

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01019 vom 12. Juni 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-06-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2005.01019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01019)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01019 du 12 juin 2006

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01019 del 12 giugno 2006

## Erwägungen

### E. 1

1.1. S. \_\_\_\_, geboren 1957, reiste Ende Juni 1987 in die Schweiz ein und arbeitete seither an verschiedenen Stellen, so ab 1. März 1995 bei der A. \_\_\_\_, wo er als Dreher CNC-Fräsmaschinen bediente (Urk. 12/8/93 Ziff. 4.1 und Ziff. 6.3.1 sowie Urk. 3/7 S. 1). Seit Mitte 1994 leidet S. \_\_\_\_, an Rückenschmerzen, in Folge derer er ab 2. August 1996 vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben wurde (Urk. 10/51). Per Ende Oktober 1997 wurde ihm die Stelle aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (Urk. 3/7 S. 1).

1.2. Nach der Anmeldung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug im August 1997 (Urk. 12/8/93) holte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, verschiedene ärztliche Berichte und Gutachten ein, zog Auskünfte beim ehemaligen Arbeitgeber, bei der Arbeitslosenkasse der GBI, Sektion Zürcher Oberland, Uster, sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto bei und liess die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abklären (Urk. 3/7 S. 2).

Mit Verfügungen vom 20. April 2000 sprach die IV-Stelle S. \_\_\_\_, mit Wirkung ab 1. August 1997 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 48 % wegen Vorliegens eines Härtefalles eine halbe Rente der Invalidenversicherung nebst der Zusatzrente für die Ehefrau und drei Kinderrenten zu (Urk. 10/34-36). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 11. Januar 2002 rechtskräftig ab (Urk. 3/7).

### E. 1.1

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).

1.2. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2003 gültigen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

### E. 1.3

1.3.1. Am 15. Mai 2002 (Urk. 10/78) machte S. \_\_\_\_, gegenüber der Invalidenversicherung eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend und

ersuchte um Ausrichtung einer ganzen Rente. Die IV-Stelle holte hierauf bei Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, den Bericht vom 15. Juni 2003 (Urk. 10/47) und denjenigen vom 5. Dezember 2003 (Urk. 10/45/1, unter Beilage von Berichten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH f¼r Kardiologie und Innere Medizin, vom 29. Mai 2002 sowie von Dr. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom 5. September 2002, Urk. 10/45/2-3) ein und liess beim F.\_\_\_\_ ein Gutachten erstellen (vom 17. September 2004, Urk. 10/44). Sodann zog sie den Auszug aus dem individuellen Konto vom 6. März 2003 (Urk. 10/74) sowie die Stellungnahme der hausinternen Berufsberatung vom 5. Oktober 2004 bei (Urk. 10/66). S.\_\_\_\_ seinerseits hatte im Abklärungsverfahren den Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt f¼r Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. August 2004 (Urk. 10/26) einreichen lassen.

 Mit Verf¼gung vom 6. Oktober 2004 (Urk. 10/24) wies die IV-Stelle das Gesuch um Erh¼hung der Invalidenrente gest¼tzt auf einen Invaliditätsgrad von 40 % ab. Mit Verf¼gung vom 28. Oktober 2004 (Urk. 10/22) hob die IV-Stelle die bisherige halbe Härtefall-IV-Rente auf und brachte ab 1. Dezember 2004 nurmehr eine Viertelsrente zur Ausrichtung (Urk. 10/21).

1.3.2 Nach Eingang der gegen beide Verf¼gungen erhobenen Einsprache vom 8. November 2004 (Urk. 10/20) eröffnete die IV-Stelle zwei separate Einspracheverfahren (Urk. 10/16). Mit Entscheid vom 2. Dezember 2004 wies sie die Einsprache gegen die Verf¼gung vom 28. Oktober 2004 (betreffend Verneinung des Härtefalls) ab. Die dagegen erhobenen Rechtsmittel wurden allesamt abgewiesen, zuletzt mit Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 8. August 2005 (Urk. 14/1-2).

1.3.3 Am 22. Februar 2005 (Urk. 10/13) liess S.\_\_\_\_ eine ergänzende Stellungnahme im Rahmen des Einsprachverfahrens betreffend Härte des Invaliditätsgrades einreichen. Dabei verwies er auf neuere Berichte der Uniklinik H.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2004 und 17. Januar 2005 (Urk. 10/43/1-2) sowie von Dr. C.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2004 (Urk. 10/43/5). In der Folge liess er am 13. Juni 2005 (Urk. 10/42/1) das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH f¼r Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, vom 31. Mai 2005 (Urk. 10/42/2) zu den Akten reichen und um Übernahme der Begutachtungskosten in der Härte von Fr. 6'000.-- ersuchen.

 Mit Einspracheentscheid vom 29. Juni 2005 (Urk. 10/10) wies die IV-Stelle die Einsprache gegen die Verf¼gung vom 6. Oktober 2005 (betreffend Erh¼hung der Invalidenrente) ab. Nachdem der Versicherte am 1. Juli 2005 (Urk. 10/9) die Nichtbeachtung des aufgelegten Gutachtens von Dr. I.\_\_\_\_ moniert hatte, zog die IV-Stelle den Einspracheentscheid vom 29. Juni 2005 in Wiedererwägung und wies die Einsprache mit Entscheid vom 12. August 2005 (Urk. 2) erneut ab.

1.4 Am 1. Juli 2005 (Urk. 10/5) lehnte die IV-Stelle das Gesuch um Übernahme der Begutachtungskosten (Parteigutachten von Dr. I.\_\_\_\_) ab. Die hiergegen erhobene Einsprache vom 14. September 2005 (Urk. 10/4) wies sie mit Entscheid vom 7. Oktober 2005 (Urk. 10/1) ab.

## **E. 2**

/

### **E. 2.1**

Vorliegend ist vorweg strittig, ob dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. April 2002 statt die gewährte halbe eine ganze Rente der Invalidenversicherung zusteht. Sodann ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht mit Wirkung ab 1. Dezember 2004 von einem Invaliditätsgrad von unter 50 % ausging. Bejahendenfalls erweist sich die Herabsetzung der laufenden halben Rente auf eine Viertelsrente infolge Wegfalls des Härtefalls als korrekt, wie dies das EVG am 8. August 2005 (Urk. 14/2) explizit festgehalten hat.

2.2.2.2 Die Zusprache der halben Härtefall-Rente per 1. August 1998 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 48 % (Verfügungen vom 20. April 2000, Urk. 10/34-36) basierte im Wesentlichen auf der Einschätzung der Gutachter des K. \_\_\_ vom 13. Juli 1999 (Urk. 10/48). Sie diagnostizierten ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits, rechtsbetont, bei Wirbelsäulenfehlform mit Flachrücken lumbal sowie grossbogiger linkskonvexer thorakolumbalen Skoliose, bei Haltungsinsuffizienz, bei Dekonditionierung und muskulärer Dysbalance sowie bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (Osteochondrose und kleine Diskushernie median L4/5, kleine rechtsparamediane Diskushernie L5/S1, ventrale retromarginale Diskushernie L3/4) ohne spinale Stenose oder Instabilität. Sie wiesen darauf hin, dass die klinisch wie radiologisch objektivierbaren Befunde gegenüber einer chronifizierten Schmerzproblematik im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung in den Hintergrund traten. Sie befanden den Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht für jede leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit für vollumfänglich arbeitsfähig. Für schwere Arbeiten dagegen bestehe ebenso eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wie für Arbeiten mit repetitivem Heben von Lasten über 15 kg sowie länger dauerndem Verharren in Zwangspositionen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen eine Arbeitsfähigkeit von 75 %.

2.3.2.3 Der Psychiater Dr. J. \_\_\_ hatte am 24. September 1998 (Urk. 10/49/1) bei der Diagnose einer leichtgradigen psychogenen Anpassungsstörung (ICD F43.2) mit ebenso nicht schwer wiegender, anhaltender, somatoformer Schmerzstörung (ICD F45.4), beides als Reaktion und aufgepfropft auf eine lang andauernde Lumbovertebral- und Diskusproblematik, auf eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen und eine kombinierte Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf von 50 % geschlossen, was indes vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 11. Januar 2002 (Urk. 3/7) zugunsten der Einschätzung der Spezialisten des K. \_\_\_ verworfen wurde, indem es in somatischer Hinsicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausging, reduziert um 25 % aufgrund der psychischen Erkrankung (S. 16).

2.4.2.4 Ebenso nicht abgestellt wurde seinerzeit auf die Ausführungen von Dr. L. \_\_\_, welcher am 2. September 1997 (Urk. 10/51) auf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit schloss mit der Möglichkeit einer 50%igen Arbeitsleistung in einer Tätigkeit ohne Heben von schweren Gewichten. Dies mit der Begründung, dass er sich hauptsächlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestützt habe.

## **E. 2.2**

Schliesslich erhob S. \_\_\_ am 1. November 2005 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 7. Oktober 2005 betreffend Übernahme der Begutachtungskosten (Prozess Nr. IV.2005.01229) mit den folgenden Anträgen (Urk. 12/1 S. 2):

1. Die Verfügung vom 12. August 2005 sei aufzuheben;

2. Es sei festzustellen, dass der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die gesamten Kosten für das in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten im Umfange von Fr. 6'000.00 zurück zu erstatten sind;

3. das vorliegende Verfahren ist zweckgebunden mit unserer Beschwerde vom 13. September 2005 und deshalb mit diesem Verfahren (IV.2005.01019) zu vereinen;

4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Am 7. Dezember 2005 (Urk. 12/7) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 8. Dezember 2005 (Urk. 12/9) wurde der Schriftenwechsel als geschlossen erklärt.

Mit Verfügung vom 13. Dezember 2005 (Urk. 13) wurde der Prozess Nr. IV.2005.01229 mit dem Prozess Nr. IV.2005.01019 vereinigt und als dadurch erledigt abgeschlossen.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

### **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 laut Art. 28 Abs. 1 bis IVG bereits bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente.

Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach



3.1.1.1. In dem im Rahmen der Rentenrevision erstellten Bericht vom 15. Juni 2003 (Urk. 10/47) diagnostizierte Dr. C., welcher den Beschwerdeführer seit 26. April 2002 betreut, ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom links, ein thorakospondylogenes Syndrom, eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis, eine Polyarthropathie, eine arterielle Belastungshypertonie, ein Zervikalsyndrom sowie - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - ein depressiv gefärbtes Zustandsbild, eine Hypercholesterinämie, eine Helicobacter-Gastritis und -Duodenitis sowie eine Refluxkrankheit. Er schilderte vom Beschwerdeführer geklagte Schmerzen der Brust- und Lendenwirbelsäule, ausstrahlende Schmerzen in beide Beine bis in die Zehen, Schmerzen der Halswirbelsäule bei Bewegungen, thorakale Schmerzen, Schwindel, epigastrische Schmerzen, morgendliche Steifheit der Fingergelenke sowie eine psychiatrische Symptomatologie gemäß Bericht von Dr. G.. Ohne eine weitere Begründung attestierte er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf seit 1. März 2001 und erachtete den Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit Januar 2003 als zu 5 Stunden pro Woche arbeitsfähig.

3.1.2. Dr. D. diagnostizierte im Bericht vom 29. Mai 2002 (Urk. 10/45/2) ein chronisches lumbo-radikuläres Syndrom links sowie ein thorako-spondylogenes Syndrom bei Kyphose der Brustwirbelsäule und Diskusprotrusion Th6/7. Hingegen fand er keine Hinweise auf eine symptomatische koronare Herzkrankheit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus dem Bericht von Dr. E. vom 5. September 2002 (Urk. 10/45/3) ergeben sich ein Verdacht auf Refluxerkrankung leichten Grades sowie eine Helicobactergastritis mit diskreter Duodenitis.

3.1.3. Im Verlaufsbericht vom 22. Oktober 2004 (Urk. 10/43/5) machte Dr. C. eine Intensivierung der Schmerzsymptomatik, speziell im lumbalen Bereich, geltend, wobei das Gehen nur noch in schräg gebeugter Haltung möglich sei und in der Nacht nachhaltige Schmerzen mit Ausstrahlungen, vor allem in das linke Bein, beständen. Er schrieb den Beschwerdeführer ab 22. Oktober 2004 vollumfänglich arbeitsunfähig.

3.2. Dr. med. M. von der Universitätsklinik H. diagnostizierte am 3. Dezember 2004 (Urk. 10/43/1) linksbetonte Lumbalgien bei bekannter Diskushernie L4/5 sowie ein thorakospondylogenes Schmerzsyndrom, welches chronifiziert sei. Hingegen fehlten jegliche radikuläre Schmerzausstrahlungen. Ein am 7. Januar 2005 durchgeführtes MRI der Lendenwirbelsäule ergab Folgendes (Urk. 10/43/2): "Eher grässenregrediente paramediane Diskushernie L4/5 mit Verlagerung der L5-Wurzel links. Kleine Segmentdegeneration (Hämangiom L4), keine Fazettengelenksarthrose".

3.3. Der Psychiater Dr. G. diagnostizierte in seinem Bericht vom 25. August 2004 (Urk. 10/26) eine rezidivierende depressive Störung mit somatischen Symptomen (F33.11) auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom und schloss aus psychiatrischer Sicht auf eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 3.4.1**

Anlässlich der Untersuchung durch die Gutachter des F. am 31. August 2004 klagte der Beschwerdeführer über seit acht Jahren bestehende lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine bis in die Zehen. Seit zwei Monaten gehe es sehr schlecht, er könne ab und zu kaum mehr gehen. Allgemein seien die Beschwerden zunehmend. Er habe auch Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Brust und Globusgefühl beim

Essen seit ca. drei Jahren. Zudem habe er Allergien, nach Käse bekomme er einen geschwellenen Mund, weiter leide er unter Magenschmerzen und Aufstossen seit fünf Jahren. Er habe auch Probleme mit seinem Herzen, ab und zu klopfe es sehr rasch (Urk. 10/44 S. 6 Ziff. 3.2.1 Abs. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der in den Akten enthaltenen Angaben klagte der Beschwerdeführer auch über Schmerzen in der Brust- und Lendenwirbelsäule, speziell nach Belastung, häufig auch in der Nacht, ausstrahlende Schmerzen in beide Beine bis in die Zehen, links mehr als rechts, Schmerzen in der Halswirbelsäule bei Bewegungen sowie thorakale Schmerzen, speziell bei Anstrengungen. Weiter gab er Schwindel, epigastrische Schmerzen, unabhängig vom Essen, morgendliche Steifheit der Fingergelenke sowie Anlaufschmerzen auch in den grossen Gelenken an (Urk. 10/44 S. 6 Ziff. 3.2.1 Abs. 2).

3.4.2 Ä Ä Der Rheumatologe des F.\_\_\_\_, Dr. N.\_\_\_\_, fand bei seinen Untersuchungen keine Auffälligkeiten mit Ausnahme von Endphasenschmerzen bei maximaler Aussenrotation der Hüftgelenke mit Provokation in den Lendenwirbelsäulenbereich sowie beidseits positive Waddell-Zeichen betreffend Achsenstoss und Beckenrotation bei insgesamt erhöhtem Schmerzgebaren mit teils nicht nachvollziehbarem Schmerzverhalten. Unter Berücksichtigung der MRI-Aufnahmen vom 25. September 2003 diagnostizierte Dr. N.\_\_\_\_ ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, intermittierend radikulär L5 möglich (ICD-10 M51.1) bei mediolateraler linksbetonter Diskushernie L4/5 mit möglicher recessaler Neurokompression L5 links, bei Überbelastung der Facettengelenke L4/5 und L5/S1 beidseits, bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung mit muskulärer Dysbalance sowie bei sich abzeichnender Chronifizierung mit Schmerzverarbeitungsstörung. Ferner schloss er auf ein thorakospondylogenes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung sowie auf soziale Rehabilitationshindernisse (Urk. 10/44 S. 9 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der rheumatologischen Beurteilung hielt Dr. N.\_\_\_\_ fest, dass keine sicheren lumboradikulären Reizsymptome objektiviert werden konnten, insbesondere fehlten auch Hinweise auf sensomotorische Ausfälle. Von Krankheitswert finde sich eine mediolaterale linksseitige Diskushernie im Segment L4/5, welche aufgrund der Bildgebung durchaus eine Neurokompression von L5 linksseitig erklären konnte. Aufgrund der subjektiven Schmerzschilderung dürften die Schmerzausstrahlungen im Bereiche der linken unteren Extremität teilweise einer Neuroirritation von L5 entsprechen, eine Pathologie liege jedoch nicht vor. Daneben bestehe jedoch eine zunehmende Chronifizierung mit erhöhtem Schmerzgebaren sowie teilweise ungewöhnlichem Schmerzverhalten bei deutlich vorliegender Schmerz- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers (Urk. 10/44 S. 10 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. N.\_\_\_\_ befand den Beschwerdeführer in der gelernten Tätigkeit als Schlosser langfristig auch in Zukunft mindestens zu 50 % arbeitsunfähig. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Metallfräser mit teilweise ausgesetzter Zwangshaltung sowie mit Heben von Lasten bis 20 kg dürften die Arbeitsunfähigkeit retrospektiv 30 % betragen. Hingegen bestehe aus rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine die Wirbelsäule nicht schwer belastende Tätigkeit mit Heben und Ziehen von Lasten bis 15 kg, durchgeführt in Wechselbelastung, abwechslungsweise sitzend, stehend wie auch gehend (Urk. 10/44 S. 11).



körperlich schwer belastenden Tätigkeiten mehr zumutbar. In der angestammten Tätigkeit als Schlosser bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit, als Metallfräser an CNC-Maschinen mit nur teilweisen Zwangshaltungen eine solche von 30 %. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 15 kg, durchgeführt in Wechselbelastung, attestierten die Gutachter aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischen Gründen schlossen sie auf eine Leistungseinschränkung von 20 %. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit terminierten sie auf den 2. August 1996 und führten aus, die attestierte Arbeitsunfähigkeit könne durchgehend attestiert werden (Urk. 10/44 S. 16 f.). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneinten sie ausdrücklich (Urk. 10/44 S. 19 Ziff. 7.1).

Die Gutachter bemerkten schliesslich, dass der Beschwerdeführer seit Jahren mit jeglichem beruflichen Leben abgeschlossen habe. Es lasse sich eine nicht zu übersehende Motivationslosigkeit feststellen, an dieser Situation etwas zu ändern, was sich auch in der mangelhaften Durchführung von aktiv auszubenden physiotherapeutischen Massnahmen äussere. Daraus lasse sich auch folgern, dass auf die Selbsteinschätzung bei der fehlenden Motivation nicht abgestützt werden könne. Im Weiteren sei bei Schmerzverarbeitungsproblemen immer eine höhere Selbstlimitierung vorhanden, als dies medizinisch nachzuvollziehen sei. Insbesondere bestehe in der Regel eine Diskrepanz zur zumutbaren Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht, auch bei einer gewissen Schmerzempfindung gleichwohl eine Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 10/44 S. 17 f.).

3.5 Im Parteigutachten vom 31. Mai 2005 (Urk. 10/42/2) berichtete der Psychiater Dr. I. \_\_\_ von einem anlässlich der Untersuchung vom 19. Mai 2005 nur schwierig herstellbaren affektiven Rapport. Die affektive Modulationsfähigkeit sei ungenügend. Stimmungsmässig sei der Beschwerdeführer deutlich bedrückt und traurig. Psychomotorisch sei er deutlich angetrieben. Das Denken sei formal leicht umstündlich, verlangsamte, jedoch logisch-kohärent, inhaltlich dominierten Zukunftsgedanken privater und beruflicher Art. Der Beschwerdeführer sei bei klarem Bewusstsein und allseits orientiert. Die kognitiven Funktionen wie Konzentrationsfähigkeit, Auffassungsgabe und Wahrnehmung seien, klinisch geprüft, verringert bei deutlicher Affektlabilität. Es seien keine Psychosezeichen im Sinne von illusionären Verkennungen und Halluzinationen feststellbar, keine Ich-Störung, keine Derealisation, keine Depersonalisation. Zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung seien fremdaggressive Tendenzen feststellbar gewesen, Gedanken zur Frage des Sinnes des Lebens seien angedeutet worden, jedoch keine Suizidalität (Urk. 10/42/2 S. 4/5).

Dr. I. \_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer leide seit ca. drei Jahren an massiven Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Hoffnungs- und Entscheidungslosigkeit sowie an ängstlichen Zuständen. Die kognitiven Funktionen seien deutlich reduziert, wobei sich der Beschwerdeführer in zunehmender Weise sozial zurückgezogen habe. Er habe zudem alle Hobbies aufgegeben, sehe nur noch TV und habe im Prinzip alle Aktivitäten aufgegeben (Urk. 10/42/2 S. 5/6).

Der Gutachter sah das psychopathologische Zustandsbild als vereinbar mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Er erachtete als typisch hierfür einerseits die traurig geprägte Stimmungslage, die kognitiven Defizite, die Deaktivierung sowie die damit verbundenen,

nicht gänzlich objektivierbaren somatischen Beschwerden. Der bereits seit knapp zehn Jahren nicht berufstätige Beschwerdeführer sei die Passivitätsspirale heruntergeleitet. Es sei ihm bisher nicht möglich, einerseits die Berufsunfähigkeit, andererseits die medizinischen Defizite adäquat zu verarbeiten. Dr. I. \_\_\_ empfahl in therapeutischer Hinsicht einen vermehrten Einbezug verhaltenstherapeutischer Ansätze in Form einer Installation einer sinnvollen Tagesstruktur sowie eine geeignete Medikation (Urk. 10/42/2 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, aufgrund der aktuellen psychiatrischen Querschnittuntersuchung sowie der Lebensgeschichte sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht arbeitsfähig. Aufgrund der Untersuchung könne durchaus angenommen werden, dass er bei entsprechender Therapie zu Schritten in Richtung Aktivitätssteigerung fähig sei, diese zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht vollziehen könne. Die depressive Hemmung sei offensichtlich. Es sei daher mit grossster Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer nicht etwa nicht wolle, sondern nicht könne (Urk. 10/42/2 S. 6). Dr. I. \_\_\_ attestierte zusammenfassend eine Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf die hemmende Schmerzsymptomatik, die massive depressive Hemmung, die kognitiven Defizite sowie eine lähmende Inaktivität. Auch mit einer entsprechenden Willensanstrengung sei es dem Beschwerdeführer zur Zeit nicht zumutbar, den an ihn gestellten Anforderungen gerecht zu werden (Urk. 10/42/2 S. 7).

#### **E. 4.1.1**

Vorweg ist festzustellen, dass das polydisziplinäre Gutachten des F. \_\_\_ in sämtlichen Punkten den Kriterien der gefestigten Rechtsprechung zu den Anforderungen einer Expertise entspricht.

4.1.2 Ä Ä So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen (nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit nebst einer allfälligen Veränderung) abschliessend und beruht namentlich auf allseitigen Untersuchungen, führten doch die Gutachter umfassende Abklärungen in internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht durch. Dabei berücksichtigten sie die geklagten Beschwerden und setzten sich damit sowie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers intensiv auseinander.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Den Spezialisten des F. \_\_\_ waren die Vorakten bekannt, welche in die Beurteilung einfließen. Sie nahmen denn auch detailliert Stellung zu den bereits vorliegenden medizinischen Einschätzungen und setzten sich vertieft damit auseinander. Das Gutachten leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, da die Gutachter detailliert Stellung zu den Auswirkungen der Rückenbeschwerden, der Schmerzverarbeitungsstörung sowie deren Überwindbarkeit nahmen. Ihre Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präzisierend nachvollziehen kann.

#### **E. 4.1.3**

Zusammenfassend kann den Ausführungen im Gutachten des F. \_\_\_ vom 17. September 2004 (Urk. 10/44) in jeder Hinsicht gefolgt werden und erweisen sich die gemachten Ausführungen als schlüssig. Namentlich ist überzeugend dargetan worden, dass dem Beschwerdeführer eine schwere körperliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar, dass hingegen in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit

gegeben ist. Schliesslich ist detailliert dargelegt worden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit August 1996 nicht verschlechtert hat.

#### E. 4.2

4.2.1.1 An dieser gutachterlichen Beurteilung vermögen die Einschätzungen von Dr. C. \_\_\_ nichts zu ändern. Vorweg ist festzuhalten, dass die begründungslose Attestierung einer Arbeitsfähigkeit von bloss fünf Stunden pro Woche (Urk. 10/47) seit Januar 2003 nicht nachvollzogen werden kann. Weshalb der Beschwerdeführer gerade noch eine Stunde pro Tag in einer angepassten Tätigkeit arbeiten können soll, ist nicht nachvollziehbar, liess es doch Dr. C. \_\_\_ im Wesentlichen bei der Schilderung der Anamnese sowie der geklagten Beschwerden bewenden. Auch aus den von Dr. C. \_\_\_ aufgelegten Berichten der Dres. D. \_\_\_ und E. \_\_\_ (Urk. 10/45/2-3) ergibt sich nichts anderes.

4.2.2.1 Zu keinem anderen Ergebnis führt sodann der "Verlaufsbericht seit F. \_\_\_-Gutachten" von Dr. C. \_\_\_ vom 22. Oktober 2004 (Urk. 10/43/5). Durch die Schilderung einer blossen Intensivierung der Schmerzsymptomatik im lumbalen Bereich ohne Darlegung eines medizinischen Befundes musste sich die Beschwerdegegnerin namentlich nicht veranlasst sehen, eine neue Beurteilung vorzunehmen. Immerhin klagte der Beschwerdeführer aktenkundig schon früher über nachhaltige Schmerzen mit Ausstrahlungen vor allem in das linke Bein und war die subjektive Gehfähigkeit schon früher eingeschränkt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass Dr. M. \_\_\_ am 3. Dezember 2004 (Urk. 10/43/1) wohl von einem gebeugten Gangbild Kenntnis nahm, hingegen keine ergänzende Diagnose stellte und bloss zum Ausschluss einer Facettengelenksarthrose eine neue MR-Untersuchung anordnete. Diese ergab am 7. Januar 2005 (vgl. Urk. 10/43/2), dass keine wesentliche Veränderung im Vergleich zu den Untersuchungen im Sommer 1999 eingetreten ist. Bereits damals wurden eine kleine Diskushernie median L4/5 sowie eine kleine rechtsparamediane Diskushernie L5/S1 festgestellt (vgl. Urk. 10/48). Bezüglich der aktuellen Aufnahme sprach Dr. M. \_\_\_ von einer grossenregredienten Diskushernie L 4/5 und verneinte explizit das Vorliegen einer Facettengelenksarthrose (Urk. 10/43/2). Bei dieser Sachlage kann nicht von einer gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden.

4.3.1 In psychiatrischer Hinsicht kann sodann nicht abgestellt werden auf die Einschätzung der Dres. G. \_\_\_ (Bericht vom 25. August 2004, Urk. 10/43/3) und I. \_\_\_ (Parteigutachten vom 31. Mai 2005, Urk. 10/42/2).

Dr. G. \_\_\_ stellte sich mit der Diagnose einer anankastischen Persönlichkeit in Gegensatz zu sämtlichen übrigen Ärzten und gab keine Begründung an, weshalb der Beschwerdeführer auch in einer rückschonenden Tätigkeit nur noch 30 % arbeitsfähig sein soll, sah er doch die Schmerzproblematik als wesentlichen Teil der Symptomatik.

Dr. I. \_\_\_ verwies sodann wiederholt auf kognitive Störungen, ohne indes entsprechende Untersuchungsergebnisse zu präsentieren. Sodann diagnostizierte er eine depressive Episode, welche angesichts der begriffsinhaltlichen zeitlichen Begrenztheit an sich nicht geeignet ist, eine dauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Dr. I. \_\_\_ unterlässt es aufzuzeigen, aufgrund welcher klinischer Beurteilung er zu seinen Diagnosen gelangte, und legt in keiner Weise dar, welche der erforderlichen typischen

Merkmale nach ICD-10 beim Beschwerdeführer vorliegen sollen. Sodann wurde mit keinem Wort ausgeführt, aus welchen Gründen der Beschwerdeführer gar keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgehen können soll. Insbesondere führte er nicht aus, weshalb es dem Beschwerdeführer unzumutbar sein soll, eine Willensanstrengung zu erbringen, welche ihn aus seiner Inaktivität befreit, zumal auch Dr. I. \_\_\_ als zentrales Problem auf die fehlende Tagesstruktur und die Berufsunfähigkeit (trotz rechtskräftig festgestellter Arbeitsfähigkeit) hinwies. Sodann liess Dr. I. \_\_\_ eine Auseinandersetzung mit dem F. \_\_\_-Gutachten gänzlich vermissen. Die Qualität des Gutachtens von Dr. I. \_\_\_ vermag demgemäss die bundesgerichtlichen Kriterien an den Beweiswert eines Gutachtens in keiner Weise zu erfüllen.

Der psychiatrische Experte des F. \_\_\_ seinerseits legte den psychischen Zustand des Beschwerdeführers eingehend und detailliert dar und verneinte begründet und nachvollziehbar das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Depression, attestierte hingegen eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20 %.

4.4 Dass der Beschwerdeführer im Umfang von 70 % (Dr. G. \_\_\_) oder gar 100 % (Dr. I. \_\_\_) arbeitsunfähig sein soll, überzeugt angesichts der Einschätzung der Fachärzte des F. \_\_\_ nicht.

5. Bei diesem Ergebnis steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Rentenzusprache mit Verfügungen vom 20. April 2000 weder bis zur beantragten Rentenerhöhung im April 2002 noch bis zur Rentenherabsetzung im Dezember 2004 verschlechtert hat. Er leidet nach wie vor an denselben Rückenschmerzen, hauptsächlich bedingt durch die Diskushernie, sowie an einer Anpassungsstörung. Auch die Art der geklagten Leiden ist in etwa gleich geblieben. Schliesslich wurde dem Beschwerdeführer mit 80 % eine gar etwas höhere Arbeitsfähigkeit attestiert, als sie der erstmaligen Rentenzusprache zugrunde lag (75 %). Auch diesbezüglich haben sich die Verhältnisse also nicht verschlechtert.

Daraus folgt, dass es dem Beschwerdeführer sowohl ab April 2002 als auch ab 1. Dezember 2004 ohne weiteres möglich gewesen wäre, seine verbleibende Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu verwerten, ab dem Jahr 2004 im Umfang von 80 % (spätestens ab der Begutachtung im F. \_\_\_ vom August 2004). Dass er die Umsetzung seiner Restarbeitsfähigkeit - wie bereits in der Vergangenheit - unterliess, führten die Gutachter der F. \_\_\_ auf den durch den Beschwerdeführer vollzogenen Abschluss mit dem beruflichen Leben zurück, was sich in einer Motivationslosigkeit äussere. Dies stellte auch Dr. I. \_\_\_ fest, was sich der Beschwerdeführer entgegenhalten zu lassen hat.

## E. 6

6.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Da für die Periode ab April 2002 keine erwerblichen Veränderungen geltend gemacht wurden und solche auch nicht ersichtlich sind, hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass dem Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt mangels einer Veränderung des Invaliditätsgrades keine höhere als die ausgerichtete halbe (Härtefall-)Rente zusteht.

Per 1. Dezember 2004 ist sodann der exakte Invaliditätsgrad zu errechnen, da die Beschwerdegegnerin ab diesem Zeitpunkt die Härtefallrente aufhob und nunmehr entscheidend ist, ob der Invaliditätsgrad mehr oder weniger als 50 % beträgt.

## E. 6.2

6.2.1.1. Im rechtskräftigen Urteil des hiesigen Gerichtes vom 11. Januar 2002 (Urk. 3/7 S. 18/19) wurde zur Ermittlung des Valideneinkommens festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen sei, der Beschwerdeführer könnte ohne Gesundheitsschaden in seiner angestammten Tätigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 57'775.-- erzielen. Die Arbeitgeberin ihrerseits habe einen Monatslohn von Fr. 4'400.-- für das Jahr 1997 besteuert (entsprechend einem Verdienst von Fr. 57'200.-- pro Jahr). Der Beschwerdeführer verwies in jenem Verfahren auf effektiv erzielte Verdienste von Fr. 61'561.80 und Fr. 59'537.80 in den Jahren 1995 und 1996. Aufgrund der im Jahr 1997 geleisteten Überstunden (hochgerechnet 53,625 statt 42,5 pro Woche) errechnete das Gericht ein maximales Einkommen von Fr. 72'172.75 und verwies darauf, dass der Beschwerdeführer auch bei diesem ohne nähere Prüfung in jeder Hinsicht zu seinen Gunsten gerechneten Wert kein Anrecht auf eine ganze Rente habe.

### E. 6.2.2

Angesichts dieser Umstände erweist sich das Vorbringen des Beschwerdeführers, das Gericht habe im zitierten Urteil das Valideneinkommen auf Fr. 72'172.75 festgelegt (Urk. 1 S. 8/9), als falsch. Zur Errechnung des im Jahr 2004 erzielbaren Einkommens im bisherigen Beruf ist denn keineswegs erstellt, dass der Beschwerdeführer auch nach Jahren nach wie vor in diesem erheblichen Ausmass Überstunden leisten würde. Denn aufgerechnet auf ein Jahr ergäbe sich bei 48 Arbeitswochen eine Überzeit von 534 Stunden; gemessen an der im Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (ArG) in Art. 9 Abs. 1 lit. a festgelegten Höchstarbeitszeit für Arbeitnehmer in industriellen Betrieben von 45 Stunden pro Woche (anstelle der im konkreten Betrieb üblichen 42,5 Stunden pro Woche) bedeutete dies eine Überzeit von 414 Stunden im Jahr ( $[53,625 - 45] \times 48$ ).

Vorweg ist nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer eine solche Arbeitsleistung über Jahre hin ohne gesundheitliche Schädigung bewältigen würde. Weiter steht nicht fest, dass ihm die damalige Arbeitgeberin weiterhin ein solches Arbeitspensum anbieten würde. Angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer seit 1997 nicht mehr im Betrieb arbeitet, erbringt es sich indes, weitere Erkundigungen einzuholen. Allfällige Auskünfte wären bloss theoretischer Natur, hat sich doch der Betrieb ohne den Beschwerdeführer organisiert. Ferner übersteigt die Summe der vom Beschwerdeführer im Jahr 1997 geleisteten Überstunden die arbeitsrechtlich zugelassene Dauer von 170 Stunden im Kalenderjahr (bei einer wöchentlichen Höchstarbeitszeit von 45 Stunden) bei Weitem (Art. 12 Abs. 2 lit. a ArG), weshalb der Wert von vornherein nicht als Basis für die Errechnung des Validenlohnes herangezogen werden kann.

6.2.3.1. Geht man zugunsten des Beschwerdeführers vom höchsten Wert der arbeitsrechtlich zulässigen Überzeit von 170 Stunden pro Jahr (über die Höchstarbeitszeit von 45 Stunden pro Woche) aus, ergibt sich eine Arbeitszeit pro Woche von 48,5 Stunden (170 Stunden : 48 Arbeitswochen + 45 Normal-Wochenarbeits-Stunden). Aufgerechnet basierend auf einem Einkommen von Fr. 57'200.-- für 42,5 Wochenstunden im Jahr 1997 ergibt sich ein möglicher Verdienst von Fr. 65'275.30 (Fr. 57'200.-- : 42,5 x 48,5). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im verarbeitenden Gewerbe/Industrie von 0,8 %, 0,2 %, 1,3 %, 2,7 %, 1,8 %, 1,2 % und 0,7 % (Die Volkswirtschaft 6-2004 S. 91 Tabelle B 10.2 lit. D und Die Volkswirtschaft 3-2006 S. 91 Tabelle B 10.2 lit. D) bis zum Jahr 2004 ergibt sich ein maximales Valideneinkommen



falls es an einer solchen Anordnung fehlt, soweit sie für die Zusprechung von Leistungen unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Eingliederungsmassnahmen bilden. Wie die Ausführungen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gezeigt haben, sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, weshalb die Kosten des von der Beschwerdeführerin veranlassten Gutachtens des Psychiaters Dr. I. \_\_\_ nicht durch die Beschwerdegegnerin zu übernehmen sind.

8. Aus diesen Erwägungen folgt, dass die angefochtenen Einspracheentscheide der Beschwerdegegnerin in jeder Hinsicht rechtmässig sind, weshalb die Beschwerden abzuweisen sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Winterthur-ARAG Rechtsschutzversicherungs-Gesellschaft
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- 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.