zukunftsängste stehen, die auch vom Exploranden in Zusammenhang mit der in Aussicht gestellten Klärung der

IV-Leistungen gebracht werde. In Übereinstimmung mit der Einschätzung des behandelnden Psychiaters müsse festgestellt werden, dass die ängstlich-depressiven Phasen jeweils in Zusammenhang mit Belastungssituationen gestanden hätten, und entsprechend nach ICD-10-Kriterien als Anpassungsreaktionen zu kodieren seien. Die aktuelle, im Sommer 2007 im Zusammenhang mit dem IV-Vorbescheid vom behandelnden Psychiater festgestellte ängstlich-depressive Reaktion mit Schlafstörung habe im Verlauf bis heute graduell an Intensität nachgelassen, so dass die psychiatrische Behandlung und auch die schlafanstossende Medikation nur noch nach Bedarf erfolgen würden. Differentialdiagnostisch lägen keine Anhaltspunkte für einen etwaigen habituellen Verstimmungszustand beziehungsweise eine Dysthymia vor. Die Persönlichkeitsstruktur erscheine zwar durch selbstunsichere beziehungsweise ängstlich-vermeidende Züge geprägt, die ICD-10-Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne seien aber nicht erfüllt. Im übrigen sei die nun achtjährige IV-Berentung wohl auch dieser Persönlichkeitsprägung entgegen gekommen beziehungsweise sei das Vermeidungsverhalten hinsichtlich eines beruflichen Wiedereinstiegs dadurch bestärkt und quasi legitimiert worden. Schliesslich lägen auch Anhaltspunkte für eine gewisse Psychosomatisierungstendenz vor, die aber nur ungenügend von den tatsächlich vorliegenden (kardiologischen, diabetischen, rheumatologischen) Grundleiden abgegrenzt werden könne, und in ihrer milden Ausprägung arbeitsmedizinisch nicht relevant erscheine, beziehungsweise keine separate psychiatrische Diagnosestellung zulasse. Aufgrund dieser Ausführungen und ihrer Beobachtungen komme sie zu folgenden psychiatrischen Diagnosen: Anamnestisch wiederholte Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt, gegenwärtig leichtgradige Symptomatik (ICD-10: F43.22) in psychosozialer Belastungssituation (gegenwärtig finanziell-existentieller Verunsicherung, ICD-10: Z59.8) sowie akzentuierte ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Sodann führte die Gutachterin aus, die Anpassungsstörung habe in ihrer gegenwärtig leichten Ausprägung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; die akzentuierten Persönlichkeitszüge seien arbeitsmedizinisch nicht relevant, wenngleich sie auf dem Hintergrund der seit Jahren durch die Invalidenrente gestatteten beziehungsweise legitimierten Vermeidung von beruflichen Aktivitäten und Übernahme von Verantwortung einen beruflichen Wiedereinstieg erschweren könnten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sowohl im angestammten als auch im gelernten Bereich wie auch in einer etwaigen angepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 7/63 S. 21 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich wurde im psychiatrischen Gutachten ausgeführt, falls im Februar 2004 aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben sollte, habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten eindeutig gebessert. Retrospektiv sei wohl im August 2007 als Reaktion auf den IV-Vorbescheid mit der in Aussicht gestellten Kürzung der Leistungen eine vorübergehend heftige Reaktion mit Angst und Schlafstörung aufgetreten, die heute nur noch leichtgradig vorliege. Heute sei der Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit weder als Buschauffeur noch in einer sonstigen Tätigkeit eingeschränkt. Heute müsse sodann das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung entschieden verneint werden (Urk. 7/63 S. 26 f.).

E. 4.2

4.2.1.1. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung vermag das internistische Gutachten vom 2. Dezember 2008 zu überzeugen. Es beruht auf sorgfältigen und allseitigen Untersuchungen (Urk. 7/58 S. 2-5), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 7/58 S. 2 f.) und ist in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben worden (Urk. 7/58 S. 5 f. und 14-22). Die Beurteilung ist schlüssig und nachvollziehbar; der Gutachter setzte sich ausserdem mit den früheren ärztlichen Einschätzungen eingehend auseinander (Urk. 7/58 S. 9-11). Als Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie ist er sodann ohne Weiteres in der Lage, die im vorliegenden Fall relevanten somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Diabetes, Herzerkrankung, Lungenfunktionsstörungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates) zu beurteilen. Dass er sich - wie der Beschwerdeführer moniert (Urk. 1 S. 4) - auch zur Frage des Verlaufs der psychischen Störungen geäussert haben sollte, trifft nicht zu; Dr. Y._____ wies diesbezüglich stets daraufhin, dass er als Somatiker zu psychiatrischen Krankheitsbildern und den gestützt darauf attestierten Arbeitsunfähigkeiten keine Stellung nehmen könne (Urk. 7/58 S. 9-11). Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten des Dr. Y._____ ist somit erstellt, dass aus rein somatischer Sicht seit Dezember 2000 keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist; sodann steht fest, dass mit Bezug auf die koronare Herzerkrankung seit dem Ereignis vom August 2000 ein sehr erfreulicher Verlauf mit einer günstigen Prognose und einer derzeit ausgezeichneten Leistungsfähigkeit besteht (vgl. dazu Urk. 7/58 S. 15 ff.). Dabei handelt es sich nicht um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes. Wie bereits erwähnt (oben, E. 3.2 und 3.4), erfolgte die Rentenzusprache und -erhöhung hauptsächlich aufgrund von psychischen Leiden, welche nach Auffassung des behandelnden Facharztes eine Arbeitsunfähigkeit begründeten; die Einschätzung des Internisten Dr. Y._____, wonach im Verlauf für eine wechselbelastende, leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht bestanden habe, steht daher nicht in Widerspruch zur damaligen Aktenlage.

4.2.2. Die psychiatrische Gutachterin tat sodann schlüssig dar, dass im Begutachtungszeitpunkt einzig eine Anpassungsstörung geringgradiger Ausprägung als krankheitwertige psychische Störung zu diagnostizieren sei, welche die Arbeitsfähigkeit nicht (mehr) zu beeinträchtigen vermöge. Gegenüber den vom behandelnden Psychiater in den Jahren 2000/2001 (vgl. oben E. 3.1.1) sowie 2003/2004 (vgl. oben E. 3.3.1) erhobenen Befunden stellt dies eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes dar, was sich auch in einer wesentlichen Erhöhung des Grades der Arbeitsfähigkeit niederschlagen darf. Wenn die Gutachterin aufgrund einer retrospektiven Beurteilung indes annimmt, eine posttraumatische Belastungsstörung habe auch im Jahr 2003 nicht vorgelegen, da die gemäss ICD-10 erforderlichen Kriterien nicht erfüllt gewesen seien (Urk. 7/63 S. 21 und 26), handelt es sich um eine Einschätzung, die zwar zutreffen könnte, aufgrund des Umstandes, dass damals der behandelnde Facharzt sowie der RAD-Arzt Dr. med. H._____ das Vorliegen einer solchen Störung zu jener Zeit bejahten (vgl. dazu Urk. 7/22 S. 2), nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. Entsprechend muss davon ausgegangen werden, dass im Zeitpunkt der Rentenerhöhung trotz möglicher Zweifel an den damaligen Einschätzungen des behandelnden Psychiaters und des beurteilenden RAD-Arztes eine die Arbeitsfähigkeit massiv einschränkende psychische Störung bestand, welche seither abgeklungen ist und nunmehr lediglich noch ein

Gesundheitsschaden besteht, welcher die Arbeitsfähigkeit nicht mehr in einem rentenbegründenden Ausmass zu beeinträchtigen vermag. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung handelt es sich bei der gutachterlichen Beurteilung daher nicht um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Bei dieser Sachlage liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vor und es kann offenbleiben, ob die Verfügungen, mit welchen die ursprüngliche Rente zugesprochen und daraufhin erhöht wurde, nicht als zweifellos unrichtig zu betrachten wären, was bei Annahme eines unveränderten Gesundheitszustandes allenfalls hätte geüft werden müssen.

4.3.3.3. Aus den erstellten Gutachten geht hervor, dass der Beschwerdeführer ausgedehnte Waldspaziergänge mit seinem Hund unternimmt (Urk. 7/63 S. 11), den Haushalt seiner Familie führt (Urk. 7/58 S. 2, 7/63 S. 6 und 11) und im Rahmen eines Turnvereins regelmässig Sport treibt, wobei er zum Teil auch als Leiter der Gruppe fungiert (Urk. 7/58 S. 2 und 8). Weiter kann dem psychiatrischen Gutachten entnommen werden, dass es sich beim damals 56-jährigen Versicherten um eine normalgewichtige, gepflegte und etwas jünger aussehende Person handelte, mit der eine offene und unkomplizierte Kontaktaufnahme möglich sei; dabei seien seine Gedächtnisleistungen, die Aufmerksamkeit und die Konzentration während der gesamten Exploration unauffällig (Urk. 7/63 S. 19). Schliesslich konnte die begutachtende Psychiaterin auch keine Antriebsstörung und keinen sozialen Rückzug feststellen (Urk. 7/63 S. 19); aus den Schilderungen des Beschwerdeführers geht im Gegenteil hervor, dass er mit seiner erwerbstätigen Ehegattin eine harmonische Beziehung führt (Urk. 7/63 S. 7), sein weiteres familiäres Umfeld, namentlich die Beziehung zu seinen erwachsenen Kindern, ebenfalls intakt ist (Urk. 7/63 S. 11) und er auch rege Kontakte zu seinen Kollegen aus dem Turnverein pflegt (Urk. 7/63 S. 11). Es ist somit erstellt, dass es sich beim Versicherten um eine agile, gewandte und im gesellschaftlichen Leben integrierte Person handelt. Obwohl er im Zeitpunkt der Einstellung der während über acht Jahren ausgerichteten Rentenleistungen bereits im fortgeschrittenen Alter von 58 Jahren stand, ist ihm daher eine Selbsteingliederung zumutbar (Urteile des Bundesgerichts 9C_367/2011 vom 10. August 2011 E. 3.3, 9C_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3). Aufgrund der von ihr festgestellten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsszüge hält die Gutachterin zwar eine aktive Hilfestellung beim beruflichen Wiedereinstieg durch die Organe der Invalidenversicherung für sinnvoll (Urk. 7/63 S. 24); vor dem Hintergrund, dass der Versicherte in der Lage ist, den Familienhaushalt selbstständig zu führen und leitende Funktionen in seinem Turnverein auszuüben, ist aber nicht zu sehen, inwiefern Eingliederungsmassnahmen notwendig sein sollten (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_39/2012 vom 24. April 2012 E. 5.2).

E. 5

5.1.1.1. 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.2.1 Der frühere Arbeitgeber gibt an, dass der Beschwerdeführer mit seiner angestammten Tätigkeit als Buschauffeur im Jahr 2010 mit einem Beschäftigungsgrad von 100 % ein Jahreseinkommen von Fr. 80'814.-- erzielen würde. Dazu würde er noch Zulagen in Höhe von ungefähr Fr. 400.-- pro Monat erhalten (Urk. 3). Damit ist das dem Einkommensvergleich zugrundeliegende Valideneinkommen - wie vom Beschwerdeführer verlangt (Urk. 1 S. 5) - auf Fr. 85'614.-- festzusetzen.

E. 5.3

5.3.1 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall

gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

5.3.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist vorliegend ein statistischer Tabellenlohn heranzuziehen. Auf dem hypothetischen, als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt (vgl. Urteil des seinerzeitigen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 186/05 vom 10. Juli 2006 E. 2.3) lassen sich genügend adaptierte Tätigkeiten finden, welche dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des von den Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofils und seiner Neigungen sowie Begabungen offenstehen. Entsprechend ist vom nicht nach Branchen differenzierten standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für männliche Arbeitskräfte an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus (Kategorie 4) von Fr. 4'806.-- auszugehen (Tabelle TA1 der LSE 2008, S. 26). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft 3-2012 Tabelle B9.2 S. 94) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne der Männer von 2'092 Punkten im Jahr 2008 auf 2'150 Punkte im Jahr 2010 ergibt dies ein Bruttoeinkommen von Fr. 61'642.--.

Da dem Beschwerdeführer bloss ein beschränktes Tätigkeitsspektrum offensteht, ist ein angemessener leidensbedingter Abzug von 10 % zu berücksichtigen. Entgegen den in der Beschwerde vorgebrachten Einwänden wirken sich das fortgeschrittene Alter und die fehlende Dauer der Betriebszugehörigkeit bei Tätigkeiten des niedrigsten Anforderungsniveaus kaum auf das erreichbare Lohnniveau aus. In diesem Zusammenhang ist sodann zu berücksichtigen, dass sich die vielfältigen langjährigen Berufserfahrungen und die ausserberufliche Vereinstätigkeit eher lohnerhöhend auswirken. Ein höherer Abzug ist demnach nicht gerechtfertigt.

Bei einem solchermassen festgelegten Invalideneinkommen von Fr. 55'478.-- (Fr. 61'642.-- ./ 10 %) resultiert im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 85'614.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 30'136.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 35 % entspricht (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2).

Bei diesem Ergebnis kann offenbleiben, ob der Beschwerdeführer nicht als teilerwerbstätige Person, die daneben im Aufgabenbereich Haushalt tätig ist, zu qualifizieren wäre (vgl. Urk. 7/58 S. 2, 7/63 S. 6 und 11).

Da der Beschwerdeführer zufolge Verbesserung seines Gesundheitszustandes und seiner Erwerbsfähigkeit seit spätestens Februar 2009 ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen konnte, ist die angefochtene Verfügung, mit welcher die dem Beschwerdeführer bisher ausgerichtete Invalidenrente per Ende des der Zustellung der Verfügung vom 28. September 2010 folgenden Monats aufgehoben wurde, im Ergebnis nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

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:

- Rechtsanwalt Marco Mona
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- '____'

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.