

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00507 vom 29. Januar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-01-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00507)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00507 du 29 janvier 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00507 del 29 gennaio 2009

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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).

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen 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).

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).

2.2 War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 4 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 Erw. 3a mit Hinweis).

Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, 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, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföhrung (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei



Medizin FMH, bei welchem sich der Beschwerdeführer ab dem 19. August 2003 behandeln liess (Urk. 9/9/20), diagnostizierte zunächst die anlässlich des Bagatellunfalls erlittene Kniekontusion und sodann ein seit Februar 2004 bestehendes Panvertebralsyndrom (vgl. den Bericht vom 13. Mai 2004; Urk. 9/6/2), weshalb in der angestammten Tätigkeit als Bohr-/Rammarbeiter vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege (Urk. 9/9/20). Im Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ zuhänden Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2003 ist von unklaren Knieschmerzen die Rede, wobei als Befund ein "erneut absolut reizloses Kniegelenk" erhoben worden sei. Allenfalls bestehe ein leichter Knorpelschaden, weshalb sich eine konventionelle Behandlung, eventuell eine begleitende Physiotherapie aufdränge (Urk. 9/9/55). Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Z.\_\_\_\_ vom 19. März 2004, wo sich der Beschwerdeführer vom 3. bis zum 17. März 2004 aufgehalten hatte, findet sich nebst den bekannten Diagnosen der Hinweis auf ein maladaptives Bewältigungsmuster mit ausgeprägter Schonhaltung und Selbstlimitierung (Urk. 9/9/38). Die Ärzte des Universitätsspitals F.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, äusserten in den Berichten vom 8. April 2004 (Urk. 9/6/5), vom 18. Mai 2004 (Urk. 9/15-17) zuhänden der SUVA und vom 15. Juni 2004 (Urk. 9/18) zuhänden der Invalidenversicherung zudem den Verdacht auf eine beginnende Femoropatellararthrose sowie eine mediale femorotibiale Arthrose. Allen Berichten ist der Hinweis auf eine mögliche Schmerzverarbeitungsstörung zu entnehmen. Im Zwischenbericht vom 29. März 2004 bezeichnete Dr. D.\_\_\_\_ den Versicherten als sehr aggressiv und anmassend, der auf eine Rente fixiert sei (Urk. 9/9/32), und führte in seinem Bericht vom 13. Mai 2004 aus, die spezialärztlichen Konsilien hätten keine pathologischen Befunde erheben können, welche die Arbeitsunfähigkeit wirklich zu rechtfertigen vermöchten (Urk. 9/6/2). Gestützt auf den Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Z.\_\_\_\_ gelangte die Unfallversicherung zum Schluss, der Versicherte sei in der Lage, die Arbeitsfähigkeit systematisch zu steigern, und er sei ab dem 17. Mai 2004 wieder vollständig arbeitsfähig (Urk. 9/1/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ergeben sich aufgrund der Akten im Zeitpunkt der rentenverneinenden Verfügung vom 6. August 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Bericht der Rheumaklinik vom 15. Juni 2004; Urk. 9/18/1):

Femoropatellares Schmerzsyndrom rechts

- Status nach Kniekontusion am 4.6.2003
- Verdacht auf beginnende Femoropatellar-Arthrose sowie mediale femoro-tibiale Arthrose bei intaktem Bandapparat und intakten Menisken im MRI vom 9.10.2003
- Status nach unklarer Bandoperation am rechten Knie in der Kindheit

Panvertebralsyndrom

- initial lumbospondylogenes Syndrom rechts ohne Nachweis einer Diskushernie im MRI der Lendenwirbelsäule vom 9.10.2003

Verdacht auf Symptomausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Ärzte der Rheumaklinik ein leichtgradiges durchgehendes sensibles Hemisyndrom rechts (wahrscheinlich funktionell). Gestützt auf die medizinischen Befunde bezeichneten die Ärzte den Gesundheitszustand als besserungsfähig und vertraten die Meinung, eine

Therapie zum Aufbau der den Rücken stabilisierenden Muskulatur sei von Vorteil.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie attestierten dem Versicherten eine vollständige Arbeitsfähigkeit für mittelschwere Arbeiten ohne Knien, häufigen Wechsel zwischen Hocke und Stehen sowie ohne lange Wegstrecken (Urk. 9/18/1).

4.2.2 Ä Ä Der Beschwerdeführer hat sich zwischenzeitlich zum Allgemeinpraktiker Dr. med. G. \_\_\_ in Behandlung gegeben. Dieser diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. August 2006 nebst einem femoropatellären Schmerzsyndrom am rechten Knie ein zervikobrachiales und lumbospondylogenes Syndrom rechts, eine Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine Depression (Urk. 9/47) und attestierte dem Beschwerdeführer eine seit dem 21. Oktober 2005 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit und erachtete ihn in Anbetracht der somatischen und psychischen Leiden als nicht mehr in den Arbeitsprozess integrierbar. In neurologischer Hinsicht hat Dr. med. H. \_\_\_ den Beschwerdeführer auf Ersuchen von Dr. G. \_\_\_ am 2. Mai 2006 untersucht, die vom Hausarzt gestellten Diagnosen im Wesentlichen bestätigt und im Weiteren auf eine bestehende psychosoziale Konfliktsituation hingewiesen (vgl. den Bericht vom 8. Mai 2006; Urk. 9/47/5). Zum Ausmass der Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. H. \_\_\_ nicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Behandlung der depressiven Stimmungslage hatte Dr. G. \_\_\_ den Beschwerdeführer an den Psychiater Dr. med. A. \_\_\_ überwiesen. Diesen sucht der Versicherte seit dem 25. Januar 2005 in unregelmässigen Abstünden zwecks psychotherapeutischer Gespräche auf (Urk. 9/48/1). Dem Bericht von Dr. A. \_\_\_ vom 20. Oktober 2005 sind folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 9/48/4):

- rezidivierende depressive Störung (ICD-10:F33),
- mittelgradige depressive Störung (ICD-10:F32.1) sowie
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10:F45.4)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dabei gelangte der Psychiater im Bericht vom 25. Juli 2006 zum Schluss, die diagnostizierten psychischen Leiden seien bereits seit Juni 2003 vorhanden (Urk. 9/44/1). Er erachtete den Gesundheitszustand als stationär; es seien jedoch keine Anzeichen einer Besserung erkennbar (Urk. 9/44/2). Ohne nähere Begründung attestierte Dr. A. \_\_\_ dem Versicherten eine seit dem 16. Juli 2003 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

#### 4.3 Ä Ä Ä

4.3.1 Ä Ä Aktuell klagt der Beschwerdeführer über Knie- und Rückenschmerzen und über psychische Beschwerden. Was die somatischen Beeinträchtigungen angeht, ist keine wesentliche Verschlechterung aktenkundig. Vergleicht man die von Dr. D. \_\_\_ am 13. Mai 2004 hinsichtlich der Arbeitsbelastbarkeit festgestellten Beeinträchtigungen der physischen Funktionen (Urk. 9/6/3) mit den von Dr. G. \_\_\_ am 3. August 2006 getätigten Erhebungen (Urk. 9/47/3), so ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer in allen Bereichen, wie Heben und Tragen von Lasten, Hantieren mit Werkzeugen, Haltung und Beweglichkeit einschliesslich längerdauernder Haltung sowie Fortbewegung auch gegenwärtig nicht massgeblich eingeschränkt ist. Einzig das Heben und Tragen von mittleren bis schweren Lasten, das Hantieren mit schweren Werkzeugen, längerdauerndes Stehen sowie das Gehen von langen Strecken ist ihm selten bis nie zumutbar (Urk. 9/47/3).

Es kann deshalb aufgrund der Akten davon ausgegangen werden, dass eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gegenüber dem Jahr 2004 einzig in psychischer Hinsicht gegeben sein kann, da erst im Zusammenhang mit der Neuanschuldung (vgl. das Verfahren Nr. IV.2005.01215) erstmals gestützt auf den Bericht des Dr. A. \_\_\_ vom 20. Oktober 2005 das Vorliegen eines psychischen Leidens geltend gemacht worden ist. Dabei kann jedoch auf die Aussage des Dr. A. \_\_\_, wonach bereits 2003 eine psychiatrische Diagnose vorgelegen haben soll, nicht abgestellt werden, denn diese Einschätzung des Psychiaters, der den Versicherten erst seit Januar 2005 behandelt, widerspricht dem Ergebnis des psychosomatischen Konsiliums vom 11. März 2004, welches dem Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik Z. \_\_\_ vom 19. März 2004 zu entnehmen ist (Urk. 9/9/44 und 9/44/1). Danach konnte im damaligen Zeitpunkt keine psychiatrische Diagnose gestellt werden.

Zu prüfen gilt es somit, ob eine gesundheitliche Beeinträchtigung in psychischer Hinsicht vorliegt, und wenn ja, ob diese die Arbeitsfähigkeit einschränkt.

4.3.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer

Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

4.3.3.1 Das Vorliegen eines fachärztlich ausgewiesenen psychischen Leidens von Krankheitswert ist aus rechtlicher Sicht wohl Voraussetzung, nicht aber hinreichende Basis für die Annahme einer invalidisierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 127 V 298 Erw. 4c mit Hinweisen auf BGE 102 V 165; AHI 1996 S. 303 Erw. 2a und ZAK 1992 S. 170 Erw. 2a mit Hinweisen).

1.1.1.1 So hat das Eidgenössische Versicherungsgericht im Entscheid in Sachen B. vom 21. Dezember 2006 (I 138/06) in Erw. 2.2 und mit dem Hinweis auf BGE 127 V 299 Erw. 5a festgehalten, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen würden, desto ausgeprägter müsste eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeute, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen dürfe, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen habe. Unabdingbar sei - gemäss höchststrichterlicher Auffassung -, dass in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorliegen würden, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden könne. Wo die begutachtende Person im Wesentlichen nur Befunde erhebe, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, sei kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben.

4.3.4.1 Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 20. Oktober 2005 nebst einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch eine rezidivierende depressive sowie eine mittelgradig depressive Störung. Damit liegen fachärztlich gestellte Diagnosen aus dem psychischen Bereich vor, welche dem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem des ICD-10 zugeordnet werden können. Dennoch ist aufgrund der gestellten Diagnosen nicht ohne Weiteres auf das Vorliegen einer vollständigen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit zu schliessen. Denn eine somatoforme Schmerzstörung gilt nur im Ausnahmefall als unüberwindbar. Von einer Unüberwindbarkeit wäre dann auszugehen, wenn eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliegen würde.

Im Falle des Beschwerdeführers liegen zwar depressive Störungen vor, doch enthalten die Akten ebenso verschiedene Hinweise auf psychosoziale und verhaltensbezogene Beeinträchtigungen. Zunächst gilt es festzuhalten, dass sich trotz aller Behandlungen und Therapien, soweit der Beschwerdeführer überhaupt mitmachte, keine Besserung der Kniebeschwerden einstellte, sondern sich sein Gesundheitszustand zunehmend verschlechterte. Die Ärzte des E. Hospitals fanden anlässlich der Untersuchung vom 10. Dezember 2003 ein reizloses Knie vor; allenfalls sei ein leichter Knorpelschaden vorhanden (Urk. 9/9/41 und 9/9/55). In der Rehabilitationsklinik Z. zeigte sich trotz individuellem Training eine Therapieresistenz, welche einer Arbeitsaufnahme entgegenstand (Urk. 9/9/39 und 9/9/43). Das Universitätshospital erachtete den Versicherten gemäss dem Bericht vom 15. Juni 2004 als vollständig arbeitsfähig für mittelschwere Arbeiten, weshalb er sich bei der Arbeitslosenversicherung um eine Stelle bemühen sollte (Urk. 9/18/2). Den verschiedenen medizinischen Berichten sind Hinweise auf Schonhinken, Schonhaltungen, schlechte Compliance mit demonstrativen Schmerzäusserungen und Anhaltspunkte für eine geringe Leistungsbereitschaft zur Durchführung von Therapien zu entnehmen. Reintegrationsversuche in den Arbeitsprozess scheiterten an der mangelnden Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers, indem er beispielsweise Hinweise auf ergonomischere Positionen des Rückens und der Kniegelenke nicht akzeptierte (Urk. 9/9/39). Selbst der ihn damals behandelnde Hausarzt Dr. D. sprach von Rentenbegehrlichkeit und einer Invalidisierungstendenz (Urk. 9/9/32 und 9/9/51).

Es entwickelte sich aus dem anfänglichen Bagatellunfall ein Schmerzsyndrom mit Bezug auf die gesamte rechte Körperperipherie, mit Schmerzen in der Schulter und am Kopf (vgl. Bericht Dr. H.; Urk. 9/47/6), nicht nur bei Belastung, sondern auch im Liegen. Im Liegen beklagte der Beschwerdeführer ein Kribbeln in der rechten Hand. Wenn er stehe, verspüre er Schmerzen im Rücken, welche ins rechte Bein ausstrahlen würden. Diverse medizinische Tests, sofern sie überhaupt durchgeführt werden konnten, verliefen negativ und die Ärzte fanden zu den vom Beschwerdeführer bezeichneten Beschwerden kein entsprechendes Korrelat. Was die Rückenbeschwerden anbelangt, so stellten die Ärzte im Bereich der Lendenwirbelsäule zwar diskrete Diskusprotrusionen fest; es fanden sich aber keine Nervenwurzelkompressionen (Urk. 9/9/43). Untersuchungen der Brust- und der Lendenwirbelsäule ergaben altersentsprechende, unauffällige Befunde (Urk. 9/9/39 und 9/9/43). Hingegen hatten die Ärzte der Rehabilitationsklinik Z. bereits im Austrittsbericht vom 19. März 2004 auf ein maladaptives Bewältigungsmuster mit ausgeprägter Schonhaltung und Selbstlimitierung hingewiesen, welches nur durch entsprechende Aktivierung angegangen werden könne. Dem Bericht ist zu entnehmen, dass man dem Versicherten psychologische Gespräche angeboten hatte, doch sei er dazu nicht motiviert gewesen (Urk. 9/9/39 mit Hinweis auf das psychologische Konsilium vom 11. März 2004; Urk. 9/9/44-46).

Den Berichten des behandelnden Psychiaters vom 20. Oktober 2005 (Urk. 9/48) und vom 23. März 2007 (Urk. 3/4) lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer vom Beginn der psychiatrischen Behandlung an Schmerzen und finanzielle Sorgen im Vordergrund standen. Dr. A. schilderte dabei, wie sich der Versicherte vor seiner Erkrankung jährlich zwei Mal Ferien in seiner Heimat habe leisten

kÄ¶nnen, ein teures Auto habe anschaffen wollen, wie nun sein Leben wegen der Krankheit von Verzicht und EinschrÄ¶nkung geprÄ¶gt sei (Urk. 9/33/19), er es in der Wohnung fast nicht aushalte, aber dennoch seinen Landsleuten aus dem Weg gehe, er sich schÄ¶me, sich unnÄ¶tz und wertlos fÄ¶hle. Weiter schilderte der BeschwerdefÄ¶hrer dem Psychiater, dass er sich aufrege, wenn sein TÄ¶chterchen etwas von ihm wolle oder laut sei, dass er wegen seiner Reaktion aber wieder ein schlechtes Gewissen habe und sich als schlechter Vater fÄ¶hle, sich als totaler Versager als ErnÄ¶hrer, Ehemann und Vater vorkomme (Urk. 9/33/20). Dr. A.\_\_\_\_ beschrieb den Versicherten als auf die Schmerzen fixiert, als einen Mann, der seine frÄ¶here Arbeit als Bohrarbeiter als schwer belastend und ihn Ä¶berfordernd empfunden habe. Der Versicherte habe sich seit dem Unfall den Gang eines alten Mannes angeeignet, sich identifiziert mit einem abgearbeiteten, verbrauchten und vorgealterten Mann (Urk. 3/4 S. 1). Im Weiteren fÄ¶hrte Dr. A.\_\_\_\_ aus, er habe eine depressive Reaktion in einem Zeitpunkt diagnostiziert, als er noch auf einen reversiblen Verlauf gehofft habe. Doch lÄ¶ngst habe sich das psychische Leiden zu einer mittelgradigen depressiven Episode entwickelt (Urk. 3/4 S. 2).

Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Diesen AusfÄ¶hrungen ist zu entgegen, dass auch das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode eine willentliche Ä¶berwindung psychischer Beschwerden nicht ausschliesst. Insbesondere ist den Akten zu entnehmen, dass der BeschwerdefÄ¶hrer bereits vor den psychiatrisch gestellten Diagnosen nicht die ihm im Rahmen der Schadenminderungspflicht obliegende Willensbereitschaft gezeigt hatte, um die Heilung der Verletzung und die Wiedererlangung der ArbeitsfÄ¶higkeit voranzutreiben. Die Reintegration in den Arbeitsprozess scheiterte an seiner eigenen Limitierung. Zu der als unerlÄ¶sslich empfohlenen Aktivierung seines ganzen KÄ¶rpers bot er nicht Hand. Die zunehmend eingetretene Dekonditionierung der Muskulatur ist daher auf seine mangelnde Kooperation und auf die Unterlassung eines rumpf- und schultergÄ¶rtelstabilisierenden Trainings sowie eines Aufbautrainings der Quadrizepsmuskulatur (Urk. 9/6/6) zurÄ¶ckzufÄ¶hren. Aufgrund der medizinischen Akten ist die von der Rechtsprechung geforderte KomorbiditÄ¶t, welche eine ausnahmsweise UnÄ¶berwindbarkeit einer somatoformen SchmerzstÄ¶rung begrÄ¶nden kÄ¶nnte, nicht ausgewiesen. Denn selbst der behandelnde Psychiater geht von einer Besserung des gesundheitlichen Zustandes des BeschwerdefÄ¶hrers aus, weist er doch in seinem Bericht vom 23. MÄ¶rz 2007, der erst im Nachgang zur VerfÄ¶gung der Beschwerdegegnerin vom 9. MÄ¶rz 2007 erstellt wurde, darauf hin, dass der Versicherte in seiner frÄ¶heren TÄ¶tigkeit als Bohrarbeiter nicht mehr arbeitsfÄ¶hig sei, er ihn allerdings zur Zeit auch fÄ¶r eine leichte behinderungsangepasste TÄ¶tigkeit nicht zu motivieren vermÄ¶ge (Urk. 3/4 S. 3). Damit ist erstellt, dass es dem BeschwerdefÄ¶hrer nicht an der FÄ¶higkeit fehlt, eine vorhandene ArbeitsfÄ¶higkeit umzusetzen, sondern vielmehr an der Motivation, was im Rahmen der Schadenminderungspflicht aber nicht von der Invalidenversicherung zu tragen ist. An dieser Sachlage Ä¶ndert auch das vom BeschwerdefÄ¶hrer erwÄ¶hnte Magen- oder DarmgeschwÄ¶r, welches gemÄ¶ss dem Bericht des GastroZentrums I.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2007 medikamentÄ¶s behandelt wurde (Urk. 3/5, vgl. auch Urk. 9/9/42), nichts.

Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Aufgrund der hÄ¶chststrichterlichen Rechtsprechung kann nicht von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden gesprochen werden.

4.4Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Ä¶ Zusammenfassend ist der EinschÄ¶tzung des RAD vom 6. November 2006 (Urk. 9/49/3-4) beizupflichten, und es ist eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des BeschwerdefÄ¶hrers zu verneinen. Die

Beschwerde ist daher abzuweisen.

5. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- J. \_\_\_\_, Postfach 2855, 8022 Zürich

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters 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.