

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00235 vom 18. Oktober 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-10-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.00235

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00235 du 18 octobre 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.00235 del 18 ottobre 2005

Erwägungen

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.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen neuen 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. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG 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; vgl. BGE 128 V 30 Erw. 1, 104 V 136 Erw. 2a und b).

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. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

3.

3.1. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beigeladenen auf eine Invalidenrente.

3.2. Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid davon aus, dass dem Beigeladenen noch eine Arbeitstätigkeit von 60 % zumutbar sei, und sprach ihm gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 40 % rückwirkend per April 2001 eine Viertelsrente zu. Gleichzeitig auferlegte die Beschwerdegegnerin dem Beigeladenen im Sinne einer Schadenminderungspflicht, dass er das bestehende Leiden mit intensiver antidepressiver Therapie zu behandeln habe, weshalb er verpflichtet sei, sich der benötigten Behandlung zu unterziehen. Nach Ablauf eines Jahres werde überprüft, ob die angeordnete Massnahme durchgeführt worden sei. Sollte die Behandlung verweigert worden sein, werde aufgrund der Akten neu entschieden. Daher werde per April 2005 eine amtliche Rentenrevision zur Überprüfung der Schadenminderungspflicht durchgeführt.

3.3. Demgegenüber lässt die Beschwerdeführerin aufrechnen, die Beschwerdegegnerin stütze ihren Entscheid auf ein eineinhalb Jahre altes Gutachten und trage dabei den aktuellen Verhältnissen keineswegs Rechnung. Im Zeitpunkt der angefochtenen Rentenverfugung sei keine verlässliche, aktuelle Grundlage im Hinblick auf die Beurteilung der psychisch bedingten Invalidität vorgelegen. Es gehe nicht an, dass sich die Beschwerdegegnerin auf ein eineinhalb Jahre altes Gutachten stütze und auf eine baldige Revision verweise. Dies zumal die MEDAS die rein psychisch bedingte Einschränkung des Beigeladenen als durchaus reversibel und mit geeigneten Massnahmen behebbar angesehen habe. Zudem sei das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Urteil vom 10. Dezember 2003 (S. 5 Erwägung Ziff. 3.2) zum Schluss gekommen, dass "eine eigentliche psychische Störung nicht vorliege". Damit habe die Beschwerdegegnerin ihre Abklärungspflicht verletzt. Der angefochtene Entscheid sei daher aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit aktuelle gutachterliche Abklärungen nachgeholt und auch

invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt werden könnten.

3.4.1 Die medizinische Situation stellt sich aufgrund der Akten wie folgt dar:

3.4.1.1 Gemäss dem Bericht von Dr. A. ___ vom 29. beziehungsweise 31. Juli 2001 (Urk. 7/18a) leidet der Beigeladene an einem diffusen myofaszialen Schmerzsyndrom mit Betonung des rechten Beines bei Verdacht auf eine Anpassungsstörung und einem Status nach einem Bagatellunfall am 11. April 2000. In seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer wohl noch zu 50 % arbeitsfähig. Für eine leichte und mittelschwere Tätigkeit bestehe hingegen bestimmt eine volle Arbeitsfähigkeit. Als Fabrikarbeiter hätte der Beigeladene möglicherweise eine bessere Prognose. Dazu führte Dr. A. ___ erläuternd aus, dass die Arbeitsversuche, welche der Beigeladene am 6. November 2000, am 26. Februar 2001 sowie am 21. März 2001 unternommen habe, allesamt missglückt seien.

3.4.2 Dr. B. ___ diagnostizierte in seinem Bericht vom 14. beziehungsweise 15. August 2001 (Urk. 7/18) beim Beigeladenen ein Panvertebralsyndrom und ein myofasziales Schmerzsyndrom bei einem Status nach multiplen Kontusionen am 11. April 2000 mit akutem Schmerzbeginn, einem Verdacht auf eine Anpassungsstörung nach einem Berufsunfall sowie einem Verdacht auf eine reaktive depressive Entwicklung. Aufgrund des myofaszialen Schmerzsyndroms und des Panvertebralsyndroms mit Exacerbation bei körperlich strenger Arbeit sei der Beigeladene in Bezug auf körperliche Tätigkeiten eingeschränkt. Eine Arbeit in kaltem und feuchtem Milieu provoziere die Beschwerden. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sei der Beigeladene aber zu 100 % arbeitsfähig. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden sei bei einer befriedigenden Arbeitsstelle eine Besserung zu erwarten und keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Da der Beigeladene mehrere gescheiterte Arbeitsversuche auf dem Bau hinter sich habe, sei vor allem aus psychischer Sicht eine Weiterbeschäftigung auf dem Bau mit schwerer körperlicher Arbeit kaum mehr möglich.

3.4.3 Im Schreiben von Dr. A. ___ an Dr. B. ___ vom 15. Mai 2001 (Beilage zu Urk. 7/18) erstellte Ersterer beim Beigeladenen die Diagnose eines diffusen myofaszial bedingten Schmerzsyndroms bei Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Der Beigeladene sei für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Dazu führte er erläuternd aus, dass es zudem sinnvoll wäre, wenn der Beigeladene einen Arbeitsversuch auf dem Bau mit einem 50 % Pensum absolvieren könnte. Bis anhin sei dies stets fehlgeschlagen, so dass ernsthaft eine berufliche Neuorientierung ins Auge gefasst werden sollte (obwohl der Beigeladene aus rheumatologischer Sicht auch auf dem Bau voll arbeitsfähig wäre). Er habe dem Beigeladenen mehrfach zu erklären versucht, dass seine Prognose theoretisch günstig sei, und dass er versuchen solle, mit ihnen am gleichen Strick zu ziehen.

3.4.4 Laut der Diagnose von Dr. med. E. ___, Neurologie FMH, "___", vom 2. Juli 2001 (Beilage zu Urk. 7/18) in seinem Schreiben zuhanden von Dr. A. ___ leidet der Beigeladene an einem myofaszialen Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt im rechten Bein. Zudem bestehe der Verdacht auf eine Anpassungsstörung. Hinweise auf eine Myelopathie oder eine lumbosakrale Radikulopathie seien keine vorhanden. Klinisch-neurologisch und elektromyographisch fanden sich keine Hinweise auf eine neurogene Ursache für die Schmerzen, das Schwächegefühl und die diffuse Sensibilitätsstörung im rechten Bein. Insbesondere könne eine zugrundeliegende lumbo-sakrale Radikulopathie mit hoher

Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Befunde sprächen ursächlich auch gegen eine Myelopathie kompressiver oder posttraumatischer Genese. An den oberen Extremitäten könne ebenfalls kein peripher-nervöses Defizit dokumentiert werden. Die Sensibilitätsstörung im rechten Bein sei als funktionelle Überlagerung zu interpretieren.

3.4.5 N._____, Psychiater, Oberarzt, und Dr. med. G.____, Leitender Arzt, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Rehaklinik X.____ erstellten in ihrem Bericht an Dr. H.____, Klinik W.____, "____", vom 21. September 2000 (Beilage zu Urk. 7/18) die Diagnose einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten gemäss ICD-10 F.43.25. Dazu führten sie aus, der Beigeladene habe einen Bauunfall erlitten, der von aussen betrachtet wenig körperliche Schäden angerichtet habe, subjektiv aber als bedrohlich empfunden worden sei. Eine manifeste psychische Störung wie eine Angststörung oder eine deutliche Depression liessen sich aber nicht feststellen. Auch lägen keine Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Es fanden sich mehr unspezifische Symptome, die sich zwischen diskreten depressiven Zeichen, Zeichen von Gereiztheit und körperlichen Missempfindungen bewegten. Dies seien Chronifizierungszeichen und Hinweise auf ein Symptomausweitungsverhalten. Im Rahmen der Untersuchungsgespräche sei der Versuch unternommen worden, mit dem Beigeladenen Zukunftsperspektiven zu erarbeiten. Dabei sei klar geworden, dass er lieber einen leichteren und besser bezahlten Arbeitsplatz hätte. Zur Erreichung dieses Ziels habe er aber in den letzten Jahren keinerlei Eigenaktivitäten aufgebracht.

3.4.6 Im Austrittsbericht der Klinik W.____, "____", vom 23. Oktober 2000 (Beilage zu Urk. 7/18) erstellten Dr. med. I.____, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, Ärztliche Leitung, und Dr. med. H.____, Assistenzarzt, folgende Diagnosen:

"1. Sich ausweitendes und chronifizierendes lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit lumbospondylogenen Schmerzausstrahlungen rechts mit/bei

- Status nach multiplen Kontusionen vor allem der linken Körperseite am 11. April 2000

- leichter Wirbelsäulenfehlhaltung (muskuläre Verspannungen, allgemeine muskuläre Insuffizienz/Dekonditionierung)

- leichter Fehlform der Wirbelsäule (diskrete linkskonvexe Skoliose, lumbale Streckhaltung, Kopfprotraktion)

- chronischer Schon-/Fehlbelastung

- zunehmender funktioneller Überlagerung (vgl. Diagnose 2)

2. Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten

3. Im Verlauf regrediente diskrete Epikondylopathia humeri ulnaris links

4. Belastungsunabhängige Restbeschwerden linkes OSG mit/bei

- Status nach Unfall am 11.04.2000

- Tendenz zur Ausbreitung nach proximal

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dazu wurde ausgeführt, dass der Beigeladene vom 13. September bis 13. Oktober 2000 in der Klinik W.____ hospitalisiert gewesen sei. Insgesamt habe kein therapeutischer Zugang verzeichnet werden können, so dass es im weiteren Verlauf zu einer allmählichen Beschwerdeverstärkung gekommen sei und der Beigeladene bei Austritt über mehr Schmerzen als bei Eintritt geklagt habe. In Anbetracht der Symptomausweitung und Chronifizierung erscheine eine Wiedereingliederung des Beigeladenen in den Arbeitsprozess als prioritär. Solange keine neuen klinischen Befunde (muskuläre oder Bindegewebsbefunde, segmentale Dysfunktionen, neurologische Befunde) vorliegen, seien keine weiteren diagnostischen Massnahmen indiziert. Auch eine ambulante Weiterführung der Physiotherapie sei in Anbetracht der Therapieresistenz nicht angezeigt. Der Beigeladene solle jedoch das instruierte Heimtraining regelmässig durchführen sowie eine regelmäßige körperliche Betätigung aufnehmen. Im Zeitpunkt des Austritts aus der Klinik habe die Medikation des Beigeladenen aus Dafalgan sowie aus Surmontil bestanden.

3.4.7 Ä Ä Laut dem Bericht der Ärzte des Spital Y.____ vom 12. Dezember 2001 (Urk. 7/16), bei welchen der Beigeladene seit 28. Juni 2001 in Behandlung steht, leidet dieser an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Der Beigeladene berichte über Schmerzen cervical bis lumbal mit Ausbreitung in Schultern und Arme, vor allem links sowie ins rechte Bein. Die Schmerzen nahmen bei Wetterwechsel und bei längerem Gehen zu. Auch habe er Schmerzen, wenn er sich bewege, und beim längeren Sitzen. Bewegungsschmerzen in der Nacht führten zu häufigem Erwachen. Am Tag fühle sich der Beigeladene unausgeschlafen, nervös, innerlich angespannt und gereizt. Er werde schnell ungeduldig mit seiner Frau und den Kindern. Es störe ihn alles, weshalb er sich immer mehr zurückziehe. Früher sei er fröhlich und gesellig gewesen, jetzt sei er nachdenklich und traurig. Durch die Gespräche habe der Beigeladene die zuvor empfundene Isolation und Hilflosigkeit gegenüber den Schmerzen überwinden können, so dass die Nervosität und innere Anspannung in den Hintergrund getreten seien. Im Weiteren führten die Ärzte des Spital Y.____ aus, der Arbeitsunfall stelle für den Beigeladenen ein existenziell bedrohliches, tief erschütterndes Erlebnis dar, welches sein Leben verändert habe. Während des ersten Jahres nach dem Unfall habe er sich nicht verstanden und nicht ernst genommen gefühlt. Durch die gescheiterten Therapien und Arbeitsversuche sei dieses Gefühl noch verstärkt worden. Im jetzigen Zeitpunkt schienen diese Affekte weitgehend abgespalten und würden erst bei näherem Nachfragen deutlich. Das Leben des Beigeladenen habe sich durch den Unfall grundlegend verändert. Vor dem Unfall fänden sich keine psychiatrischen Erkrankungen oder Beschwerden. Der Beigeladene beschreibe sich als fröhlich, humorvoll, ausgeglichen und gesellig. Seit dem Unfall leide er neben den Schmerzen unter Nervosität und innerer Spannung, sei nachdenklich und fühle sich traurig. Seiner Schadenminderungspflicht sei er ihres Erachtens durch den Besuch der Therapien und durch die vier Arbeitsversuche nachgekommen. Die Berentung des Beigeladenen werde befürwortet. Gleichzeitig sei sein Wunsch nach beruflicher Wiedereingliederung zu unterstützen. In seinem angestammten Beruf sei diese aber nicht mehr möglich. Daher rechtfertige es sich, eine berufliche Umstellung zu präferieren. Denkbar sei eine halbtägige behinderungsangepasste Tätigkeit.

3.4.8 Ä Ä Im multidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 21. Juli 2003, unterzeichnet von Dr. med. N.____, Innere Medizin FMH, Chefarzt, sowie Dr. med. K.____, Innere

Medizin FMH, Gutachter, (Urk. 7/15) findet sich folgende Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 24):

"leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom, mit

diffusen Weichteilschmerzen

nicht-Dermatom-bezogener Hyposensibilität der ganzen rechten unteren und linken oberen Extremitäten

klarer Verdeutlichungstendenz"

Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert leidet der Beigeladene gemäss den Gutachtern an mässigen Bronchiektasien in beiden Lungenunterlappen und im Mittellappen mit geringer Peribronchitis (Computer-Tomographie vom 10. Januar 2003).

Sowohl in der angestammten Tätigkeit als Bau-Hilfsarbeiter als auch in jeder anderen vergleichbaren Tätigkeit werde die Arbeitsfähigkeit auf 60 % der Norm geschätzt, wobei die Grenzen von den psychiatrischen Befunden gesetzt würden.

Dabei stützten sich die genannte Gutachter auf die von Dr. med. K.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie, "____", in seinem Konsiliarbericht vom 1. Mai 2003 erstellte Diagnose (Beilage zu Urk. 7/15). Erläuternd führte er aus, der Beigeladene habe sich frei und körperlich unbelastet wirkend vom Wartezimmer ins Untersuchungszimmer begeben. Während der ganzen Untersuchung habe er keine Anzeichen körperlicher Schmerzen zu erkennen gegeben. Gleich zu Beginn der Untersuchung habe der Beigeladene aber festgestellt, dass er unter stark wechselnden, stimmungsbhängigen Schmerzen leide und seit einiger Zeit sehr viel trauriger sei als früher. Wahrscheinlich verspüre er seine Schmerzen deshalb in verstärktem Ausmass. Im Weiteren führte Dr. K.____ in seinem Konsiliarbericht aus, beim Beigeladenen sei das Bestehen einer depressiven Entwicklung leichten Grades deutlich. Er mache den Eindruck eines freudlosen, bedrückten und im Grunde genommen wenig Initiative zeigenden Menschen, erzähle von Schlafstörungen, gelegentlichen Morgentiefs und von Libidoverlust. Demnach seien also auch Hinweise für ein depressiv bedingtes somatisches Syndrom erkennbar. Diese depressive Erkrankung sei als Verschlechterung seines psychischen Gesundheitsschadens zu bezeichnen und müsse als Hinweis für eine weitere Chronifizierung seines Leidens gewertet werden. Wegen seiner psychischen Erkrankung sei der Beigeladene zur Zeit in seiner Gesamtarbeitsfähigkeit reduziert und müsse als etwa 40 % arbeitsunfähig bezeichnet werden. Diese generelle Arbeitsunfähigkeit bedeute aber nicht, dass nicht mit allen Mitteln versucht werden sollte, den Beigeladenen wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren. Daher dränge sich die Vornahme von beruflichen Massnahmen sowie eine energische medikamentöse antidepressive Behandlung auf.

Gemäss dem anderen Konsiliarbericht von Dr. med. L.____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, Belegarzt Klinik V.____, "____", vom 29. April 2003 (Beilage zu Urk. 7/15) leidet der Beigeladene aus rheumatologischer Sicht an multiplen Weichteilschmerzen nach einem Arbeitsunfall am 11. April 2000 mit multiplen Kontusionen. Es sei keine somatische Läsion am Bewegungsapparat objektivierbar. Die Art der Beschwerden, die völlige Therapieresistenz, das Verhalten und die fehlenden objektivierbaren Befunde

seien wesentliche Indizien dafür, dass es sich wahrscheinlich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung handle. Aus rheumatologischer-orthopädischer Sicht sei der Beigeladene nicht arbeitsunfähig.

3.4.9.1 Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten und auch in Übereinstimmung mit dem in Rechtskraft erwachsenen Urteil des hiesigen Gerichts vom 10. Dezember 2003 (Urk. 7/36) ist einerseits festzustellen, dass beim Beigeladenen bereits ab 2001/2002 keine somatischen Befunde (mehr) vorlagen, auf welche die von ihm geklagten Beschwerden hätten zurückgeführt werden können. Deshalb schlossen sämtliche Ärzte - allenfalls nebst der Diagnose eines diffusen myofaszialen Schmerz- bzw. Panvertebralsyndroms (Urk. 7/18a und Urk. 7/18) - einhellig auf eine psychische Ursache und stellten jeweils mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig auf eine psychische Diagnose ab: Verdacht auf eine Anpassungsstörung (Dr. A. ___ [Urk. 7/18a] und Dr. B. ___ [Urk. 7/18]), Verdacht auf eine reaktive depressive Entwicklung (Dr. B. ___ [Urk. 7/18]), eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten gemäss ICD-10: F43.25 (Psychiater N. _____ und Dr. G. ___, Dr. H. ___ und Dr. Staub [Urk. 7/18]), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (med. pract. D. ___ und Dr. C. ___ [Urk. 7/16]) sowie eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom bei diffusen Weichteilschmerzen (Dr. K. ___ [Urk. 7/15]). Andererseits ist aber festzuhalten, dass zum Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheides vom 20. Januar 2005 (Urk. 2) die Mehrheit der ärztlichen Berichte bereits veraltet waren, da sie mit Ausnahme des MEDAS-Gutachten allesamt aus den Jahren 2000 und 2001 stammen.

Hinsichtlich des Beweiswerts des MEDAS-Gutachtens ist zu bemerken, dass es zwar die Vorakten, die Anamnese und die geklagten Beschwerden berücksichtigt sowie auf allseitigen Untersuchungen (internistischen, rheumatologischen, psychiatrischen und labortechnischen sowie radiologischen) beruht. Jedoch leuchtet es weder in der Beurteilung der medizinischen Situation ein noch enthält es begründete Schlussfolgerungen hinsichtlich des vorliegend relevanten psychischen Gesundheitszustandes des Beigeladenen. So hat sich Dr. K. ___ in seinem Bericht vom 1. Mai 2003 (Urk. 7/15) grundsätzlich darauf beschränkt, die vom Beigeladenen geklagten Beschwerden wiederzugeben, und es insbesondere unterlassen, sich kritisch mit dessen Angaben auseinander zu setzen. Dazu hätte er sich aber angesichts der aktenkundigen Verdeutlichungstendenz des Beigeladenen (Urk. 7/15 Ziff. 2.1. S. 21 und 23 und Beilage zu Urk. 7/18, Schreiben von Dr. E. ___ an Dr. A. ___ vom 2. Juli 2001 S. 1) sowie der widersprüchlichen Angaben, welche dieser gegenüber den verschiedenen ihn begutachtenden Ärzten gemacht hat, veranlasst sehen müssen. Anlässlich der Untersuchung durch Dr. K. ___ hat der Beigeladene auf spezielles Befragen angegeben, er sei häufig am Weinen, würde sich aber seiner Tränen schämen (Beilage zu Urk. 7/15, Konsiliarbericht von Dr. K. ___ vom 1. Mai 2003 S. 2 unten). Gegenüber Dr. O. ___ gab er - angesprochen auf seinen Gemütszustand - an, seit dem Unfall fühle er sich nicht wohl, fühle sich deprimiert, weine aber nicht, sondern sei still und schweigsam und ziehe sich zurück (Urk. 7/15 Ziff. 1.2.4 S. 18). Ein weiterer Widerspruch, welcher keinen Eingang in den Bericht von Dr. K. ___ gefunden hat, zeigt sich in den Angaben des Beigeladenen hinsichtlich seiner noch bestehenden Kontakte mit Kollegen. Während er gegenüber Dr. O. ___ noch ausführte, dass er am Nachmittag meist spazieren gehe und seine Kollegen treffe (Urk. 7/15 Ziff. 1.2.1 S. 15), gab er anlässlich der Untersuchung

durch Dr. K.____ an, am Nachmittag schaue er wieder TV, dann gehe er etwas hinaus und treffe sich selten einmal mit einem Bekannten. Seine gesellschaftlichen Kontakte hätten sich stark reduziert. Er sei meistens allein (Beilage zu Urk. 7/15, Konsiliarbericht von Dr. K.____ vom 1. Mai 2003 S. 2 Mitte).

Im Weiteren fehlt im Konsiliarbericht von Dr. K.____ vom 1. Mai 2003 (Beilage zu Urk. 7/15) auch eine Auseinandersetzung mit dem Verlauf und den Ergebnissen der seit 28. Juni 2001 im Spital Y.____ durchgeführten Gesprächs- und medikamentösen Therapie. Gemäss dem Bericht des Spitals Y.____ vom 12. Dezember 2001 (Urk. 7/16) habe die medikamentöse Therapie mit Saroten wegen gastrointestinalen Nebenwirkungen abgebrochen beziehungsweise diejenige mit Zoloft nicht weiter gesteigert werden können (Urk. 7/16). Mit Blick auf die Empfehlung von Dr. K.____, wonach der Beigeladene sich einer energischen medikamentösen, antidepressiven Behandlung zur Reintegration in den Arbeitsprozess zu unterziehen habe, hätte der begutachtende Psychiater sich dazu äussern müssen, ob dem Beigeladenen die Einnahme von geeigneten Psychopharmaka trotz der sich daraus ergebenden Nebenwirkungen überhaupt zumutbar sei.

Es fällt im Weiteren auf, dass sich Dr. K.____ nicht abschliessend mit den anders lautenden psychiatrischen Diagnosen und Vermutungen der behandelnden beziehungsweise begutachtenden Ärzte auseinandergesetzt hat. Fraglich ist insbesondere, wie sich Dr. K.____ zu der vom Spital Y.____ erstellten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10: F45.4 (Urk. 7/16) und dem entsprechend geäusserten Verdacht von Dr. L.____ in seinem Konsiliarbericht vom 29. April 2003 (Beilage zu Urk. 7/15) stellt. Ob Dr. K.____ davon ausgeht, dass neben der neu von ihm erstellten Diagnose einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom auch noch eine somatoforme Schmerzstörung besteht, ist nicht klar. In diesem Zusammenhang erwähnte Dr. K.____ in seinem Bericht, dass im Mai 2001 der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung aufgekommen und diese Diagnose im Dezember desselben Jahres von psychiatrischer Seite aus bestätigt worden sei. Anlässlich der jetzigen psychiatrischen Untersuchung werde beim Beigeladenen das Bestehen einer depressiven Erkrankung leichteren Grades deutlich. Es sei diese depressive Erkrankung als Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes zu bezeichnen und müsse als Hinweis für eine weitere Chronifizierung seines Leidens gewertet werden. Als somatische Auswirkung der depressiven Erkrankung nennt Dr. K.____ nur die geklagten Schlafstörungen, die gelegentlichen Morgentiefs und den Libidoverlust. Die diffusen Weichteilschmerzen werden dadurch aber nicht erklärt, weshalb das Vorhandensein einer somatoformen Schmerzstörung nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann.

Zudem gibt der Konsiliarbericht von Dr. K.____ auch keine Antwort auf die gemäss der unter Erw. 2.1.1 dargelegten höchststrichterlichen Rechtsprechung zu den psychischen Gesundheitsschäden zu beantwortende Frage, inwieweit der Beigeladene über Ressourcen verfügt, die es ihm ermöglichen, seine Krankheit zu überwinden und seine noch vorhandene Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Dasselbe gilt in Bezug auf eine allfällige Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, welcher es jedoch - wie unter Erw. 2.1.2 erwähnt - nicht nur an einer durch ein psychiatrisches Gutachten erstellten hinreichend gesicherten Diagnose fehlt, sondern auch an konkreten Angaben über die Schwere des Leidens. Ebensowenig steht aufgrund der jetzigen Aktenlage fest, ob es sich bei der von Dr. K.____ diagnostizierten leichten depressiven Episode mit somatischem

Syndrom um eine von der allfällig vorhandenen Schmerzverarbeitungsstörung losgelösten und damit selbständigen Krankheit im Sinne einer Komorbidität handelt. Im Weiteren fehlen Angaben über die genannten Kriterien, woraus im Falle der Verneinung einer Komorbidität geschlossen werden könnte, dass dem Beigeladenen eine Überwindung der Schmerzen nicht mehr zumutbar ist.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Dr. K. in seinem Konsiliarbericht vom 1. Mai 2003 (Beilage zu Urk. 7/15), auf welchen sich das MEDAS-Gutachten vollumfänglich stützt, mehr auf die subjektiven Angaben des Beigeladenen abgestellt als sich in objektiver Weise mit dessen gesamtem Aussageverhalten sowie den übrigen vorhandenen medizinischen Akten auseinandergesetzt hat. Das MEDAS-Gutachten genügt aufgrund des Gesagten den Anforderungen an taugliche Beweismittel nicht, weshalb weder der Gesundheitszustand noch die sich daraus ergebende Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit rechtsgenügend beurteilt werden können. Insofern steht im jetzigen Zeitpunkt auch nicht fest, ob sich die psychische Beeinträchtigung des Beigeladenen tatsächlich negativ auf dessen Arbeitsfähigkeit auswirkt. In Anbetracht dieser Umstände drängt sich die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens auf. Dabei soll der Gutachter sich in Kenntnis und Auseinandersetzung mit sämtlichen vorhandenen medizinischen Akten über den psychischen Zustand des Beschwerdeführers äussern, eine klare Diagnose stellen und sich dabei auch mit der neuesten Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] zu den psychischen Gesundheitsschäden (vgl. Erw. 2.1.1) und allenfalls auch mit derjenigen zu den somatoformen Schmerzstörungen im Sinne der vorstehenden Erwägungen äussern (Erw. 2.1.2; vgl. BGE 131 V 49, 130 V 399 Erw. 5.3.2). Danach hat die IV-Stelle über das Leistungsbegehren des Beigeladenen neu zu verfahren.

3.5 Nach dem Gesagten ist der angefochtene Entscheid vom 20. Januar 2005 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Die Beschwerde ist demnach gutzuheissen.

4. Gemäss § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) haben die Parteien auf Antrag nach Massgabe ihres Obsiegens Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Dieser wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Den Versicherungsträgern und den Gemeinwesen steht der Anspruch auf Ersatz der Parteikosten in der Regel nicht zu (§ 34 Abs. 2 GSVGer).

Im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde darf obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen werden. In Anwendung dieser Bestimmung hat das Eidgenössische Versicherungsgericht der SUVA und den privaten UVG-Versicherern sowie - von Sonderfällen abgesehen - den Krankenkassen keine Parteientschädigungen zugesprochen, weil sie als Organisationen mit öffentlichrechtlichen Aufgaben zu qualifizieren sind (BGE 112 V 361 Erw. 6 mit Hinweisen). Das hat grundsätzlich auch für die Trägerinnen oder Versicherer der beruflichen Vorsorge gemäss BVG zu gelten (BGE 128 V 133 Erw. 5b, 126 V 150 Erw. 4a, 118 V 169 Erw. 7, 117 V 349 Erw. 8 mit Hinweis).

Vorliegend besteht kein Grund, von diesen Grundsätzen abzuweichen, weshalb der Beschwerdeführerin keine Prozessentschädigung zuzusprechen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird der angefochtene Einspracheentscheid vom 20. Januar 2005 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch von L. _____ neu verfährt.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eric Stern

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Rechtsanwalt Guy Reich

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. 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.