

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01011 vom 29. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.01011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.01011)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01011 du 29 janvier 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01011 del 29 gennaio 2008

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Am 19. Juli 2000 meldete die A. AG als damalige Arbeitgeberin des Beschwerdeführers der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA), dass der Beschwerdeführer am 11. März 2000 beim Heben einer schweren Last einen Fehltritt gemacht habe (Urk. 8/92/8).

In einem Arztzeugnis vom 8. August 2000 zuhanden der SUVA hielt Dr. med. E. fest, der Beschwerdeführer sei beim Heben eines Sarges gestolpert. Einen Sturz habe er mit einem Bremsmanöver aufhalten können. Dabei habe er heftige Nackenschmerzen verspürt. Seitdem klage er über Rückenschmerzen und Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule und der Schultergürtel (Urk. 8/92/7 = Urk. 8/88 = Urk. 12). Als Diagnosen nannte Dr. E. ein Cervikalsyndrom und eine Myalgie im Bereich der Brustwirbelsäule, bedingt durch ein traumatisches Ereignis (ähnlich wie ein Schleudertrauma, Urk. 8/92/7 Ziff. 5). Die Behandlung habe am 4. August 2000, zumindest vorläufig, abgeschlossen werden können (Urk. 8/92/7 Ziff. 10).

3.2 Im August 2000 zog sich der Beschwerdeführer während einer Reise beim Heben einer schweren Last ein lumbales Verletzungstrauma zu (Urk. 8/3 S. 5 oben).

In einem Bericht vom 24. Juli 2001 stellte Dr. F., Spezialarzt für Innere Medizin, FMH, speziell Rheumatologie, der den Beschwerdeführer seit September 2000 behandelt (Urk. 8/46 S. 2 lit. D.1), folgende Diagnosen (Urk. 8/3 S. 4 Mitte):

- chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits
- kernspintomographisch: kleine Diskushernie im Bereich L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression (Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 5. September 2000)
- myofasciales Schmerzsyndrom der paravertebralen und glutealen Muskulatur beidseits

Der Beschwerdeführer leide an lumbalen Beschwerden, die bis in die Beine ausstrahlen würden. Ein Hinweis auf radikuläre Probleme bestehe nicht (Urk. 8/3 S. 5 oben). Im Rahmen eines in der Rheumaklinik, Kantonsspital G., durchgeführten psychiatrischen Konsiliums sei der Verdacht auf eine beginnende Somatisierungsstörung gestellt worden (Urk. 8/3 S. 5 lit. D.7, Urk. 8/4/4 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei lediglich in der Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule eingeschränkt (Urk. 8/3 S. 5 lit. a). In einer

behinderungsangepassten Tätigkeit sei er zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/3 S. 5 lit. e). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit Juni 2001 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 8/3 S. 4 lit. B).

In einem weiteren Bericht vom 22. April 2003 nannte Dr. F. \_\_\_ als Diagnosen eine beträchtliche Degeneration der mittleren und unteren Lendenwirbelsäule und kernspintomographisch eine Diskushernie im Bereich L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression (Urk. 8/46 S. 3 Mitte). Eine leichtgradige somatoforme Schmerzstörung könne nicht ausgeschlossen werden (Urk. 8/46 S. 4).

Für eine schwere körperliche Tätigkeit wie die Arbeit als Sargschreiner bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei der Beschwerdeführer dagegen zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/46 S. 4 Mitte).

Im Gutachten vom 30. Januar 2004 stellten Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, D. \_\_\_, folgende Diagnosen (Urk. 8/55/14 Ziff. 5.1-2):

mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links

- radiomorphologisch medio-linkslateral gelegene Diskushernie bei L5/S1 ohne radiomorphologisch oder klinisch eindeutige Nervenwurzelkompression (Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 5. September 2000 und 17. September 2001)

- radiomorphologisch degenerative Diskopathie zwischen L2 bis S1 sowie Spondylarthrose im Bereich L4/L5 sowie L4/L5 und L5/S1

- Wirbelsäulenfehlhaltung mit thorakolumbalen rechtskonvexer Skoliose, Entlastungshaltung des linken Beines mit Shift der Oberkörperachse nach rechts

- muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Status nach Epicondylopathia humeri radialis rechts im November 2002

Zur rheumatologischen Untersuchung führte Dr. med. J. \_\_\_ aus, der Beschwerdeführer gebe während des ganzen Tages chronisch anhaltende Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung in den Beckengegend beidseits sowie in den Ober- und Unterschenkel dorsolateral bis in den gesamten linken Fuss an. Längeres Sitzen oder Stehen an einem Ort verstärke die Rückenbeschwerden. Die ausstrahlenden Schmerzen würden bei Bewegungen des Oberkörpers und längerem Gehen verstärkt wahrgenommen. Seit einem Jahr beständen zudem rezidivierende Schmerzen im Bereich der Ellbogen beidseits, rechtsbetont. Eine diesbezügliche neurologische Abklärung habe eine Epicondylopathia humeri radialis rechts ohne Hinweise auf eine neurogene Ursache der Ellenbogenbeschwerden ergeben. Die zirkulären Sensibilitätsstörungen am rechten Arm und am linken Bein seien als funktionell beurteilt worden (Urk. 8/55/8 Mitte). Eine ambulante physiotherapeutische Behandlung sei 2003 fortgesetzt worden, wobei aktive kräftigende Massnahmen eine Verstärkung

der Schmerzen zur Folge hätten (Urk. 8/55/8 unten).

Die Untersuchung habe eine praktisch normale Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte bei jeweils endphasigen leichten Schmerzen ergeben. Mit zunehmender Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein verstärktes Schmerzempfinden mit zum Teil theatralischem Ausweichen und plötzlichem Auftreten von Faszikulationen gezeigt. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe eine diffuse zirkuläre, nicht dermatomgebundene Hyposensibilität des gesamten linken Beines bei normalen Kraft- und Reflexverhältnissen ergeben. Eine eindeutig fassbare lumboradikuläre sensorisch oder motorische Ausfallsymptomatik liege aus rheumatologischer Sicht nicht vor, was sich mit den früheren Beurteilungen decke. Hinsichtlich der subjektiv schmerzhaften Ellbogengelenke liege kein pathologischer Befund vor (Urk. 8/55/10 Mitte). Radiomorphologisch seien eindeutig degenerative Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule festgestellt worden. Die seit drei Jahren anhaltende, therapeutisch nicht zu beeinflussende Schmerzsymptomatik könne mit diesem Befund jedoch nicht vollständig erklärt werden (Urk. 8/55/10 unten). Als Diagnose nannte Dr. J. \_\_\_ ergänzend einen hochgradigen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 8/55/10 oben).

Zur psychiatrischen Untersuchung stellte Dr. K. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der affektive Kontakt mit dem Beschwerdeführer sei gut gewesen. Dieser sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Eine Beeinträchtigung der Wahrnehmung, der Auffassung oder des Gedächtnisses habe nicht festgestellt werden können. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Es hätten keine psychopathologischen Symptome festgestellt werden können (Urk. 8/55/12 Ziff. 4.2.2).

Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden, wonach dem Beschwerdeführer eine leichte Arbeit zugemutet werden könne, und der subjektiven Krankheitsüberzeugung. Psychosoziale Belastungssituationen hätten vor der Schmerzproblematik nicht bestanden. Der Beschwerdeführer habe sich in der Schweiz immer sehr wohl gefühlt. Er habe hier einen grossen Bekanntenkreis und auch die Beziehung zu seiner Ehefrau sei gut (Urk. 8/55/13 Mitte). Seine in Italien lebende Familie sehe er regelmässig (Urk. 8/55/13 unten). Da keine psychosozialen Belastungssituationen beständen, komme eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht in Frage. Stattdessen sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, adäquat mit seinen Beschwerden umzugehen. Er nehme seine Beschwerden zum Anlass, sich jeder beruflichen Tätigkeit zu enthalten. Eine eigentliche psychiatrische Erkrankung liege nicht vor (Urk. 8/55/13 Mitte).

Gesamthaft wurde im D. \_\_\_-Gutachten festgehalten, es bestehe für die angestammte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht liege keine Einschränkung vor (Urk. 8/55/15 Ziff. 6.1.2). Hinsichtlich einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zu vermeiden seien repetitive Bewegungsmuster

(fliessbandähnliche Arbeiten) und eine fixierte Körperposition während längerer Zeit sowie das Heben und Tragen schwerer Lasten von über 20 kg. Eine entsprechende Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer sowohl aus rheumatologischer, internistischer als auch psychiatrischer Sicht vollumfänglich zugemutet werden. Eine depressive Erkrankung liege mit Sicherheit nicht vor (Urk. 8/55/15 Ziff. 6.1.4). Der Beschwerdeführer sei in erster Linie aus invaliditätsfremden Gründen wie seiner geringen schulischen und beruflichen Ausbildung und der mangelnden Sprachkenntnisse in seinen Arbeitsmöglichkeiten eingeschränkt (Urk. 8/55/15 Ziff. 6.1.5). Aufgrund der geringen Einschränkungen sei es dem Beschwerdeführer möglich, sich direkt beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zu melden (Urk. 8/55/16 Ziff. 6.1.8).

3.4 Vom 12. Oktober bis 9. November 2004 war der Beschwerdeführer in der Rehaklinik L. hospitalisiert, wo er an einem vierwöchigen interdisziplinären Behandlungsprogramm zur Rehabilitation teilnahm (Urk. 8/66/5 Mitte).

Im Bericht vom 1. Dezember 2004 hielten Dr. med. M., Assistenzarzt, Dr. med. N., Stellvertretender Chefarzt, und lic. phil. O., Leiter des Interdisziplinären Schmerzprogramms, fest, die Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers habe durch die Behandlung nicht beeinflusst werden können (Urk. 8/66/6 Mitte). Der Krankheitsverlauf und die Schmerzverarbeitung würden durch die soziale Isolation des Beschwerdeführers, phasenweise leichte depressive Episoden und seine Hilflosigkeit und Ängste gegenüber den Schmerzen beeinflusst (Urk. 8/66/6 f.). In den klinisch-psychologischen Gruppentherapien habe der Beschwerdeführer seinen Informationsmangel etwas abbauen und seine Ängste reduzieren können (Urk. 8/66/7 oben).

Für eine leichte Arbeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/66/7 Mitte).

3.5 Dr. med. P., Spezialarzt FMH für Chirurgie, speziell Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, nannte in einem Bericht vom 13. April 2005 als Diagnosen ein panvertebrales Syndrom, degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Osteochondrose, Spondylose und Spondylarthrose distal betont und eine Diskopathie im Bereich L5/S1 mit medio-lateraler Diskushernie bei L5/S1 links, eine leichte rechtskonvexe Skoliose thorako-lumbal, eine muskuläre Dysbalance und eine mittelgradige depressive Episode als Folge eines Unfalls (Urk. 8/77/6 = Urk. 3/2 S. 1 f.).

Der Beschwerdeführer leide seit einem Verhebetrauma, das sich im Frühjahr 2000 bei der Arbeit ereignet habe, an Rückenbeschwerden. Daneben beständen neuropsychologische Beschwerden mit Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Schwindel und Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit, Sinnlosigkeitsgedanken und Gedankenkreisen. Ferner bestehe ein Begleitschwindel (Urk. 8/77/6 Ziff. 2, Urk. 8/81/3 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer befinde sich in einer psychosozialen Belastungssituation, da seine Frau mit einem Kind in Italien lebe, während er selber in einer 1-Zimmerwohnung in der Schweiz wohne. Sozial sei er völlig isoliert (Urk. 8/77/7 Ziff. 3b).

Die Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule sei deutlich eingeschränkt. Ungünstig seien repetitives Heben von Gewichten und Stossen und Ziehen von grösseren Gewichten. Zu vermeiden seien zudem unphysiologische Körperstellungen

Über längere Zeit. Aus physischen Gründen bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Einschränkung von mindestens 50 % (Urk. 8/77/7 Ziff. 3a). Daneben leide er an einer mittelgradigen depressiven Episode. Diese sei zur Zeit das dominierende Element. Aus psychischen Gründen sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus psychischen und physischen Gründen könne ihm zur Zeit und bis auf weiteres weder die angestammte noch eine andere Tätigkeit zugemutet werden (Urk. 8/77/7).

3.6 Vom 21. Februar bis 27. April 2005 war der Beschwerdeführer im U.\_\_\_\_, Interdisziplinäres, medizinisches Rehabilitationszentrum, in Behandlung (Urk. 8/77 = Urk. 3/1).

Am 27. April 2004 erstatteten med. pract. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. phil. R.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, und lic. phil. S.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, über den Verlauf der Behandlung Bericht.

Nebst den bekannten Diagnosen erwähnten sie im Bericht eine Distorsion der Halswirbelsäule und eine mittelgradige depressive Episode als Folge eines Unfalls, der sich im März 2000 bei der Arbeit ereignet habe (Urk. 8/77/1 Mitte).

Im Gespräch erscheine der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Kontaktaufnahme erfolge abwartend, zurückhaltend und bedächtig. Die Stimmung sei als depressiv-resigniert, ängstlich-gelähmt zu bezeichnen. Affektiv erscheine er adäquat kontrolliert. Im Verlauf des Gesprächs sei der Beschwerdeführer wenig mitteilend und psychomotorisch unauffällig bei gutem Blickkontakt (Urk. 8/77/2 unten).

Der Beschwerdeführer leide seit einem Arbeitsunfall an wiederkehrenden Schmerzen. Die grösseren werdenden finanziellen Probleme seien für ihn zu einer grossen Belastung geworden. Auf die empfundene Unkontrollierbarkeit der Ereignisse habe er mit Hilflosigkeit und kognitiven, emotionalen, motivationalen und vegetativen Symptomen reagiert, was zu einer depressiven Reaktion mit sozialem Rückzug und Reizbarkeit geführt habe. Daneben habe er Gefühle von Insuffizienz, Versagen und Unzufriedenheit entwickelt. Zudem fühle er sich nicht ernst genommen (Urk. 8/77/3 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei in leicht gebesserem Zustand mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeiten entlassen worden. Nach Einschätzung der Ärzte entspräche die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers den Anforderungen im Beruf noch nicht. Die depressive Symptomatik habe kaum beeinflusst werden können, da die belastenden sozialen Faktoren wie Arbeitslosigkeit, finanzielle Situation und Zukunftsperspektiven unverändert geblieben seien (Urk. 8/77 S. 4 unten).

3.7 Dr. med. T.\_\_\_\_, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin, RAD, erwähnte in ihrer Stellungnahme vom 28. September 2005, gemäss pract. Q.\_\_\_\_, Dr. R.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ habe aufgrund eines Distorsionstraumas der Halswirbelsäule bereits im März 2000 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Der Auszug des individuellen Kontos zeige aber, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2000 gearbeitet und er ein recht hohes Einkommen erzielt habe. Im Bericht des U.\_\_\_\_ werde eine mittelgradige depressive Episode erwähnt. Die Würdigung des Berichts ergebe aber, dass nicht von

einer eigenständigen psychiatrischen Störung, sondern ganz überwiegend von psychosozialen Problemen auszugehen sei. Von Seiten der Ärzte und Psychologen des U.\_\_\_\_ werde die verbliebene Arbeitsfähigkeit bei bekanntem medizinischem Sachverhalt lediglich abweichend beurteilt. Die Interpretation durch Dr. P.\_\_\_\_, wonach aus psychischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, sei sachfremd und könne nicht berücksichtigt werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei daher nicht ausgewiesen (Urk. 8/78 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ergänzend bemerkte Dr. T.\_\_\_\_ am 20. Dezember 2005, im D.\_\_\_\_-Gutachten werde erwähnt, dass sich der Beschwerdeführer in Anbetracht der geringen Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit beim RAV melden könne. Eine medizinische Erklärung, weshalb der Beschwerdeführer der Aufforderung der Gutachter nicht nachgekommen sei, finde sich nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Gutachten sei weder von einem Schleudertrauma noch von anderen unfallbedingten Leiden die Rede. Das bekannte ausgeweitete Beschwerdebild stehe kaum in einem natürlichen Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall. Eine eigenständige psychische Störung werde im Diagnosekatalog des Berichts der U.\_\_\_\_ nicht genannt und sei auch nicht ausgewiesen. Abgesehen von einer nicht spezifizierten resignierten Haltung des Beschwerdeführers würden im Bericht keine typischen depressiven Beschwerden erwähnt (Urk. 8/97 S. 2 unten). In den Akten fanden sich keine Hinweise, dass eine fachärztlich psychiatrische Therapie stattgefunden hätte (Urk. 8/97 S. 3 Mitte). Es bestehe eine nicht erklärbare Diskrepanz zwischen dem Umstand, dass von Seiten der Gutachter keine psychiatrische Störung habe eruiert werden können, und der fachfremden Einschätzung einer mittelgradigen Depression. Eine gesundheitliche Verschlechterung liege darum nicht vor (Urk. 8/97 S. 3 unten).

3.8 Ä Ä Ä Ä In einem Bericht vom 23. Juni 2006 zuhanden der SUVA attestierte Dr. P.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit (Urk. 8/94/10 Ziff. 8). Wann der Beschwerdeführer seine Arbeit wieder aufnehmen könne, lasse sich nicht bestimmt sagen (Urk. 8/94/10 Ziff. 9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 23. September 2006 berichtete Dr. P.\_\_\_\_, dem Beschwerdeführer sei in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar. In Frage komme eine leichte Tätigkeit mit wahlweise Sitzen oder Stehen und ohne Heben von schweren Lasten (mehr als 5 kg kurzfristig und mehr als 3 kg längerfristig, Urk. 8/95 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einem nachgereichten Bericht vom 23. November 2007 führte Dr. P.\_\_\_\_ aus, mittels bildgebender Verfahren habe eine linksseitige Diskushernie bei L5/S1 festgestellt werden können. Die lumbalen Beschwerden seien dauernd, leicht vorhanden (Urk. 11 S. 1 unten). Daneben traten seit einigen Jahren verstärkte Schmerzen im rechten Ellbogen, verbunden mit einer leichten Bewegungseinschränkung, auf. Eine Therapie habe eine Besserung der Beschwerden gebracht (Urk. 11 S. 2 oben). Für die angestammte Tätigkeit attestierte Dr. P.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer infolge der belastungsabhängigen Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit bestehe bei Berücksichtigung gewisser Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 11 S. 2).

#### E. 4

4.1. Die Beschwerdeführerin stellte im Einspracheentscheid vom 4. Januar 2005 verbindlich fest, dass der Beschwerdeführer als Sargschreiner zu 100 % arbeitsunfähig ist, dass ihm eine körperlich leichte, angepasste Tätigkeit aber zu 100 % zugemutet werden kann (Urk. 8/68 S. 3 unten).

4.2. Abweichend zur Beurteilung durch Dr. F., durch die D.-Gutachter und durch die Ärzte der Rehaklinik L. erachtete Dr. P. den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom April 2005 als aus psychischen und physischen Gründen für die angestammte und jede andere Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (Urk. 8/77/7 Mitte). Dabei nahm er, was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrifft, aus somatischer Sicht eine Einschränkung von lediglich 50 % an (Urk. 8/77/7 Ziff. 3a). Da keine Anzeichen vorliegen, dass sich die Beschwerden seit der Begutachtung gebessert hätten, ist nicht einzusehen, weshalb Dr. P. dem Beschwerdeführer eine bessere körperliche Leistungsfähigkeit attestierte als die D.-Gutachter, die aus rheumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % festgestellt hatten. Die Einschätzung durch Dr. P. erstaunt um so mehr, als er gleichzeitig eine deutliche Einschränkung der Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule feststellte (Urk. 8/77/7 Ziff. 3a). Die im Bericht genannten psychischen Beschwerden (Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Schwindel und Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit, Sinnlosigkeitsgedanken und Gedankenkreisen, Urk. 8/77/6 Ziff. 2 unten) vermögen eine Verschlechterung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht ausreichend zu erklären.

4.3. Gegen die Einschätzung durch Dr. P. spricht weiter, dass er in dem genannten Bericht nicht weiter auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einging. In den nachfolgenden Berichten vom Juni und September 2006 erwähnte Dr. P. die im April 2005 in den Vordergrund gestellten psychischen Beschwerden mit keinem Wort (Urk. 8/94/9 f., Urk. 8/95). Schliesslich legte er nicht dar, aufgrund welcher Überlegungen er für eine leidensangepasste Tätigkeit im September 2006 neu eine Arbeitsfähigkeit von 50 % annahm. Angesichts der nicht überzeugenden, eher knapp gefassten Berichte von Dr. P. und der fehlenden Begründung der unterschiedlichen Arbeitsfähigkeit im April 2005 einerseits und im September 2006 andererseits kann nicht auf die Beurteilung durch Dr. P. abgestellt werden.

4.3. Die Ärzte und Psychologen, U., stellten beim Beschwerdeführer eine depressiv-resignierte, ängstlich-gelähmte Stimmung bei einem ansonsten unauffälligen Befund fest (vgl. Urk. 8/77/2 unten). Indessen lässt sich allein aufgrund der gedrückten Stimmung des Beschwerdeführers eine seit der Begutachtung um 50 % reduzierte Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend erklären. Dies vor dem Hintergrund, dass Dr. K. im Gutachten vom 30. Januar 2004 eine depressive Erkrankung noch mit Sicherheit verneint hatte (Urk. 8/55/15 Ziff. 6.1.4). Bei einem zeitlichen Abstand von weniger als einem Jahr ist davon auszugehen, dass die im Bericht vom 27. April 2005 erwähnten Symptome (depressive Reaktion, sozialer Rückzug, Reizbarkeit, Gefühl von Insuffizienz und Versagen, Urk. 8/77/3 Mitte) schon zum Zeitpunkt der D.-Begutachtung und der Behandlung in der Rehaklinik L. vorhanden waren. Die Ärzte der Rehaklinik L. führten in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2004 im Wesentlichen dieselben Symptome an (Urk. 8/66/6 f.) wie die Ärzte und Psychologen des

U.\_\_\_\_.

Was die auch von Dr. P.\_\_\_\_ erwähnte soziale Isolation betrifft, so ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ noch auf einen grossen Bekanntenkreis und einen guten Kontakt zu seiner Familie hingewiesen hatte (Urk. 8/55/13 Mitte). Dass sich die Lebenssituation des Beschwerdeführer in der kurzen Zeit seit der Begutachtung bis zum April 2005 derart verschlechtert hätte, ist nicht anzunehmen. Die Einschätzung der Ärzte und Psychologen des U.\_\_\_\_ und die Beurteilung durch Dr. P.\_\_\_\_ erweist sich daher im Wesentlichen als abweichende Beurteilung des im Einspracheentscheid vom 4. Januar 2005 verbindlich festgestellten medizinischen Sachverhalts. Im übrigen ist auch aus den von pract. Q.\_\_\_\_, Dr. R.\_\_\_\_ und S.\_\_\_\_ erwähnten belastenden sozialen Faktoren (Arbeitslosigkeit, finanzielle Situation, schlechte Zukunftsperspektive des Beschwerdeführers, Urk. 8/77/4 unten) nicht auf eine psychische Erkrankung zu schliessen.

4.4 Der Unfallmeldung des Arbeitgebers vom 19. Juli 2000 (Urk. 8/92/8) und dem Arztzeugnis von Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 (Urk. 8/92/7) ist zu entnehmen, dass es sich bei dem Arbeitsunfall vom März 2000 um ein geringfügiges Ereignis handelte. Dies ergibt sich aus dem vom Arbeitgeber verwendeten Formular mit der Bezeichnung «Bagatellunfall», das nur dann Verwendung findet, wenn ein Ereignis keine Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen hat. Weiter hatte der Beschwerdeführer in der Anmeldung vom 16. Mai 2001 zuhanden der Beschwerdegegnerin einzig auf seit August 2000 bestehende Rückenbeschwerden hingewiesen (Urk. 8/1 Ziff. 7.2-3). Den Arbeitsunfall vom März 2000 erwähnte er in der Anmeldung nicht. Das vorliegend in Frage stehende ausgeweitete Beschwerdebild lässt sich somit nicht mit dem Ereignis vom März 2000 erklären. Dass Dr. P.\_\_\_\_ seinerseits eine solche, unzutreffende, Erklärung favorisierte, ist nur verständlich, wenn man seine fehlende Aktenkenntnis in Rechnung stellt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 4. Januar 2005 nicht verschlechtert hat. Da dieser in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig ist, ist die Beschwerde abzuweisen.

5. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Milosav Milovanovic
  - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.