

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00256 vom 12. August 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-08-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2004.00256](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00256)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00256 du 12 août 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00256 del 12 agosto 2005

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der Beschwerdeführer hat sich im April 2000 bei der Invalidenversicherung angemeldet; damit ist teilweise ein rechtserheblicher Sachverhalt zu beurteilen, der sich vor dem In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verwirklicht hat. Für den Verfahrensausgang ist dies indessen insofern von untergeordneter Bedeutung, als die im ATSG enthaltenen Umschreibungen der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), der Invalidität (Art. 8 ATSG) sowie des Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) den bisherigen von der Rechtsprechung im Invalidenversicherungsbereich entwickelten Begriffen und Grundsätzen entsprechen und daher mit dem In-Kraft-Treten des ATSG keine substantielle Änderung der früheren Rechtslage verbunden war (BGE 130 V 343).

1.2 Am 1. Januar 2004 sind auch die revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; 4. IV-Revision) in Kraft getreten.

Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 130 V 445 Erw. 1.2), ist der materielle Anspruch auf eine Invalidenrente für die Zeit bis zum 31. Dezember 2002 beziehungsweise 31. Dezember 2003 aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 445).

Vorliegend gilt es, einen frühestens ab 1. Juni 1999 (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) entstehenden Rechtsanspruch zu prüfen, weshalb bezüglich der Rentenentstehung die gesetzlichen Regelungen in den Fassungen, wie sie bis 31. Dezember 2003 in Kraft standen, massgebend sind. Für den Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2004 bis zum Erlass der Einspracheentscheidung gelangen die revidierten Bestimmungen des IVG und der IVV zur Anwendung.

### 2. 2.1

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer

Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu den geistigen Gesundheitsschäden, welche in gleicher Weise wie die körperlichen eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003 in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG) zu bewirken vermögen, gehören neben den eigentlichen Geisteskrankheiten auch seelische Störungen mit Krankheitswert. Nicht als Auswirkungen einer krankhaften seelischen Verfassung und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, Arbeit in ausreichendem Mass zu verrichten, zu vermeiden vermöchte, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt werden muss. Es ist festzustellen, ob und in welchem Masse eine versicherte Person infolge ihres geistigen Gesundheitsschadens auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt erwerbstätig sein kann. Dabei kommt es darauf an, welche Tätigkeit ihr zugemutet werden darf. Zur Annahme einer durch einen geistigen Gesundheitsschaden verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozialpraktisch nicht mehr zumutbar (vgl. BGE 127 V 298 Erw. 4c, 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b, 2000 S. 151 Erw. 2a, 1996 S. 302 f. Erw. 2a, S. 305 Erw. 1a und S. 308 f. Erw. 2a sowie ZAK 1992 S. 170 f. Erw. 2a ).

2.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2003 gültigen gewesenen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

## **E. 2**

/

## **E. 3**

Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. In Härtefällen besteht gemäss Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der seit 1. Januar 2004 geltenden Fassung von Art. 28 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent, auf eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent und auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent.

2.3 Ä Ä Ä Ä Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der

Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4 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 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.5 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 Erw. 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 des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen 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 122 V 160 Erw. 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.).

### 3. Umstände

3.1 Im Bericht der B. \_\_\_ vom 28. Juli 2000 (Urk. 8/14) lautet die Diagnose (S. 2):

"Somatoforme Schmerzstörung

Ä Panvertebralsyndrom mit Generalisierungstendenz

Ä -Ä lumbosponylogenes und cervicospondylogenes Syndrom

Ä -Ä St. n. ventraler Discektomie und Implantation eines Keramik gefüllten Disc Cage aus Titan 07/98

Ä -Ä Kleine mediane Discushernie C3/4

Ä -Ä WS-Fehlhaltung

Nikotinabusus

Adipositas"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der komplikationslosen Operation vom 15. Juli 1998 sei der Verlauf anfänglich ansprechend gewesen. Ungefähr vier Wochen nach der Operation seien aber cervicale Schmerzen mit gelegentlicher Ausstrahlung in den linken Arm aufgetreten, die immer mehr zugenommen hätten. Zusätzlich seien auch Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei seither mehrmals stationär behandelt worden, was aber keine Verbesserung gebracht habe. In der angestammten Tätigkeit als Hilfsmaurer könne der Beschwerdeführer nicht mehr eingesetzt werden. In einer leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung, bei welcher kein Heben von Lasten über 15 kg und wenig Überkopfarbeit erforderlich sei, könne der Beschwerdeführer ab sofort halbtags arbeiten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 25. März 2002 berichteten die Ärzte der B. \_\_\_ dem Hausarzt C. \_\_\_ (Urk. 8/13/6) über unveränderte Beschwerden. Zusätzlich äusserten sie den Verdacht auf eine medikamentös induzierte Hepatopathie. Die erhöhten Transaminasen und die erhöhte  $\gamma$ -GT gehe mit höchster Wahrscheinlichkeit einher mit dem Tramalabusus. Die übrigen pathologischen Laborwerte seien unspezifisch und bedürften keiner weiteren Nachkontrolle. Die Beschwerden seien chronisch fixiert mit Schwerpunkt im Nackenbereich und mit ausstrahlenden Schmerzen zum Kopf und über den ganzen Rücken. Hinweise für Synovitiden seien keine vorhanden.

3.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht des H. \_\_\_ vom 18. Februar 2000 (Urk. 8/16/9) an C. \_\_\_ hätten sich aufgrund der angiologischen Untersuchung keine Hinweise für eine klinisch relevante arterielle Durchblutungsstörung des linken Armes, insbesondere auch keine Hinweise für ein Thoracic-outlet-Syndrom ergeben. Auch der venöse Rückfluss sei unauffällig und führe sicherlich nicht zu den geschilderten, intermittierenden Schwellungen des linken Handgelenks. Somit bleibe die Ätiologie weiterhin unklar. Bereits beim Aufpumpen der Manschette für das Oszillogramm habe der Beschwerdeführer das Gefühl einer Schwellung im Bereich der linken Hand gehabt, welche aber nicht objektiviert werden können.

3.3 Ä Ä Ä Ä Dr. med. I. \_\_\_, Spezialarzt für Neurologie, berichtete C. \_\_\_ am 11. Februar 1999 (Urk. 8/16/1), die Untersuchungsergebnisse hätten kein eindeutig kohärentes Bild ergeben. Einerseits bestehe der Eindruck einer mechanisch organischen Schmerzsymptomatik, am ehesten ausgehend von der oberen HWS mit diskreten Zeichen einer zervikalen Myelopathie, wobei dieser Eindruck insbesondere durch die sehr komplex und teils widersprüchlichen Sensibilitätsangaben relativiert werde. Immerhin schienen die Eigenreflexe leicht asymmetrisch und infraläsionell eher gesteigert, anamnestisch bestehe eine imperative Pollakisurie, und der Beschwerdeführer gebe auch eine zunehmende claudicatio intermittens der unteren Extremitäten schon nach wenigen Minuten an. Andererseits zeigten die Muskelschmerzen panvertebral und auch im Schulter-Nackengebiet vornehmlich einen Weichteilschmerz an, jedoch keine Muskelatrophien oder sonstige eindeutige "hard facts".

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 23. Mai 2000 schrieb Dr. I. \_\_\_ (Urk. 8/16/10), er habe verglichen zu seiner letztjährigen Untersuchung keine neuen Gesichtspunkte, keinen Hinweis für

eine radikulär-kompressive Pathologie oder eine Myelon-Kompression finden können.

Am 22. Dezember 2000 berichtete Dr. I.\_\_\_\_ (Urk. 8/13/5), die Interpretation der residuellen Beschwerden gestalte sich erneut unbefriedigend, da er den Eindruck habe, den Kern der Schmerzauslösung nicht getroffen zu haben. Auch bezüglich Therapie habe man nur einen schlechten Zugang zum Beschwerdeführer.

Laut Austrittsbericht der J.\_\_\_\_ vom 5. Mai 1999 (Urk. 8/13/3 = Urk. 8/16/4), wo der Beschwerdeführer vom 30. März bis 27. April 1999 stationär behandelt wurde, leidet er an einem zervicospodylogenen Syndrom beidseits bei Status nach mikrotechnischer, ventraler Diskektomie C6/7 und Implantation eines Keramik-gefällten Disc Cage aus Titan am 15. Juli 1998 bei DH C6/7 rechts mit Schmerzausfallsyndrom C7 rechts und kleiner medianer Diskushernie C3/4, einem lumbospodylogenen Schmerzsyndrom (normaler Neurostatus) bei linksbetonter Spondylarthrose L5/S1 und leichter Einengung der Neuroforamina L5/S1 links mehr als rechts sowie an Generalisierungstendenz.

Bis auf eine erhöhte Gamma GT zeige die Laboruntersuchung unauffällige Ergebnisse. Zudem sei eine konventionelle Radiographie der HWS inkl. Schrägaufnahmen durchgeführt worden. Es hätten sich eine unveränderte Lage des Implantats und geringfügige degenerative Veränderungen gezeigt. Ansonsten seien keine weiteren Pathologien vorhanden. Bei der zunehmend linksseitigen Symptomatik mit vom Nacken in den linken Arm ausstrahlenden Schmerzen sei eine fachärztliche neurologische Untersuchung inklusive Elektromyographie durchgeführt worden, wobei vor allem aufgrund der elektroneurographischen Untersuchungen kein zervikoradikulares Syndrom links habe verifiziert werden können.

Dr. med. K.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete C.\_\_\_\_ am 10. Juni 1999 (Urk. 8/16/5), bei der klinischen Untersuchung habe er keine pathologischen Befunde erheben können. Passiv sei der Kopf des Beschwerdeführers frei beweglich, allerdings unter massiven Schmerzangaben. Eine probatorische physikalische Behandlung habe keine weiteren Ergebnisse geliefert.

Nach dem Klinikaufenthalt des Beschwerdeführers vom 24. Oktober bis 20. November 1999 berichteten die Ärzte der L.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 22. November 1999 (Urk. 8/16/8), es liege eine schwere anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) vor. Als Hauptbelastungsfaktor imponiere die am 15. Juli 1998 erfolgte Diskushernienoperation, in deren Folge sich der Beschwerdeführer nie mehr richtig erholte habe. Der Beschwerdeführer präsentiere schon vom Aspekt her das Bild eines schwer invalidisierten und traumatisierten Mannes. Gleichzeitig habe er stets eine hohe Kooperationsbereitschaft in dem Sinne betont, als er bereit sei, alles zu unternehmen, was ihm längerfristig Schmerzlinderung und Verbesserung der gesundheitlichen Lage verspreche.

Im Moment erscheine eine Arbeitsfähigkeit auf dem angestammten beruflichen Umfeld keinesfalls möglich. Zu Überprüfen sei allenfalls eine IV-Umschulung oder eine Teilberentung.

Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin der N.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht an C.\_\_\_\_ vom 19. April 2002 (Urk. 8/13/8) eine Schmerzverarbeitungsstörung, einen Status nach ventraler Diskektomie 1998 sowie einen Verdacht auf medikamentös induzierte

Hepatopathie. Beim Beschwerdeführer zeige sich mittlerweile ein chronifiziertes Bild der Schmerzverarbeitung ohne hinreichendes somatisches Korrelat. Eine einzeltherapeutische Behandlung scheine aus Mangel an Introspektionsfähigkeit nicht sinnvoll.

3.8 Die Gutachter des E. \_\_\_ stellen im Gutachten vom 24. September 2002 folgende Diagnosen (8/12 S. 19):

"Hauptdiagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

H - Tendomyotisches Panvertebralsyndrom mit vorwiegend

H H - chronischem Cervicalsyndrom und

H H H H H - Status nach ventraler Discektomie und Cage Implantation wegen Discushernie C6/7 rechts 15.7.1998

H H H - chronischem Lumbovertebralsyndrom bei

H - Somatoforme Schmerzstörung

H H H - DD: Dissoziative Störung gemischt (= Konversionsstörung)

Nebendiagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

H - Adipositas

H - Arterielle Hypertension

H - Sinustachycardie (DD: Tricyclica?)

H - Hepatopathie (DD: Fettleber/toxisch-medikamentös)

H - Gemischte Hyperlipidämie

H - Nikotinabusus

H - Verdacht auf histrionische Persönlichkeitsstörung

H - Verdacht auf Störungen durch Opioide (Tramal)

H - Anamnestisch Verdacht auf Pyrazolon-Allergie"

H H H H H H H H Objektivierbar sei ein tendomyotisches Panvertebralsyndrom mit vorwiegend cervicaler Symptomatik, ausgelöst durch den vorgenommenen HWS-Eingriff. Darüber hinaus interferierten aktuell auch gewisse internistische Probleme. So habe der Beschwerdeführer sehr stark an Gewicht zugenommen und sei heute in erheblichem Masse adipös, gleichzeitig beständen aktuell eine vorwiegend diastolische Hypertonie sowie ein abusiver Gebrauch des Opioides Tramal. Zurzeit müsse diesen drei Faktoren ebenfalls eine gewisse limitierende Bedeutung in der Arbeitsfähigkeit zugemessen werden, allerdings seien diese therapierbar. Zum überwiegenden Teil bestehe eine deutlich psychosomatische, aber auch deutlich demonstrativ-histrionische Symptomatik. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter müsse die Arbeitsfähigkeit als unter einem Drittel beurteilt werden. Körperlich schwere, rückenbelastende und vorwiegend über Kopf zu betrieblige Arbeiten seien ihm infolge der Rückenproblematik nicht mehr zumutbar. In einer Arbeitstätigkeit, die den körperlichen Voraussetzungen angepasst sei, d.h. ohne repetitives Heben von Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten in körperlicher Zwangshaltung, ohne Arbeiten vorwiegend über Schulterhöhe und mit der Möglichkeit, die Körperposition zu wechseln, sei der

Beschwerdeführer rein somatisch gesehen voll arbeitsfähig. Hier interferiere nun die deutliche psychosomatische Komponente des Leidens bei einer ebenso deutlich histrionisch strukturierten Persönlichkeit. Allerdings interferierten auch invaliditätsfremde Faktoren. Der Beschwerdeführer habe seine Familie in Portugal, und es bestehe die deutliche Vermutung, dass er sich möglichst bald wieder in seine Heimat zurückbegeben möchte, ihn aber zurzeit noch finanzielle Probleme daran hinderten. Der psychosomatischen und psychiatrischen Seite sei aber doch ein gewisser Krankheitswert zuzubilligen, insgesamt sei der Beschwerdeführer in einer körperlich adaptierten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig. Damit sei eine vollschichtige Tätigkeit zu fünf Stunden pro Tag gemeint. In diesem Zusammenhang sei dem Beschwerdeführer auch eine Willensanstrengung zur zumindest partiellen Überwindung seines Leidens zuzumuten, eine oben genannte Tätigkeit könne er ohne jegliche Gefährdung seiner Gesundheit ausführen.

3.9. C. \_\_\_ teilte am 12. April 2004 (Urk. 3/1) dem Vertreter des Beschwerdeführers zum aktuellen Gesundheitszustand mit, der Verlauf und die Therapieresistenz (der fachärztlichen Behandlung der Psychiatrischen Poliklinik des Kantonsspitals Winterthur) der Symptomatik seien weitere starke Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung, so dass nunmehr die Diagnose ICD-10 F 60.4, histrionische Persönlichkeitsstörung gut gesichert sei. Das tendomyotische Panvertebralsyndrom mit chronischem Cervicalsyndrom bei Status nach ventraler Discektomie und Cage Implantation wegen Diskushernie C6/C7 rechts und mit chronischem Lumbovertebralsyndrom sowie die somatoforme Schmerzstörung/dissoziative Schmerzstörung gemischt beständen chronifiziert weiter und seien bisher therapieresistent gewesen. Die Diagnosen ICD-10 F17.24 (Psychische- und Verhaltensstörung durch Tabak mit Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch) und ICD-10 F11.24 (Psychische- und Verhaltensstörung durch Opioide mit Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch) seien nach wie vor zu stellen und seien bisher erfolglos behandelt worden. Der Schweregrad und die schlechte Prognose der Persönlichkeitsstörung, die ungünstige Konstellation mit Komorbiditäten, die selbst schlechte Prognosen hätten und sich ausserdem ungünstig auf die Prognose der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörung auswirkten, hätten einen derartigen Krankheitswert, dass die Arbeitsunfähigkeit und die Erwerbsfähigkeit (richtig: Erwerbsunfähigkeit) auch auf längere Sicht mit 100 % zu bemessen sei.

3.10. Dem dem obigen Bericht beigegebenen Arztbericht des N. \_\_\_ vom 19. Dezember 2003 (Urk. 3/2) kann entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht im Moment die mindestens mittelschwere depressive Episode und die Belastung durch äussere psychosoziale Faktoren (finanzielle Schwierigkeiten, Trennung von der Familie, Isolation, fehlende Tagesstruktur) im Vordergrund stehen. Der vormals postulierte Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung bestehe weiter, verliere aber an Bedeutung für das aktuelle klinische Bild. Der multifaktoriell bedingte Medikamentenabusus verursache zudem zusätzliche Probleme, so eine Opioidabhängigkeit und ein ev. medikamentinduziertes Kopfweg.

4. Streitig und zu prägen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

4.1. In rein somatischer Hinsicht kann den Gutachtern des E. \_\_\_ (Urk. 8/12) ohne Weiteres gefolgt werden. Das Gutachten ist sorgfältig abgefasst, stützt sich auf die

gesamten Vorakten, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden umfassend und setzt sich mit diesen nach eigenen klinischen und rheumatologischen Untersuchungen eingehend auseinander. Die Beurteilung ist nachvollziehbar und widerspruchsfrei, weshalb sowohl der Diagnosestellung als auch den Schlussfolgerungen ohne weiteres gefolgt werden kann. Danach ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter aufgrund seines Rückenleidens zu mehr als zwei Dritteln in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit, das heisst, einer Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 15 kg, ohne Arbeiten in körperlicher Zwangshaltung, ohne Arbeiten vorwiegend über Schulterhöhe und mit der Möglichkeit, die Körperposition zu wechseln, ist der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (Urk. 8/12 S. 20).

#### 4.2.1.1

Mit Bezug auf die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) in BGE 130 V 352 ff. die Rechtsprechung hinsichtlich der psychischen Gesundheitsschäden (Erw. 2.1) präzisiert. Es hat zusammengefasst festgestellt, dass auch eine somatoforme Schmerzstörung ein psychisches Leiden darstellen kann. Dabei muss ein psychiatrischer Gutachter eine hinreichend gesicherte Diagnose stellen können. Das Vorliegen eines solchen Leidens reicht jedoch für eine lange dauernde, zu einer Invalidität führenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG nicht aus. Vielmehr muss das Leiden nach ärztlicher Einschätzung eine derartige Schwere aufweisen, dass der versicherten Person die Verwertung der verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung - und unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind - sozialpraktisch nicht mehr zumutbar ist.

Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus. So sprechen unter Umständen (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remissen, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ["Flucht in die Krankheit"]) oder schliesslich (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung.

Der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie obliegt dabei im Rahmen der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit und Darlegungen zu der einer versicherten Person aus medizinischer Sicht noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit die Aufgabe, durch die zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten fachkundiger Exploration der Verwaltung (und im Streitfall dem Gericht) aufzuzeigen, ob

und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr - auch mit Blick auf die hiervoor genannten Kriterien - erlauben, mit ihren Schmerzen umzugehen. Entscheidend ist, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv an sich die Möglichkeit hat, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (zum Ganzen: BGE 131 V 49 Erw. 1, 130 V 352 Erw. 2.2.2 - 2.2.4 mit zahlreichen Hinweisen sowie Urteil des Sozialversicherungsgerichts in Sachen T. vom 31. Januar 2005, IV.2004.00711).

4.2.2.1 Vorliegend ist zunächst festzuhalten, dass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 Kapitel V, 5. Auflage, S. 191 f.) gemäss der Beurteilung durch die Gutachter des E., aber auch der Ärzte der B. (Urk. 8/14), der Ärzte der L. (Urk. 8/16/8) und des med. pract. C. (Urk. 3/1) als erstellt gelten kann. Diesbezüglich ist das Gutachten des E. (Urk. 8/12) ebenfalls umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Anamnese abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie Situation ein und enthält begründete Schlussfolgerungen. Der grundsätzliche Beweiswert des Gutachtens des E. steht auch in psychiatrischer Hinsicht ausser Frage.

4.2.2.2 Aufgrund der dargelegten jüngsten Rechtsprechung des EVG (Erw. 3.2.1) ist im Folgenden zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Abweichung vom Grundsatz, wonach eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung allein in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität führenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 1 ATSG zu bewirken vermag, gegeben sind.

4.2.3.1 Gemäss Gutachten des E. (Urk. 8/12) fällt beim Beschwerdeführer einzig die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung (F45.4) für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Betracht. Der begutachtende Psychiater des E. erhob nebst dieser Diagnose keine anderen psychischen Störungen, so dass davon ausgegangen werden muss, im Zeitpunkt der Begutachtung im E. (29. Juli bis 2. August 2002) habe keine mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere vorgelegen. Eine depressive Störung war nach Aussagen des Psychiaters nicht vorhanden. Objektiv sei der Affekt des Beschwerdeführers in erster Linie sehr klagsam, gleichzeitig demonstrativ, er hinke grotesk, berichte leise, aber gepresst und expressiv, histrionisch mit Gestik seine Beschwerden untermalend. Hinweise auf Phasen der Stimmung, Abhängigkeiten von Jahres- oder Tageszeit, sowie hereditäre Belastungen mit Depressionen in der Familie seien nicht nachweisbar (Urk. 8/12 S. 17).

Differentialdiagnostisch sei auch an eine dissoziative Störung gemischt (= Konversionsstörung) zu denken. Zudem wurde der Verdacht auf histrionische Persönlichkeitsstörung als auch auf Störungen durch Opioide (Tramal) geäussert.

4.2.3.2 Somit war im Zeitpunkt der Begutachtung im E. eine erhebliche und dauerhafte psychische Komorbidität nicht ausgewiesen.

4.2.4.1 Fehlt es an der Komorbidität, ist gemäss der erwähnten Rechtsprechung besonders sorgfältig zu prüfen, ob es der versicherten Person nicht doch zumutbar ist, die Schmerzen zu überwinden und sich in den Arbeitsprozess zu integrieren. Hierfür hat die psychiatrische Fachperson die psychischen Ressourcen aufzuzeigen, die einer

Person zur Verfügung stehen, um die Schmerzsituation zu überwinden, in der sie steckt (BGE 130 V 355 Erw. 2.2.4). Zu diesem Punkt haben sich die Gutachter des E.\_\_\_\_ sehr rudimentär geäussert. Auch über die Kriterien, welche das EVG in seinem Entscheid als Elemente herausgearbeitet hat, die - nur wenn sie in einer gewissen Intensität und Konstanz vorhanden sind - für die Unüberwindlichkeit der Schmerzkrankheit sprechen, schweigt sich das Gutachten aus. Weshalb der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in einer körperlich adaptierten Tätigkeit genau im Ausmass von nur 60 % arbeitsfähig sein soll, obwohl ihm auch eine Willensanstrengung zur (zumindest partiellen) Überwindung seines Leidens zugemutet wird, wird nicht hinlänglich und überzeugend dargelegt (siehe Urk. 8/12 S. 20 f.).

4.2.5 In ihrem Bericht vom 19. Dezember 2003 an C.\_\_\_\_ (Urk. 3/2) erwähnen die Ärzte des N.\_\_\_\_ nebst der bekannten Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung jene einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.11) sowie den Verdacht auf medikamentös induzierten Kopfschmerz und halten zudem fest, eine Persönlichkeitsstörung sei nicht auszuschliessen, stehe gegenwärtig aber nicht im Vordergrund der Problematik. Bewusstsein, Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen seien im Rahmen der Untersuchung nicht beeinträchtigt. Das Denken des Beschwerdeführers sei formal unauffällig, inhaltlich auf die Schmerzen und die aktuelle schwierige psychosoziale Situation eingengt. Es finden sich Affektlabilität, innere Freudlosigkeit und wenig Hoffnung, ohne eigentliches Verzweifeltsein, wiederholt Suizidgedanken ohne entsprechende Umsetzungspläne. Während des Untersuchungsgesprächs seien häufig ein schmerzverzerrtes Gesicht und häufige Positionswechsel beobachtet worden, wobei die Bewegungsänderungen zum Teil aufgesetzt gewirkt hätten.

In seinem Bericht vom 12. April 2004 an die Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (Urk. 3/1) erwähnt C.\_\_\_\_ die vom N.\_\_\_\_ diagnostizierte mittelschwere depressive Episode mit keinem Wort. Hingegen macht er geltend, dass nunmehr die Diagnose ICD-10 F60.4, histrionische Persönlichkeitsstörung, gut gesichert sei. Die Diagnosen ICD-10 F17.24 (Psychische- und Verhaltensstörung durch Tabak mit Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch) und ICD-10 F11.24 (Psychische- und Verhaltensstörung durch Opioide mit Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch) seien nach wie vor zu stellen und bisher erfolglos behandelt worden. Die histrionische Persönlichkeitsstörung wird definiert als tiefgreifendes Muster übermässiger Emotionalität und gesteigerten Verlangens nach Aufmerksamkeit, Aussenreizen, Akzeptanz und Bewunderung, die Interaktionen sind unter anderem durch Selbstdramatisierung charakterisiert (Leitlinie Nr. 051/016 der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin, in [www.leitlinien.org](http://www.leitlinien.org)). Zu Letzterem passt das sowohl vom Psychiater des E.\_\_\_\_ als auch den Ärzten des N.\_\_\_\_ beschriebene Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich deren Untersuchungen.

4.3 In Würdigung der Aktenlage ist festzuhalten, dass die von den Ärzten des E.\_\_\_\_ beurteilte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit gestützt auf die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht ganz zu überzeugen vermag. Berücksichtigt werden muss aber, dass die Begutachtung im E.\_\_\_\_ Ende Juli/Anfang August 2002, das heisst gute sechzehn Monate vor Erlass des angefochtenen Einspracheentscheides vom 12. März 2004 stattgefunden hat. Auf Grund der Berichte des N.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2003 (Urk. 3/2)

und von C.\_\_\_\_ vom 12. April 2004 (Urk. 3/1) ist nicht auszuschliessen, dass sich die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers seit der Begutachtung im Jahre 2002 verschlechtert hat, auch wenn deren Aussagen sich zum Teil widersprechen und fraglich ist, welche psychiatrischen Diagnosen genau nebst der somatoformen Schmerzstörung gesichert vorliegen und ob es sich bei diesen gegebenenfalls um vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöste Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität handelt. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass sowohl die Ärzte des N.\_\_\_\_ als auch C.\_\_\_\_ bei ihren Beurteilungen des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auch psychosoziale Belastungsfaktoren (finanzielle Schwierigkeiten, Trennung von der Familie, fehlende Tagesstruktur, etc.) berücksichtigt haben, welche grundsätzlich vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich wären (BGE 130 V 355 f., Erw. 2.2.5, mit Hinweisen). Zu dem von C.\_\_\_\_ erwähnten Abhängigkeitssyndrom in Bezug auf Opioide ist zu bemerken, dass dieses gemäss ständiger Rechtsprechung für sich allein betrachtet keine Invalidität im Sinne des Gesetzes begründet. Dagegen wird eine solche Sucht im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 99 V 28 Erw. 2; SVR 2001 IV Nr. 3 S. 7 Erw. 2b; AHI 2002 S. 30 Erw. 2a, 2001 S. 228 f. Erw. 2b mit Hinweisen).

4.4. Aufgrund des Dargelegten erweist sich die Sache als nicht spruchreif und bedarf einer erneuten psychiatrischen Abklärung. Dabei haben sich die Fragen an die begutachtende psychiatrische Fachperson nach den in der neusten Rechtsprechung dargelegten Kriterien auszurichten. Sodann sind die Fragen dahingehend zu formulieren, dass die begutachtende fachärztliche Person begründet darlegt, ob neben einer Somatisierungsstörung allenfalls eine erhebliche, schwere, dauerhafte, weitere psychische Erkrankung nach den Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems im Sinne einer Komorbidität vorliegt, oder ob allenfalls aus anderen Gründen im Sinne der erwähnten Kriterien (BGE 130 V 354 Erw. 2.2.3) von einer psychischen Verfassung des Beschwerdeführers auszugehen ist, die es ihm ermöglicht, einer Arbeit nachzugehen und die Schmerzen zu überwinden (BGE 130 V 352 ff.).

5. Die Beschwerde ist in dem Sinne gutzuheissen, als der angefochtene Einspracheentscheid vom 12. März 2004 aufzuheben, die Sache zur erneuten Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist und diese hernach über den Rentenanspruch neu zu verfahren hat.

6. In Bezug auf das Einkommen, welches der Beschwerdeführer ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist Folgendes zu vermerken:

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades ging die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen im Jahre 1999 von Fr. 58'418.-- aus (vgl. Feststellungsblatt vom 30. September 2002, beziehungsweise vom 8. Oktober 2002, Urk. 8/9 und Urk. 8/8 S. 2).

Laut Arbeitgeberbericht der A.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2002 (Urk. 8/42) hätte der Beschwerdeführer im Jahre 1999 ohne Gesundheitsschaden ein Einkommen von Fr. 22.60 pro Stunde erzielen können. Hinzu kommen Feringeld von 10,6 % und der 13. Monatslohn von 8,3 %, was einen Stundenlohn von Fr. 26.90 ergibt. Bei einer im Jahre

1999 im Baugewerbe betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich 42,1 Stunden (Die Volkswirtschaft 6-2005, Tabelle B9.2 S. 82) ergibt dies ein Jahreseinkommen beziehungsweise ein monatliches Valideneinkommen von rund Fr. 54'360.-- (42,1 x 26.90 x 48) im Jahre 1999.

Gemäss IK-Auszug vom 20. Juni 2005 (Urk. 17) erzielte der Beschwerdeführer in den Jahren 1991 bis 1998 ein Einkommen von insgesamt Fr. 294'742.--. Dabei schwankten die jährlichen Einkommen (ohne das Jahr 1998) zwischen Fr. 31'029.-- und Fr. 46'552.--. Werden die Einkommen der Jahre 1991 bis und mit 1995, in denen der Beschwerdeführer nur während 9 beziehungsweise 10 Monaten arbeitete, auf ein Jahr aufgerechnet, und das Jahr 1998, in welchem der Beschwerdeführer den Gesundheitsschaden erlitt, nicht berücksichtigt, erzielte der Beschwerdeführer von 1991 bis 1997 ein durchschnittliches Einkommen von aufgerundet Fr. 45'290.-- pro Jahr. Ein Einkommen von Fr. 58'418.-- erzielte der Beschwerdeführer zwar nie. In Anbetracht der Tatsache aber, dass dieses Valideneinkommen auf Grund der Akten nicht mehr genau nachvollzogen werden kann, der Betrag jedoch von jenem, der gestützt auf statistische Wochenarbeitszeiten berechnet worden ist (Fr. 54'360.--), nicht massiv abweicht und zudem berücksichtigt werden muss, dass in der Baubranche je nach Arbeitsanfall durchaus längere Wochenarbeitszeiten resultieren können, ist das von der Beschwerdegegnerin für das Jahr 1999 festgelegte Valideneinkommen von Fr. 58'418.-- nicht zu beanstanden.

7. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfolgung als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Vorliegend ist eine Entschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als der Einspracheentscheid vom 12. März 2004 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers nach Durchführung einer ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen neu verfolge.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Patronato INCA, Rechtsdienst unter Beilage des Doppels von Urk. 16
  - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
  - Bundesamt für Sozialversicherung
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht

werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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