

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00415 vom 30. September 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00415](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00415)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00415 du 30 septembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00415 del 30 settembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Februar 2011 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Rückenbeschwerden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8 / 13 ). Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto ( Urk. 8 / 35 , Urk. 8/92 ) sowie die Akten des Krankentaggeldversicherers ( Urk. 8/33, Urk. 8/44 , Urk.

8/84 ) bei , holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/36-37, Urk.

8/39, Urk. 8/48 , Urk. 8/85-86 , Urk. 8/89 und Urk. 8/91 )

und führte berufliche Abklärungen durch (Abklärung im Z.\_\_\_\_ vom 9. Juli bis 5. Oktober 2012 [vgl. Bericht Z.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2012, Urk. 8/68]). Am 30. November 2012 teilte sie dem Versicherten mit, dass sie die Kosten für ein Arbeitstraining übernehme ( Urk. 8/73). Nachdem der Versicherte am 22. Februar 2013 mitgeteilt hatte, dass es ihm zurzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sei, den geplanten Kurs fortzusetzen, wurde die Berufsberatung abgeschlossen ( Urk. 8/79/1 und Urk. 8/80). Daraufhin sprach die IV-Stelle dem Versicherten – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 5.

September 201

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_ , geboren 1958, gelernter Koch ( Urk. 8/1/1-10) , war von 1987 bis Ende 2010 als Lastwagenchauffeur bei der Y.\_\_\_\_ AG

tätig ( Urk. 8/1/11) . Am

#### **E. 1.1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art.

#### **E. 1.1.2**

Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide , die nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung waren, in Wiedererwägung ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist ( Art. 53 Abs. 2 ATSG). Dieses Zurückkommen liegt

beim Fehlen eigentlicher Revisionsgründe (vgl. Art. 53 Abs. 1 ATSG) - im Ermessen des Versicherungsträgers. Es besteht demnach kein gesetzlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50 E. 4.2.1).

### **E. 1.1.3**

Von der Wiedererwägung ist die so genannte prozessuale Revision von Verfügungen zu unterscheiden. Danach ist die Verwaltung verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer anderen rechtlichen Beurteilung zu führen (Art. 53 Abs. 1 ATSG; BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen). Erheblich können nur Tatsachen sein, die zur Zeit der Erstbeurteilung bereits bestanden, jedoch unverschuldeterweise unbekannt waren oder unbewiesen blieben (BGE 119 V 180 E. 3a, 477 E. 1a, je mit Hinweisen).

### **E. 1.1.4**

Liegt ein Rückkommenstitel im Sinne von Art.

### **E. 1.2**

Der Versicherte erhob  
am 30. Dezember 20

#### **E. 1.2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie 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).

#### **E. 1.2.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.4**

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 Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

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 prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende 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.). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid,

das medizinische Gutachten habe keine massgebende Veränderung der Verhältnisse seit der mit Rückzug der Beschwerde rechtskräftig gewordenen Verfügung vom 20. November 2013, mit welcher dem Beschwerdeführer eine halbe Rente ab August 2013 zugesprochen worden sei, ergeben

(Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde im Wesentlichen

vor,

diese richte sich gegen den im Rahmen der angefochtenen Verfügung unterbliebenen Einkommensvergleich und die Verletzung der Ermessensanwendung bei der Beurteilung der Verwertungsmöglichkeit ( Urk. 1 S. 5). Die damalige Rentenverfügung vom 20. November 2013 sei durch den Rückzug der Beschwerde nicht in Rechtskraft erwachsen. Mit der durch Mitteilung vom 19. August 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Revision habe die Beschwerde gegnerin gemäss ständiger Praxis des Bundesgerichtes den Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen bestehe. Sie hätte daher auf die Frage des Einkommensvergleiches eingehen müssen ( Urk. 1 S. 6). Bei der Berechnung des Invalideneinkommens hätte sie dabei das Anforderungsniveau 3 heranziehen und einen leidensbedingten Abzug von mindestens 20 % gewähren müssen. Im Übrigen sei seine Restarbeitsfähigkeit ohnehin auf dem primären Arbeitsmarkt nicht verwertbar, weshalb er Anspruch auf eine ganze Rente habe ( Urk. 1 S. 11 und 12). 3.

### **E. 3**

, Urk. 8/96; Einwand vom 7. Oktober 2013, Urk.

#### **E. 3.1**

5

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst der Invalidenversicherung (nachfolgend RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 14. August 2013 (Urk. 8/94/7 f.) fest, gemäss aktueller Aktenlage bestünden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches Schmerzsyndrom und eine partielle senso motorische Parese rechtes Bein, (2) ein chronisches cervikospondylogenes Syndrom, (3) ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischen Arthralgien/Myalgien, (4) eine schwere Depression, (5) eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung (F60.6) sowie (6) eine angeborene Lernstörung/Legasthenie. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Lastwagenchauffeur vollständig arbeitsunfähig vom 4.

November 2011 bis am 7. Mai 2012 (Prof. C.\_\_\_\_) und dann durchgehend bis 31. März 2013 bzw. bis auf weiteres (zahlreiche Attestate in der sogenannten UVG-Akte). Für eine angepasste Tätigkeit würden zunächst Angaben ab November 2011 fehlen, aber unter Berücksichtigung der erneuten Wirbelsäulenoperation am 12. Januar 2012 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch für angepasste Tätigkeiten ab 4. November 2011 bis mindestens 10.

April 2013 auszugehen. Ab 11. Mai 2013 sei dann von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bis auf weiteres unter Abstützung auf den Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2013 auszugehen. Lediglich in diesem Bericht finde sich eine Angabe zu einer angepassten Tätigkeit: 50 % Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht ab Entlassungstag am 11.

Mai 2013 (Urk. 8/94/7 f.).

Zum Belastungsprofil führte Dr. G.\_\_\_\_ aus, angesichts der fehlenden aktenkundigen Angaben sei medizintheoretisch unter Berücksichtigung langjähriger fachärztlich-orthopädischer Berufserfahrung und in Anlehnung an den Bericht der

Psychiaterin Dr. E. \_\_\_ folgendes Belastungsprofil erstellt : Körperlich sehr leichte Tätigkeiten, wechselbelastend, Gewichtslimit e ca. 8-10kg, ohne Bücken und Verharren in verdrehten Rumpfhaltungen, ohne Arbeit en über Kopf sowie ohne di e Notwendigkeit zu ständigem festem Zugreifen bzw. kraftvollem Hantieren, zudem ohne besondere Anforderungen an Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit ( Urk. 8/94/8) .

### **E. 3.1.1**

Die Rentenverfügungen vom 20. November 2013 basierten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf folgenden ärztlichen Berichten:

### **E. 3.1.2**

Dem Austrittsbericht der Fachklinik für Rehabilitation, Rheumatologie und Osteoporose , B. \_\_\_ vom 11. Mai 2013 zu Händen der behandelnden Rheumatologin des Beschwerdeführers ( Urk. 8/86/7- 10) können folgende Diagnosen entnommen werden ( Urk. 8/86/7): 1. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Status nach Diskushernienoperation L3/4 , links , August 1999 - Status nach Spondylodese L3 - L5 mit Cage-Einlage L3/4 , 11. Januar 2008 - Teil-OSME, Umsetzung der Pedikelschraube in L5 , rechts , 15. Januar 2008 ( postoperative Fussheberlähmung rechts M2 - M3 , seit Januar 2008 )

- Status nach Spinalkanaldekompensation L2/3 , beidseits ,

8. November 2010 bei epifusioneller Stenose L2/3 mit Lumboischialgien - Status nach OSME mit Verlängerungsspondylodese L2/3 und mikro chirurgischer Dekompensation des Spinalkanals L2 - L4 inkl. Wurzeldekompensation L2 und L3 , beidseits , mit TLIF mit Cage- Implantation L2/L3 am 12. Januar 2012 ( Dr. C. \_\_\_ ) 2. generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischen Arthralgien/Myalgien - leicht erhöhte CK, unauffällige Immunologie, normale Kapillarmikroskopie, EMG ohne myopathisches Muster, D. \_\_\_ 2012 - Ferritin , rF , anti-CCP, ANA, HLA-B27 normal/negativ ( März 2013 ) , Skelett-Szintigraphie ( Frühling 2013 )

- Calcium/Phosphat, alkalische Phosphatase, TSH, HBV, HCV, HIV normal /negativ, Labor

3. Mai 2013 3. unklar erhöhte humorale Entzündungsaktivität ( Differentialdiagnose bei Diagnose 2, 6 ) 4. deutlicher Vitamin D-Mangel (25OH - Vit.D 32 nmol /l am 3. Mai 2013) 5. anamnestic Depression (in psychiatrischer Behandlung) 6. Adipositas 7. arterielle Hypertonie 8. anamnestic Diabetes mellitus Typ 2 9. Polyarthrosen - Gonarthrosen beidseits (Röntgen 11. Mai 2012) mit Status nach Meniskus-Operation Knie , beidseits , 2001 - Fingerpolyarthrose, Rhizarthrosen , beginnende Coxarthrosen beidseits ( Rx 11. Mai 2012, D. \_\_\_ ) 10. anamnestic Status nach Inguinalhernienoperation , rechts , mit anhaltendem sensiblem Defizit am ventro -medialen Oberschenkel , rechts

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Klinikärzte fest, in der Tätigkeit als Lastwagenfahrer bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 12. Januar 2012. Diese Stelle sei mittlerweile gekündigt. Im Jahr 2012 habe der Beschwerdeführer das IV-Reintegrationsprogramm durchlaufen. Als Lastwagenfahrer liege aus rheumatologischer Sicht wahrscheinlich eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Für eine leichte, angepasste Arbeit würden sie die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50 % schätzen. Ob diesbezüglich psychiatrischerseits noch Einschränkungen bestünden , könnten sie

nicht beurteilen ( Urk. 8/86/9) .

#### **E. 3.1.4**

Dr. med. F.\_\_\_\_ , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, diagnostizierte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 27. Juni 2013 (1) ein unklares Schmerzsyndrom, Differentialdiagnose: (a) im Rahmen einer Arthrose-Erkrankung, (b) seronegative

Spondylarthritiden bei möglicher Psoriasis und entzündlich humoraler Aktivität, (c) chronisches Schmerzsyndrom/Fibromyalgie, (2) Tendenz zur Fibromyalgie, (3) anamnestisch Diabetes mellitus Typ II, (4) arterielle Hypertonie, behandelt, (5) anamnestisch Depression (in psychiatrischer Behandlung) sowie (6) Gonarthrose beidseits (Urk. 8/91/5). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 15. Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/91/7).

#### **E. 3.1.6**

Im Feststellungsblatt für den Beschluss“ vom 6. September 2013 wurde am 14. August 2013 unter dem Titel „Überwindbarkeitsprüfung“ zu den psychischen Diagnosen, welche von der Psychiaterin jahrelang ausgewiesen worden seien, festgehalten, dass sich der Beschwerdeführer jahrelang eine konstante Arbeitstätigkeit habe erhalten und einen guten Lohn habe verdienen können, weshalb eine erhebliche Einschränkung aus psychischer Sicht nicht nachvollziehbar sei. Die Arbeitsfähigkeit von 50 % beziehe sich auf die rheumatischen Beschwerden (Urk. 8/94/8).

#### **E. 3.2.1**

Dem – im Rahmen des Revisionsverfahrens eingeholten – polydisziplinären Gutachten der A.\_\_\_\_

vom 29. Dezember 2014 (Urk. 8/145) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 8/145/ 37 f. ): - mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - chronisch zunehmend im Rahmen somatischer Probleme mit multiplen Operationen seit 1999 - langjährig behandelt mit psychiatrischer Behandlung und medikamentöser Behandlung mit Citalopram - teilweise dysfunktionaler Umgang mit den chronischen Schmerzen im Rahmen der Depression - spezifische Phobie vor Gesichtsmasken (ICD-10 F40.2) - mit episodisch paroxysmaler Angst (Panikstörung) (ICD-10 F41.0) nach klassischer Konditionierung bei einer Übung mit der Atemschutzmaske

- gesteigerte Müdigkeit bei chronisch obstruktiver Pneumopathie

- CPAP-Masken-Behandlung aufgrund der isolierten Phobie bisher nicht durchführbar - akzentuierte selbstunsichere und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD 10 Z73.1) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom , rechts (ICD-10 M54.4) - Status nach Spondylodese LWK3 - 5. am 11. Januar 2008 und Revision am 15. Januar 2008 - Status nach Spinalkanaldekompensation LWK2/3 beidseits am 8.

November 2010 - Status nach Osteosynthese-Materialentfernung, Verlängerungs-spondylodese LWK2/3 und mikrochirurgischer Dekompensation des Spinalkanals L2 - L4 am 12. Januar 2012 bei symptomatischer

Spinalkanalstenose - Polyarthrosen

(ICD-10

M15.9) - medial betonte Gonarthrose , beidseits , und Retropatellararthrose , beidseits , sowie Chondrokalzinose , gemäss Röntgenbilder vom 31.

Mai 2012 - Status nach medialer Teilmeniscektomie am rechten Kniegelenk bei Meniskusläsion am 8. Februar 2001 - Status nach medialer und lateraler Teilmeniscektomie bei Meniskusläsion Knie , links , am 16. November 2005 - Genua vara - Fingerpolyarthrosen (vor allem Heberden) , Röntgenbilder vom 31. Mai 2012 - beginnende Coxarthrose , beidseits (Röntgenbilder 31. Mai 2012)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter sodann folgende fest ( Urk. 8/145/38): - minimal bis leichte neurokognitive Störung multifaktorieller Ätiologie - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II , Erstdiagnose Januar 2012 - Adipositas Grad III - arterielle Hypertonie - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel , beidseits - klinisch deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit positiven Waddell -non- organic - signs , Fibromyalgie-Druckpunkten und Kontroll - punkten - Verdacht auf Laktoseintoleranz

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, gesamtmedizinisch sei der Beschwerdeführer sowohl durch die somatischen Diagnosen als auch durch die psychiatrischen Symptome in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus muskuloskelettärer Sicht habe sich seit Sommer 2013 keine Gesundheitszustandsänderung ergeben. In einer optimaleren leichten Verweistätigkeit bei einem wohlwollenden Arbeitgeber sei langfristig eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht müssten die akzentuierten Persönlichkeitszüge und die mittelschwere depressive Episode im Zusammenhang mit der Tätigkeit als Buschauffeur als ungünstig angesehen werden, weswegen hier nur eine Arbeitsfähigkeit von 40 % möglich erscheint ( Urk. 8/145/42) . Der Beschwerdeführer sei aus gesamtmedizinischer Sicht seit Sommer 2013 zu 50 % einsetzbar. Dies zeige sich auch darin, dass er eine Stelle als Buschauffeur gefunden habe (in einem aktuellen Pensum von ca. 40 % ) . Davor sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe eine befristete ganze Rente bezogen. Eine damals festgestellte schwere Depression habe unter Behandlung gebessert werden können. Allerdings habe sich bei der Begutachtung gezeigt, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur - wie im psychiatrischen Gutachten beschrieben - für Arbeiten unter Druck und mit ständigem Kundenkontakt nicht so geeignet erscheine, weswegen er speziell als Buschauffeur nur zu 40% arbeitsfähig sei. Für andere körperlich leichte optimale Verweistätigkeiten sei er weiterhin zu 50% arbeitsfähig ( Urk. 8/145/43) . Seit Zusprache der Rente sei keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Das mögliche Spektrum der Verweistätigkeiten habe aufgefächert werden können ( Urk. 8/145/44).

### **E. 3.2.2**

RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2015, auf das Gutachten könne abgestellt werden ( Urk. 8/146/5).

### **E. 3.2.3**

Im Feststellungsblatt für den Beschluss vom 19. Januar 2015 wurde angemerkt, gemäss Gutachten sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig aus rheumatologischer Sicht in angepassten Tätigkeiten (körperlich leichte, vorwiegend sitzende) Tätigkeiten . Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten sei ebenfalls eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich in einem stabilen und wohlwollenden Umfeld. Eine Überprüfung der Überwindbarkeit sei

somit nicht nötig, da daraus kein anderer Entscheid resultieren würde ( Urk. 8/146/5). 4. 4.1

Das A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 29. Dezember 2014 basiert auf fachärztlichen Untersuchungen (internistisch, rheumatologisch, psychologisch, neuropsychologisch). Es ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Die Gutachter hatten Kenntnis von den Vorakten und setzten sich mit diesen auseinander. Ihre Schlussfolgerungen haben sie grundsätzlich nachvollziehbar begründet. Das Gutachten erfüllt daher grundsätzlich die Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Beurteilungen Grundlagen (vgl. E. 1.5). 4.2 4.2.1

Vorab ist festzuhalten, dass neu hinzugesetzte Diagnosen nicht unbedingt eine höhere Arbeitsunfähigkeit bewirken. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2). 4.2.2

Die Gutachter kamen vorliegend zum überzeugenden Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers – trotz der neu diagnostizierten spezifischen Phobie vor Gesichtsmasken (ICD-10 F40.2) sowie der (dadurch bedingten) gesteigerten Müdigkeit bei chronisch obstruktiver Pneumopathie (vgl. psychiatrisches Fachgutachten, Urk. 8/145/64) – seit Sommer 2013 insgesamt nicht wesentlich verändert habe und er – weiterhin - in der angestammten Tätigkeit zu 0 % und in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. 4.2.3

Zur gutachterlichen Beurteilung, wonach die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.11) auch für sich betrachtet eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit begründe, ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer zwar in psychiatrischer Behandlung bei Dr. H.\_\_\_\_ steht und gemäss deren Angaben auch die verordneten Medikamente regelmässig einnimmt ( Urk. 8/131/5). Einer (teil-)stationären Therapie mit spezifischer Ausrichtung auf die Behandlung der depressiven Symptomatik hat sich der Beschwerdeführer aber gemäss Aktenlage noch nie unterzogen. Damit erscheinen aber die Voraussetzungen, unter welchen die Gerichtspraxis einer mittelgradigen depressiven Symptomatik eine invalidisierende Wirkung beimisst (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichtes 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 mit Hinweisen) nicht erfüllt. Dies ändert am Ergebnis aber nichts. 4.3 4.3.1

Der Beschwerdeführer stellte die gutachterliche Einschätzung, wonach er weiterhin in angepasster Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei, – zu Recht – nicht in Frage. Er machte aber, wie erwähnt, geltend, dass im Rahmen des Revisionsverfahrens gleichwohl ein neuer Einkommensvergleich hätte vorgenommen werden müssen. Dem kann nicht gefolgt werden. 4.3.2

Nach der Rechtsprechung erübrigt sich nämlich im Rahmen einer Rentenrevision gemäss Art.

## **E. 8**

/102) – mit Verfügungen vom 20. November 2013, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % , von März bis Juli 2013 eine ganze Rente

und ab August 2013, basierend auf einem Invaliditätsgrad von 53 %, eine halbe Rente der Invalidenversicherung (Urk.

8/ 111-112 , Urk.

8/116/36-39 [ korrigierter Verfügungsteil 2]) zu.

### **E. 13**

gegen diese Verfügung beim hiesigen Gericht Beschwerde

( Urk. 8/116/3-14 ). In der Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin teilweise Gutheissung der Beschwerde sowie Rückweisung an sie zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen (Urk. 8/117 ) . Mit Verfügung vom 3. Februar 2014 teilte das hiesige Gericht dem Versicherten mit, dass das Ergebnis weiterer Abklärungen offen sei und auch zu einer Schlechterstellung führen könne , und gab ihm Gelegenheit zu erklären, ob er an der Beschwerde festhalte oder diese zurückziehen wolle ( Urk. 8/118). In der Folge zog der Versicherte die Beschwerde mit Eingabe vom 7. April 2014 ( Urk. 8/122/4) zurück , worauf das hiesige Gericht den Prozess als durch Rückzug der Beschwerde erledigt abschrieb ( Prozessnummer IV.2014.0003; Urk. 8/122/1-3). Die betreffende Gerichtsverfügung blieb unan gefochten.

### **E. 17**

ATSG - erneut einer - voraussetzungslosen - Überprüfung zu unterziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_409/2010 vom 20. August 2010 E. 2.2).

Soweit der Beschwerdeführer die Auffassung vertritt, die Verfügungen vom 20. November 2013 seien in Wiedererwägung zu ziehen, mithin sich auf den Rückkommenstitel gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG beruft, ist zu bemerken, dass die rentenzusprechenden Verfügungen vom 20. November 2013, da sie nicht Gegenstand einer materiellen richterlichen Beurteilung bildeten, zwar grundsätzlich einer Wiedererwägung zugänglich wären. Nach der Rechtsprechung kann die Beschwerdegegnerin aber vom Gericht von vornherein nicht zu einer Wiedererwägung verpflichtet werden (vgl. E. 1.1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_409/2010 vom 20. August 2010 E. 2.2). Dass ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG vorliegt - was im Übrigen Voraussetzung für die beantragte rückwirkende Zusprache einer ganzen Rente wäre (vgl. E. 1.1.4) , wurde vom Beschwerdeführer nicht dargetan und ist auch nicht ersichtlich. 6.

Die mit der angefochtenen Verfügung vorgenommene Bestätigung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente ist demnach nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.  
3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Elda Bugada Aebli - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst  
Hausammann

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