

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00388 vom 10. Mai 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-05-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00388

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00388 du 10 mai 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00388 del 10 maggio 2007

Erwägungen

E. 1

1.1. S. ____, geboren 1959, war seit dem 30. April 1986 bei der A. ____, AG als Bauarbeiter tätig (Urk. 9/8). Am 7. April 2000 kniete er beim Abstecken von Abschlüssen auf der Chaussierung. Beim Aufstehen verdrehte er sich das Knie und erhielt einen Schlag (Urk. 9/7/34). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte die obligatorischen Versicherungsleistungen für diesen Unfall (Urk. 9/7). Wegen dessen Folgen meldete sich S. ____, ausserdem am 3. Dezember 2001 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Arbeitsvermittlung, Rente) an (Urk. 9/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm verschiedene erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und sprach dem Versicherten schliesslich mit Verfügung vom 8. November 2002 für die Dauer vom 1. April 2001 bis zum 31. März 2002 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 9/42). In Gutheissung der gegen diese Verfügung erhobenen Beschwerde vom 9. Dezember 2002 (Urk. 9/49) - nachdem die IV-Stelle die angefochtene Verfügung am 27. Februar 2003 (Urk. 9/54) bezüglich der Rentenzusprache ab dem 1. April 2002 teilweise aufgehoben hatte - wies das hiesige Gericht die Sache mit Urteil vom 8. April 2003 (Urk. 9/62) an die IV-Stelle zurück, damit sie weitere medizinische Abklärungen vornehme und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

1.2. Die IV-Stelle liess in der Folge das polydisziplinäre Gutachten des B. ____, vom 1. Juni 2004 (Urk. 9/91) erstellen. Mit Verfügung vom 20. Juli 2004 wies sie das Leistungsbegehren (auf Ausrichtung einer Invalidenrente ab dem 1. April 2002) ab, da S. ____, die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei und sein Invaliditätsgrad somit lediglich 18 % betrage (Urk. 9/94). Die gegen diese Verfügung am 16. August 2004 (Urk. 9/95) erhobene Einsprache wies die IV-Stelle mit unangefochten in Rechtskraft erwachsenem Entscheid vom 5. November 2004 ab (Urk. 9/106).

1.3. Am 7. April 2005 meldete sich S. ____, erneut bei der IV-Stelle zum Rentenbezug an (Urk. 9/107). Die IV-Stelle holte den Arbeitgeberbericht der A. ____, AG vom 29. April 2005 (Urk. 9/114) sowie die Arztberichte von Dr. med. C. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 25. Mai 2005 (Urk. 9/117) und Dr. med. D. ____, Arzt für Innere Medizin FMH, vom 27. Mai 2005 (Urk. 9/124) ein. Mit Verfügung vom 26. Juli 2005 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch des Versicherten, da eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen sei (Urk. 9/126). Die gegen diese Verfügung am 14. September 2005 (Urk. 9/129) erhobene Einsprache wies die IV-Stelle nach Einholung der Arztberichte von der Klinik E. ____, vom 10. Oktober 2005 (Urk. 9/136) und vom Institut für Anästhesiologie des Spitals F. ____, vom 22. Dezember

2005 (Urk. 9/147) mit Entscheid vom 17. März 2006 ab (Urk. 2).

2. Gegen diese Einspracheentscheid liess S.____ durch Rechtsanwalt Thomas Gabathuler, Zürich, am 20. April 2006 Beschwerde erheben mit folgendem Antrag (Urk. 1 S. 2):

"Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente der Eidgenössischen Invalidenversicherung, zuzusprechen; unter Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin."

Die IV-Stelle ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2006 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 27. Juni 2006 wurde der Schriftenwechsel geschlossen (Urk. 10). Am 15. November 2006 liess der Versicherte den Arztbericht von Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, vom 20. September 2006 (Urk. 12) einreichen (Urk. 11).

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

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).

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

E. 1.4

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 77 Erw. 3.2.3: Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen M. vom 6. November 2006, I 465/05, Erw. 5.4).

2.

2.1.1.1 Der Beschwerdeführer liess zur Begründung seiner Beschwerde geltend machen, er leide an multiplen Gesundheitsschäden. Ein Teil von ihnen, vor allem die Kniebeschwerden, seien auf den Unfall aus dem Jahr 2000 zurückzuführen, er erhalte deshalb von der SUVA eine Rente gestützt auf einen Erwerbsunfähigkeitsgrad von 27 %. Bei der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes ständen dagegen die Rückenbeschwerden im Vordergrund. Nachdem das für den früheren IV-Entscheid massgebliche B. ___-Gutachten eine radikale Symptomatik verneint habe, müsse beim heutigen Stand der Erkenntnisse davon ausgegangen werden, dass eine Veränderung im negativen Sinn stattgefunden habe. Die Ansicht, es lägen keine Befunde vor, die die geklagten Rückenschmerzen objektivieren würden, lasse sich nicht mehr aufrecht erhalten. Vielmehr ergebe sich aus den neueren Arztberichten, dass der Beschwerdeführer nur noch in einem derart eingeschränkten Masse arbeitsfähig sei, dass er diese Arbeitsfähigkeit selbst auf dem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten könne. Schliesslich sei aus den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. C. ___ ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auch in psychischer Hinsicht verschlechtert habe. Insgesamt sei somit die Beurteilung, wie sie die B. ___-Gutachter vorgenommen hatten, heute nicht mehr gültig (Urk. 1).

E. 2

/

E. 2.2

Demgegenüber führte die Beschwerdegegnerin zur Begründung des angefochtenen Einspracheentscheides aus, die neueren Arztberichte hätten keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausweisen. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer - wie im B. ___-Gutachten festgehalten - nach wie vor vollumfänglich zumutbar (Urk. 2).

E. 3

3.1.1.1 Laut dem Gutachten des B. ___ vom 1. Juni 2004 (Urk. 9/91 S. 17) leidet der Beschwerdeführer unter (1.) einem Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ausgehend von einer somatischen Lesion (ICD-10 F. 45.4) bei Symptomatik im Rahmen der Diagnosen 2 und 3, (2.) einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom, aktuell ohne radikale Symptomatik, (ICD-10 M51.3) bei breitbasiger medianer Diskushernie L4/L5 sowie kleiner medianer Diskusprotrusion L5/S1 ohne Kompression neuraler Strukturen (ICD-10 M51.3) sowie (3.) persistierenden Knieschmerzen links (ICD-10 M25.5) bei Status nach dreimaliger Arthroskopie mit partieller medialer Menispektomie am 12. Mai 2000, 17. April 2001 und 3. September 2001 (ICD-10 Z98.8) und bei beginnenden leichtgradigen degenerativen Veränderungen (ICD-10 M17.3). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ausserdem eine Adipositas mit BMI 34,3 kg/m² (ICD-10 E66.0). In der angestammten Tätigkeit als Strassenbauer sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. Es stünde ein Status nach dreimaliger Operation am linken Knie mit fast vollständig rezidiertem medialem Meniskus sowie MR-tomographisch verifizierten Diskopathien auf zwei Niveaus, die unter körperlich schwerer Tätigkeit möglicherweise zum Auftreten von stärkeren Schmerzen führen könnten. Somit seien körperlich schwere Tätigkeiten aus rein somatischer Sicht nicht mehr zumutbar.

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Leistungseinschränkung von maximal 20 % für körperlich schwere Tätigkeiten vorhanden, da der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen in Konzentration und Leistungskonstanz beeinträchtigt sei. Aus internistischer Sicht imponiere die ausgeprägte Adipositas, die jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt arbeitsfähig, wobei häufiges Treppensteigen und Arbeiten in länger dauernder kniender oder kauender Position vermieden werden sollten. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit. Zusammenfassend sei dem Beschwerdeführer somit die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren, mässig adaptierten Tätigkeit ganztag zumutbar ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer erachte sich selbst für eine leichte Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig, was sich mit den erhobenen Befunden in keiner Weise in Übereinstimmung bringen lasse. Es sei allerdings der somatoformen Schmerzstörung inhärent, dass die subjektive Einschätzung der Betroffenen deutlich von der objektivierbaren medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit abweiche.

E. 3.2

3.2.1. Gemäss dem Bericht der Neurochirurgischen Klinik des Spitals F. ___ vom 5. August 2004 (Urk. 9/100) leidet der Beschwerdeführer unter einer mediolateralen Diskushernie Höhe L4/5 mit Kompression des Duralsackes sowie einer Chondromalazie bei Status nach Distorsion des rechten Kniegelenkes im April 2000. Der Beschwerdeführer habe die Operation vom 22. Juli 2004 (intralaminäre Fenestration L4/5 rechts, Auffinden und Entfernen der mediolateralen Diskushernie, Ausräumen des Bandscheibenraumes so radikal wie möglich) komplikationslos überstanden und weise postoperativ keine neuen neurologischen Ausfälle auf. Die Schmerzen seien nun zunehmend regredient, der Beschwerdeführer benötige jedoch weiterhin Schmerzmedikation. Bei Austritt stelle sich die Wunde reizlos dar und gebe keinen Anhaltspunkt für einen Infekt. Es bestehe eine Dysästhesie rechtsseits der Segmente L4 und L5.

3.2.2. Im Bericht vom 10. Oktober 2005 (Urk. 9/138) diagnostizierten die Ärzte der Neurochirurgischen Klinik ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts bei Status nach interlaminärer Fenestration L4/L5 rechts am 22. Juli 2004 und bei nach caudal luxierter mediolateraler Diskushernie L4/L5 rechts, ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links bei mittelgrosser, breitbasiger Diskushernie L4/L5 links mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 links sowie chronische Knieschmerzen. Die konservative Therapie habe keine Besserung gebracht, die Schmerzen seien eher progredient gewesen. Im Jahr 2005 sei es zu einer nochmaligen Verschlechterung der klinischen Symptomatik gekommen. Der Beschwerdeführer klage derzeit über starke Schmerzen lumbal beidseits, ausstrahlend ins rechte Bein. Diese seien immer vorhanden. Schmerzlindernd würden sich Wärme sowie sich hinlegen auswirken, schmerzverstärkend seien jegliche Körperbewegungen. Der Beschwerdeführer müsse sich alle drei Stunden eine Stunde hinlegen. Als Hilfsarbeiter auf dem Bau sei er seit April 2005 zu 100 % arbeitsunfähig, was langfristig der Fall sein dürfte. Das konservative Behandlungspotential sei aber weitgehend noch nicht ausgeschöpft. In einer

behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer bis zu 100 % arbeitsfähig, wobei jegliche körperlichen Belastungen vermieden werden sollten.

E. 3.3

3.3.1.1 Der Psychiater Dr. C.____ führte in seinem Bericht vom 25. Mai 2005 (Urk. 9/117/5-8) aus, der Beschwerdeführer leide unter einer Anpassungsstörung mit mittelgradiger depressiver Symptomatik (ICD10 F43.2) im Rahmen einer chronischen Schmerzsymptomatik und psychosozialer Problematik; Differentialdiagnose: depressive Episode mittleren Grades (ICD10 F32.1). Es sei momentan von einer depressiven Episode auszugehen, während eine somatoforme Schmerzstörung nicht diagnostiziert werden könne, da die somatischen Beschwerden durchaus durch ein somatisches Korrelat zu erklären seien. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer maximal bis zu 50 % arbeitsfähig. Diese Arbeitsfähigkeit scheine aber deutlich limitiert durch die körperlichen Beschwerden, so dass im Gesamtbild doch von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Aufgrund der langen Therapieresistenz und der Chronifizierung sei die Prognose fraglich. Zusammenfassend sei die Arbeitsunfähigkeit weniger durch die psychiatrische als eher durch die somatische Symptomatik begründet. Langfristig sei keine Besserung zu erwarten.

3.3.2.1 Am 3. April 2006 (Urk. 3/2) führte Dr. C.____ aus, bei der andauernden Symptomatik sei diagnostisch nicht von einer Anpassungsstörung, sondern von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD10 F32.1) im Rahmen einer chronischen Schmerzerkrankung auszugehen. Die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers lasse sich nicht als somatoforme Störung erklären, da die Symptome körperlich begründbar seien. Somit falle ein diagnostisches Eingangskriterium für die somatoformen Störungen weg. Natürlich wirke sich aber das depressive Stimmungsbild negativ auf die Schmerzempfindung und -symptomatik aus, was die Behandlung noch komplexer und schwieriger mache. Zum momentanen Zeitpunkt könne alleine schon aus der psychiatrischen Symptomatik, die sich neben einer deprimierten Grundstimmung in innerer Unruhe, Angespanntheit, mangelnder Belastbarkeit und Schlafstörungen äussere, von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die zusätzlichen körperlichen Beschwerden liessen auf eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit schliessen.

3.4.1.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. D.____, stellte in seinem Bericht vom 27. Mai 2005 (Urk. 9/124) folgende Diagnose:

1. Chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 rechts mit/bei

Status nach intralaminärer Fenestration L4/5 rechts am 22. Juli 2004 bei nach kaudal luxierter mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts

2. Chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links bei mittelgrosser, breitbasiger Diskushernie auf Höhe L4/5 mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 rechts sowie L5 links

3. Chronische Knieschmerzen bei meniskopräver Chondromalazie bei

- Status nach Distorsion des linken Kniegelenkes mit medialer Meniskushinterhornläsion

- Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskusentfernung Hinterhorn links
- Status nach arthroskopischer subtotaler Resektion des medialen Meniskushinterhornes links

4. Depressive Stimmungslage

Am 22. Juli 2004 sei in der Neurochirurgie des Spitals F.____ eine Diskushernien-Operation durchgeführt worden. Nach passagerer Beschwerdefreiheit seien erneut lumbale, ins rechte Bein ausstrahlende Schmerzen aufgetreten. Wegen Persistenz der Beschwerden sei der Beschwerdeführer deshalb vom 22. November bis zum 13. Dezember 2004 stationär in der Klinik E.____ behandelt worden. Die Schmerzen hätten jedoch nicht beeinflusst werden können. Am 1. März 2005 sei neu akut ein linksseitig lumboradikuläres Schmerzsyndrom aufgetreten. Das am 4. März 2005 angefertigte MRI habe wiederum eine mittelgrosse, breitbasige Diskushernie auf Höhe L4/5 mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 rechts wie auch links gezeigt, eine Indikation für ein erneutes chirurgisches Vorgehen habe man jedoch nicht gesehen. In seiner angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Tiefbau sei der Beschwerdeführer seit dem 4. April 2001 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Durch physikalische Therapien liessen sich die Beschwerden nicht beeinflussen, und auch medikamentöse Behandlungsmassnahmen führten nur zu einer geringgradigen Linderung der Beschwerden. Mit einer Besserung sei nicht zu rechnen.

3.5 Der Beschwerdeführer befand sich vom 22. November bis zum 13. Dezember 2004 in der Klinik E.____ in stationärer Behandlung. Laut dem Austrittsbericht der Klinik vom 29. Dezember 2004 (Urk. 9/136/6-10) leidet der Beschwerdeführer unter einem chronischen lumboradikulären Schmerzsyndrom L5 rechts bei Status nach intralaminärer Fenestration L4/5 rechts am 22. Juli 2004 bei mediolateraler Diskushernie Höhe L4/5 mit Kompression des Duralsackes sowie unter einer Chondromalazie am Knie links bei Status nach Distorsionstrauma im April 2000. Der Verlauf der Therapie sei aus rehabilitationsmedizinischer Sicht nicht sehr erfreulich gewesen. Bei Austritt seien die Schmerzen in gleicher Intensität vorhanden gewesen. Die Schmerzsymptomatik habe auch stationär nicht beeinflusst werden können. Deren Ausmass und die geklagten Limitierungen könnten jedoch nicht erklärt werden. Es müsse der Verdacht auf eine zentrale Schmerzverarbeitungsstörung gestellt werden. Die psychosoziale Belastungssituation mit gekündigter Arbeitsstelle, negativem IV-Rentenentscheid sowie Arbeitslosigkeit der Ehefrau mit baldiger Aussteuerung trage bestimmt zum Beschwerdebild bei. Es sei dringend indiziert, dass der Beschwerdeführer weiterhin psychotherapeutisch begleitet werde. Auf physiotherapeutische Bemühungen könne dagegen einstweilen verzichtet werden. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für zwei Wochen bis zum 27. Dezember 2004; anschliessend sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten.

E. 3.6

3.6.1 Das Institut für Anästhesiologie des Spitals F.____ führte in seinem Bericht vom 29. September 2005 (Urk. 9/137/2-4) aus, die Schmerzen seien multifaktoriell. Einerseits sicher nozizeptiv bei Vernarbungen, andererseits scheine der Beschwerdeführer eine neuropathische Schmerzkomponente zu haben. Inwiefern die psychosoziale Belastungssituation die Schmerzsymptomatik unterhalte und verstärke,

können im Moment nicht beurteilt werden.

3.6.2.2. Im Bericht vom 22. Dezember 2005 (Urk. 9/147) hielten die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie fest, die Arbeitsunfähigkeit als Baustellenhilfsarbeiter sei wie bisher 100 %. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei schwierig zu finden, da der Beschwerdeführer aktuell in seiner Beweglichkeit und Belastbarkeit erheblich eingeschränkt sei. Es sei nicht zu erwarten, dass die Beschwerden auch mit optimaler Schmerztherapie soweit zurückgingen, dass der Beschwerdeführer im angestammten Beruf arbeitsfähig werde. Es sei allerdings möglich, dass der Beschwerdeführer teilweise in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit wieder arbeiten können. Dies werde aber kaum zu 100 % möglich sein, da der Beschwerdeführer wahrscheinlich nie ganz schmerzfrei werde. In Frage kämen leichte Arbeiten mit wechselndem Stehen und Gehen, nicht in die Knie gehen, keine schweren Lasten heben. Nach 2-3 Stunden Arbeit sei eine Pause von ca. 1 Stunde erforderlich.

3.7. Laut dem nachträglich eingereichten Bericht von Dr. G. ___ vom 30. September 2006 (Urk. 12) leidet der Beschwerdeführer unter einem lumbo-vertebralen Syndrom mit Ausstrahlung rechts bei Status nach Diskushernienoperation rechts (22. Juli 2004). Nach dieser Operation sei praktisch keine Besserung eingetreten, weshalb am 30. Mai 2006 nochmals eine MRI-Untersuchung der LWS durchgeführt worden sei. Dabei habe man eine Osteochondrose L4/L5 mit einer medio-lateralen rechtsseitigen Diskushernie, welche die Nervenwurzel L5 rechts komprimiere und nach dorsal verlagere, gefunden. Die Nervenwurzel L5 links werde nur berührt. Zusätzlich bestehe ein dorsaler Anulusriss L5/S1 mit diskreter medio-lateraler rechtsseitiger Protrusion. Diese Resultate liessen die klinischen Befunde deutlich erklären.

E. 4

4.1. Dr. med. H. ___, Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in ihrer Stellungnahme vom 16. Februar 2006 (Urk. 9/154 S. 3 f.) aus, nach Begutachtung im B. ___ im April 2004 sei eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit auch durch die Klinik E. ___ im Bericht vom 29. Oktober 2004 bestätigt worden. In diesem Bericht werde erlautert, dass das Ausmass der Schmerzsymptomatik und die Limitierungen somatisch durch bildgebende Verfahren nicht erklärt werden könnten. Man gehe von einer Schmerzverarbeitungsstörung aus, welche wiederum bekannt sei (siehe B. ___-Gutachten). Zudem würden eine Reihe IV-fremder Faktoren genannt, die zum Beschwerdebild beitragen würden (gekündigte Arbeitsstelle, negativer IV-Bescheid sowie Arbeitslosigkeit der Ehefrau). Eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten attestiere auch das Spital E. ___/Neurochirurgie. Das Institut für Anästhesiologie mutmasse zwar, dass eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten kaum möglich sei, beziehe aber in seine Beurteilung das subjektive Schmerzempfinden ein, worauf nicht abgestellt werden können. Damit seien gesamthaft gesehen keine objektiven Gründe vorhanden, um die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu ändern, wie sie im B. ___-Gutachten nach polydisziplinärer Abklärung festgelegt und danach mehrfach bestätigt worden sei.

4.2. Diese Ausführungen vermögen insgesamt zu überzeugen. Es trifft insbesondere zu, dass seit der Begutachtung durch das B. ___, welches Grundlage für den Einspracheentscheid vom 5. November 2004 gebildet hat, weitere Arztberichte ergangen

sind, welche die im B.____-Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausdrücklich bestätigen. Besonders ins Gewicht fällt in diesem Zusammenhang, dass auch die Ärzte der Klinik E.____ zu diesem Ergebnis gelangten, obwohl die in dieser Klinik durchgeführte stationäre Therapie praktisch keinen Erfolg brachte. Bezüglich einer Einschränkung in psychischer Hinsicht ist festzuhalten, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. C.____ lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes handelt. Ausserdem gelten nach der Rechtsprechung Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte, als invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b mit Hinweisen [Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen P. vom 31. Januar 2000, I 138/98], vgl. auch BGE 127 V 298 Erw. 4c in fine). Selbst eine anhaltende somatoforme Schmerzstellung, welche von Dr. C.____ im Gegensatz zum Gutachten des B.____ ausdrücklich verneint wird, begründet rechtsprechungsgemäss grundsätzlich keine Invalidität (BGE 131 V 49, 130 V 352). Hinsichtlich der - nur ausnahmsweise - invalidisierenden Wirkung somatoformer Schmerzstellungen (BGE 132 V 70 ff. Erw. 4.2 und 4.3, 131 V 50 f. Erw. 1.2; vgl. auch BGE 130 V 352 ff. und 396 ff.; ferner Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 9. August 2004 [I 767/03] Erw. 1.2 und 3.2) ist ergänzend auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach es sich bei depressiven Stimmungslagen in der Regel um (reaktive) Begleiterscheinungen des genannten Leidens und nicht um eine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität handelt (BGE 130 V 358 Erw. 3.3.1), es sei denn, sie lassen sich aufgrund ihres Schweregrades unbestreitbar von der somatoformen Schmerzstellung unterscheiden (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen D. vom 20. April 2004, I 805/04, Erw. 5.2.1 mit Hinweisen). Diese Voraussetzung ist jedoch vorliegend nicht gegeben. Dr. C.____ selbst geht davon aus, dass die von ihm diagnostizierte mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer chronischen Schmerzerkrankung zu sehen ist und die somatischen Beschwerden gegenüber den psychischen im Vordergrund stehen.

4.3 Es ist der Ärztin des RAD auch darin beizupflichten, dass die bildgebenden Verfahren nur geringgradige Änderungen aufzuzeigen vermögen. Es findet sich insgesamt nach wie vor keine objektive Erklärung für die vom Beschwerdeführer geklagten massiven Schmerzen. Im übrigen bescheinigen weder der Bericht von Dr. D.____ noch derjenige von Dr. G.____ eine Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Der einzige Bericht, welcher dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit attestiert, ist jener des Instituts für Anästhesiologie des Spitals F.____. Diese Beurteilung stützt sich jedoch im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sich bereits im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides vom 5. November 2004 (Urk. 9/106) bzw. anlässlich der Begutachtung durch das B.____ im April 2004 nicht in der Lage war, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, diesbezüglich also ebenfalls keine Änderung eingetreten ist.

E. 5

Insgesamt ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand und die damit verbundene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitraum zwischen dem Einspracheentscheid vom 5. November 2004 und dem nunmehr angefochtenen Einspracheentscheid vom 17. März 2006 nicht verschlechtert hat, jedenfalls nicht in anspruchsrelevanter Weise. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Gabathuler

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle unter Beilage des Doppels von Urk. 11 und einer Kopie von Urk. 12

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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