

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00774 vom 28. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00774](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00774)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00774 du 28 septembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00774 del 28 settembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 9. Juni 2011 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Das Gleiche gilt für die am 1. Januar 2012 im Rahmen der Revision 6A in Kraft getretenen neuen Bestimmungen. Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. 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).

1.3 Die 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).

1.4 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich verändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

1.5 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

1.6 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).

1.7. 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 befriedigend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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.).

1.8. Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteile des Bundesgerichts 9C\_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 353 f., Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

## E. 2

2.1. Die IV-Stelle hielt fest, dass dem Versicherten nach dem am 23. April 2006 erlittenen Unfall keine Erwerbstätigkeit möglich gewesen sei, und sprach ihm ab April 2007, nach Ablauf der einjährigen Wartezeit, eine ganze Invalidenrente zu. Da sich sein Gesundheitszustand gemäss der von der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) C. im Rahmen des unfallversicherungsrechtlichen Verfahrens vorgenommenen Begutachtung (Urk. 11/18 S. 4 ff.) per 20. September 2008 verbessert habe und sein Invaliditätsgrad nur noch 20 % betrage, sei die zugesprochene ganze Rente bis zum 30. September 2008 zu befristen. Im übrigen gehe aus einer von Dr. Z. vorgenommenen Begutachtung (Urk. 11/26) hervor, dass der Beschwerdeführer seit dem 26. Januar 2010 wieder voll arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 1-2).

2.2. Dagegen wendet der Versicherte im Wesentlichen ein, er leide an einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche auf die zwei Unfallereignisse zurückzuführen sei und definitionsgemäss auch mehr als 2 Jahre nach diesen

diagnostiziert werden können. Detaillierte Angaben seien dem Bericht der A.\_\_\_\_ zu entnehmen. Ausserdem bemängelt der Versicherte, die Beschwerdegegnerin sei in der Verfügung auf die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens gegenüber den Gutachten ausgeübte Kritik nicht eingegangen (Urk. 1 S. 2-3).

2.3.1 Strittig und zu präzisieren ist somit, inwiefern auf die Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ (Urk. 11/18 S. 4 ff.) und von Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 11/26) abgestellt werden kann und ob die per Ende September 2008 verfügte Rentenaufhebung rechtens ist.

### E. 3

3.1.1 In der Beschwerde bringt der Versicherte sinngemäss vor, das rechtliche Gehör sei im Rahmen des Vorbescheidverfahrens verletzt worden, indem die Beschwerdegegnerin zu seinem Einwand vom 28. Februar 2011 (Urk. 11/40) lediglich festgehalten habe, es seien keine neuen medizinischen Tatsachen eingereicht worden, welche noch zu berücksichtigen seien (Urk. 1 S. 2).

3.2.1 Nach Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 57a Abs. 1 IVG).

Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist von Amtes wegen zu präzisieren (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV), wobei die unter der Herrschaft von Art. 4 aBV hiezu ergangene Rechtsprechung nach wie vor massgebend ist (BGE 126 V 130 E. 2a mit Hinweisen). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht, erhebliche Beweise beizubringen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (vgl. BGE 127 I 56 E. 2b, 127 III 578 E. 2c, 126 V 130 E. 2a, 124 V 181 E. 1a, je mit Hinweisen; Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Art. 42 N. 11 ff.).

Ein weiterer Aspekt des Anspruchs auf rechtliches Gehör ist das Recht auf eine Begründung, welche die versicherte Person in die Lage versetzt, einen Entscheid sachgerecht anzufechten. Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und weshalb die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält oder ob sie es überhaupt in Betracht gezogen hat; sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Kieser, a.a.O., N. 38 zu Art. 49 ATSG, mit Hinweis auf BGE 124 V 182). Die Begründung muss so abgefasst sein, dass eine Anfechtung des Entscheids möglich ist (Kieser, a.a.O., N. 126 zu Art. 61 ATSG in Verbindung mit N. 33 zu Art. 52 ATSG). Inhalt und Dichte einer rechtsgenügenden Begründung lassen sich nicht allgemein bestimmen, sondern nur in Relation zur konkreten materiell-, beweis- und verfahrensrechtlichen Lage (SVR 2010 IV Nr. 51 S. 157 E. 3.1 f. [9C\_363/2009]; vgl. auch BGE 134 I 83 E. 4.1).

3.3.1 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache

selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verurteilung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anfechtung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behauptung zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa). Vorbehalten sind rechtsprechungsgemäss diejenigen Fälle, in denen diese Verletzung nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann (vgl. BGE 124 V 183 E. 4a mit Hinweisen; Kieser, a.a.O., N. 10 zu Art. 42 ATSG).

3.4. In seinem schriftlichen Einwand zum Vorbescheid vom 28. Februar 2011 liess der Beschwerdeführer diverse Einwände gegen die Gutachten der MEDAS C. (Urk. 11/18) und von Dr. Z. (Urk. 11/26) erheben, aufgrund welcher diese aus dem Recht zu weisen und ihm weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten sei (Urk. 11/40 i.V.m. Urk. 11/35).

In der angefochtenen Verurteilung wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, die Überlegungen zur Diagnostik und Beurteilung der Situation des Versicherten seien nicht durch neue medizinische Untersuchungen begründet worden. Deshalb werde daran festgehalten, dass eine markante Verbesserung des Gesundheitszustandes stattgefunden habe (Urk. 2 S. 2).

Die IV-Stelle setzte sich in der angefochtenen Verurteilung nicht konkret mit den Vorbringen des Beschwerdeführers gegen die Gutachten der MEDAS C. und von Dr. Z. auseinander, sondern beschränkte sich darauf, darauf hinzuweisen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten verbessert habe. Sie brachte somit indirekt zum Ausdruck, die gegen die Gutachten erhobenen Einwände seien nicht stichhaltig und die beiden Gutachten seien somit weiterhin als massgebend und verbindlich zu betrachten. Die genauen Überlegungen, von denen sich die IV-Stelle leiten liess und auf welche sie ihre Verurteilung stütze, sind allerdings nicht ersichtlich.

Unabhängig davon, ob im Verhalten der IV-Stelle eine Verletzung der Begründungspflicht und somit des rechtlichen Gehörs gesehen wird, ist von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, da nicht ein derart schwerwiegender Mangel besteht, dass eine Heilung im kantonalen Verfahren angesichts der vollen Kognition der Beschwerdeinstanz (Art. 61 lit. c und d ATSG) nicht angenommen werden kann (vgl. auch SVR 2010 IV Nr. 51 S. 157 E. 3.3). Auf die im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwände (Urk. 11/40) wurde im vorliegenden Beschwerdeverfahren verwiesen und diese werden in der Folge behandelt.

#### **E. 4**

intermittierend leichtem Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M54.5) bei/mit:

- normaler segmentaler Funktionsuntersuchung
- leichten Tendomyosen im distalen Erector trunci links
- altersnormalem Röntgenbild (7. Februar 2007)

#### **E. 5**

psychiatrisch: Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), welche in eine Reaktion auf Belastungs- und Anpassungsstörung mit gemischter Störung von

Gefühlslähmungen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) und in eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) übergegangen ist

#### **E. 6**

neuropsychologisch: In der Untersuchung multifaktoriell bedingte stark schwankende und teilweise ausgeprägte kognitive Leistungseinschränkungen, teilweise inkonsistente Befunde und allgemeine Belastbarkeitsminderung (Schmerz-, psychische Faktoren, eventuell Medikamenten-Nebenwirkungen, zusätzlich unklare befundüberlagernde Faktoren)

#### **E. 7**

Status nach Autounfall (Selbstunfall) vom 21. Januar 2004 ohne Residuen

#### **E. 8**

Adipositas (BMI 38 kg/m<sup>2</sup>)

#### **E. 9**

anamnestisch intermittierender Reizmagen.

Aus der medizinischen Vorgeschichte seien eine schwere Knieverletzung rechts beim Fussball mit Meniskus- und Kreuzbandoperation im Jahr 1998 sowie seit Jahren Probleme mit einer Magenübersäuerung zu erwähnen. Als Folge dieser Knieverletzung könne der Versicherte sportlich kaum mehr aktiv sein und es beständen Restbeschwerden bei Wetterwechsel. Am 27. Januar 2004 habe er einen Schleuderunfall mit dem Personenwagen und eine Kollision mit einem Baum erlitten. Es habe eine Notfall-Hospitalisation am D. \_\_\_\_ stattgefunden, wobei er diesbezüglich keine Restbeschwerden gehabt habe.

Der vorliegend relevante Unfall habe sich am frühen Morgen des 23. April 2006 nach 5 Uhr ereignet. Der von ihm gefahrene Personenwagen habe auffallend geschwankt, sei plötzlich über die Fahrbahn ausgeschert und dort mit einem korrekt entgegengerichteten Auto kollidiert, welches dann ins Schleudern geraten sei, auf seine Strassenseite gerutscht und frontal mit seinem zwischenzeitlich zum Stillstand gebrachten Wagen zusammengestossen sei. Zwischenzeitlich dazugekommene Passanten hätten ihn durch die Hintertür aus dem Auto befreit und auf den Boden gelegt, weil er wegen Gefühllosigkeit der Beine nicht mehr habe stehen können (Urk. 11/18 S. 23). Anschliessend sei er mit der Sanität ins E. \_\_\_\_ transportiert und bis zum 26. April 2006 im Notfall hospitalisiert worden, mit den Diagnosen einer Halswirbelsäulendistorsion, einer Hüftkontusion links und einer Kniekontusion rechts. Anfanglich habe er mehr oder weniger am ganzen Körper Schmerzen gehabt, wenige Tage später okzipitale Kopfschmerzen, dann auch gluteal und inguinal links sowie ca. nach zwei Wochen zervikal und lumbal. Nach der Entlassung seien orthopädische und rheumatologische Beurteilungen im D. \_\_\_\_ erfolgt und es habe vom 16. bis zum 26. Januar 2007 eine stationäre Rehabilitation in der F. \_\_\_\_ stattgefunden. Im Austrittsbericht seien lumbale Rückenschmerzen, Knieschmerzen beidseits, inguinale Schmerzen links, eine Hyperalgesie am Unterschenkel links sowie Kopfschmerzen, Alpträume und eine sozial belastende Situation erwähnt worden (Urk. 11/14 S. 15 ff.). Die im Oktober 2006 auf eigene Initiative begonnene psychotherapeutische Behandlung bei Dr. phil. G. \_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, sei nach der Entlassung weitergeführt worden, während eine ambulante Physiotherapie in Frauenfeld bis Ende 2007 zu einer 80%igen Besserung der Körperschmerzen geführt habe, ausser dem Kopfweh.

Am frühen Morgen des 7. März 2008 sei der Versicherte Zeuge eines Verkehrsunfalls geworden. Zwischen H.\_\_\_\_ und dem I.\_\_\_\_-Tunnel habe er mit einem Kollegen ein brennendes Auto gesehen. Trotz der grossen Flammen sei er ausgestiegen und habe im letzten Moment den Fahrer aus dem brennenden Wagen ziehen können, während die Beifahrerin auf dem Nebensitz eingeschlossen geblieben und verbrannt sei. Seit diesem Ereignis habe er zwar nicht mehr Schmerzen als vorher, es gehe ihm psychisch aber noch viel schlechter. Dr. G.\_\_\_\_ habe ihn in eine Klinik einweisen wollen, was er aber abgelehnt habe (Urk. 11/18 S. 24).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherte nach dem Unfall vom 23. April 2006 zunächst zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; spätestens ab dem Untersuchungszeitpunkt belaufe sich seine Arbeitsunfähigkeit hingegen auf lediglich 20 % (Urk. 11/18 S. 16).

4.2 Dr. Z.\_\_\_\_ untersuchte den Versicherten am 26. Januar 2010 und diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) nach Autounfall am 23. April 2006 mit einem Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) von Oktober 2006 bis Februar 2008 (Urk. 11/26 S. 9 Ziff. 4).

Seit Oktober 2006 nehme der Versicherte eine ambulante Behandlung bei Dr. G.\_\_\_\_ in Anspruch. In letzter Zeit hätten die Treffen eher selten stattgefunden, etwa einmal alle 1 bis 2 Monate. Die Therapie habe erreicht, dass der Versicherte wieder selbst einen Personenwagen lenken könne. Eine fachärztliche ambulante und/oder stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei bislang nicht durchgeführt worden.

Die körperlichen Beschwerden hätten sich sehr gebessert. Heute seien noch Restsymptome vorhanden. Als Hauptbeschwerden empfinde der Versicherte weiterhin oft starke Kopfschmerzen. Ab und zu träten auch Schmerzen im Rücken und in den Beinen auf. Die Beine seien oft auch geschwollen. In den Knien habe der Versicherte beidseitig Empfindungsstörungen und er habe immer wieder Schwindelgefühle.

Zu den psychischen Beschwerden habe er gesagt, dass er depressiv, reizbar, nervös und ungeduldig sei. Er sei frustriert, weil er seine Arbeitsstelle verloren und grosse finanzielle Sorgen habe. Der Unfall habe ihm das Leben zerstört und es gehe seither nur bergab. Die psychischen Symptome hätten sich lange nicht verändert. Zurzeit seien sie ein wenig besser, wobei er nicht sagen könne, weshalb. Er leide unter Depression, Stress, Leistungsminderung und Schlafstörungen. Bei Stress komme es rasch zu zwischenmenschlichen Konflikten und Streit.

Am 7. März 2008 habe er sein Leben aufs Spiel gesetzt, als er jemand anderen gerettet habe, indem er ihn aus dem brennenden Personenwagen - trotz hoher Flammen - gezogen habe. Dem Versicherten sei nichts passiert, weitere Opfer seien hingegen verbrannt und geschlachtet gewesen.

Eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder bezüglich des Unfalls vom April 2006 noch bezüglich des Ereignisses vom März 2008 begründet werden. Die allfälligen Restsymptome liessen sich zudem nicht mit ausreichender Deutlichkeit von jenen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

gemäss ICD-10 F45.41 abgrenzen. Eine längerfristige relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit könne deshalb durch eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 nicht begründet werden (Urk. 11/26 S. 12-13).

Beim Versicherten liege auch keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) vor, sondern eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41, welche auch in den Akten bereits früh im Verlauf beschrieben worden sei (Urk. 11/26 S. 15). Diese begründe auch unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsanwendung aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Im Fall des Versicherten seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten. Die aktuelle Remission einer von Oktober 2006 bis Februar 2008 in den Berichten postulierten posttraumatischen Belastungsstörung weise darüber hinaus im Gegenteil auf zumindest angemessene innerpsychische Ressourcen des Versicherten hin (Urk. 11/26 S. 16).

Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Unterstützung des Versicherten sollte in seinem Interesse intensiviert werden, um ihm den Umgang mit seinen subjektiven Beschwerden zu erleichtern (Urk. 11/26 S. 18 Ziff. 7).

4.3 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer Berichte von Dr. B. und Dr. H. von der A. ein (Urk. 14-15).

Dr. B. berichtete in ihrem Arztbericht vom 15. Februar 2011 darüber, dass der Versicherte am 14. Januar 2011 nach diversen vorgängigen Einladungen bzw. unangemeldeten Versumnissen ambulant in der A. untersucht worden sei. Beim Versicherten bestehe eine chronische therapierefraktäre Zephalgie seit dem Unfallereignis vom 23. April 2006. Er empfinde einen Dauerschmerz am Hinterkopf von 7-8/10, maximal 10/10 auf der analogen Schmerzskala, wobei die Triggerpunkte unklar seien und keine Verstärkung des Kopfschmerzes durch die Bewegung der Halswirbelsäule stattfinde. Grob neurologisch sei der Versicherte unauffällig, die Halswirbelsäule sei frei beweglich ohne Schmerzprovokation des Kopfes, es bestehe ein leichtes Ziehen rechts parazervikal bei einer Rotation nach rechts. Aufgrund der Anamnese und der Klinik gingen die Beschwerden eher nicht von der Halswirbelsäule aus. Anamnestisch bestehe zudem eine depressive Episode (Urk. 15 S. 5-6).

Dr. H. diagnostizierte in seinem Arztbericht vom 25. November 2011 ein chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach einem Autounfall mit Frontalkollision. In der klinisch-neurologischen Untersuchung seien keine relevanten fokalen Auffälle festgestellt worden. Gleichzeitig hätten sich deutliche Hinweise für eine erhebliche psychische Komorbidität gezeigt, weshalb eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des Versicherten sinnvoll erscheine. Aus schmerztherapeutischer Sicht sei ein Absetzen sämtlicher Dauer-Analgetika und der Einsatz derselben nur als Akuttherapie an maximal 8 Tagen pro Monat sinnvoll (Urk. 15 S. 1-2).

In ihrem Arztbericht vom 5. Dezember 2011 diagnostizierte Dr. B. eine chronische Zephalgie sowie eine erhebliche psychische Komorbidität und verwies im Übrigen auf die von Dr. H. empfohlene Behandlung (Urk. 15 S. 3-4).

5.

5.1 Die Begutachtung durch die MEDAS C. (Urk. 11/18) beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen rheumaorthopädischer, psychiatrischer sowie neuropsychologischer Art, die in einer internen Konsensbesprechung ausgewertet wurden (Urk. 11/18 S. 30 ff.). Damit darf ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und für die streitigen Belange - auch angesichts des Umfangs von über 60 Seiten - umfassend ist. Die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation werden eingehend erörtert und die Schlussfolgerungen sind begründet. Gleiches gilt für das 23seitige psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. Z. (Urk. 11/26).

5.2 Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, er leide infolge der am 23. April 2006 und 7. März 2008 erlebten Unfälle an einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche zu starken Leistungseinschränkungen führe und seine Arbeitsfähigkeit somit beeinträchtige. Definitionsgemäss könne eine solche Belastungsstörung auch nach mehr als 2 Jahren diagnostiziert werden, und es sei vorliegend insbesondere zu beachten, dass innert einer kurzen Zeit zwei starke Ereignisse stattgefunden haben, welche sich potenzierend auswirkten (Urk. 11/40).

Die vom Beschwerdeführer im Rahmen des Einwands gegen den Vorbescheid vorgebrachten Einwände wurden nicht durch neue medizinische Untersuchungen begründet. Solche Untersuchungen wurden erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens durch Dr. H. und Dr. B. vorgenommen und die entsprechenden Berichte (Urk. 15 S. 1-4) wurden vom Beschwerdeführer erst am 14. Dezember 2011 eingereicht (Urk. 14). Darin befinden sich allerdings weder genaue Angaben zur geltend gemachten posttraumatischen Belastungsstörung, noch solche zu einer allfälligen verminderten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Was die Berichte von Dr. H., datiert vom 25. November 2011 (Urk. 15 S. 1-2), und von Dr. B., datiert vom 5. Dezember 2011 (Urk. 15 S. 3-4), angeht, ist zudem auf die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichts hinzuweisen, wonach der angefochtene Entscheid die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 256 E. 1, 129 V 169 E. 1, je mit weiteren Hinweisen). Eine allfällige Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers nach Erlass der Verfügung vom 9. Juni 2011 (Urk. 2) ist für die Beurteilung des vorliegenden Falles somit unerheblich. Eine Veränderung des Sachverhaltes nach Erlass des strittigen Entscheides kann grundsätzlich nur im Rahmen eines neuen Verfahrens überprüft werden.

So vermögen die Berichte von Dr. H. und Dr. B. die Ergebnisse der Gutachten der MEDAS C. und von Dr. Z. nicht zu entkräften. Ausserdem muss mit dem Bundesgericht bezüglich Hausarztberichten und Berichten von behandelnden Spezialärzten stets der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3 b/cc).

5.3 Die Gutachten der MEDAS C. und von Dr. Z. erweisen sich somit als überzeugend und werden durch die Berichte der behandelnden Ärzte auch nicht in Frage gestellt. Sie genügen damit in jeder Hinsicht den für derartige Beweismittel

geltenden Anforderungen, womit darauf abgestellt werden kann. Nicht nur auf das Gutachtenergebnis als solches, sondern insbesondere auch auf die retrospektive Zumutbarkeitsbeurteilung kann daher abgestellt werden

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend steht demnach fest, dass medizinisch eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands des Versicherten ab Juni 2008 nachgewiesen ist und die IV-Stelle ab dann zu Recht von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und damit nur noch von einem Invaliditätsgrad von 20 % ausgegangen ist.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1Ä Ä Ä Ä Gemäss Rechtsprechung (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen und obige E. 1.5) ist bei der rückwirkenden Festsetzung einer befristeten Rente der Zeitpunkt für deren Aufhebung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E. 3c/aa mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. aus der jüngeren Rechtsprechung Urteile des Bundesgerichts I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2, I 444/04 vom 11. Januar 2005 E. 5.3.2 und I 486/04 vom 14. Dezember 2004 E. 3.1) ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

6.2Ä Ä Ä Ä Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die von der IV-Stelle per Ende September 2008 verkündete Aufhebung der Invalidenrente rechts, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Guy Reich

- 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.