

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00930 vom 15. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00930](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00930)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00930 du 15 février 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00930 del 15 febbraio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 18. Juli 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C\_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor,

wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.3 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).

1.4 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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.

Der Einkommensvergleich gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) in Verbindung mit Art. 16 ATSG 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 Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGE 128 V 30 Erw. 1; AHI 2000 S. 309 Erw. 1a mit Hinweisen). Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 Prozent zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren

Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 313 Erw. 3a mit Hinweisen; Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes in Sachen S. vom 21. August 2006, I 850/05, Erw. 4.2 und in Sachen G. vom 2. Dezember 2005, I 375/05, Erw. 3.2).

1.5. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

1.6. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Die IV-Stelle stellte sich im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 28. Juli 2005 (Urk. 9/15) nicht wesentlich verschlechtert habe, obwohl aus psychiatrischer Sicht vom Herbst 2006 bis Frühsommer

2007 eine 50%ige und seither eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (Urk. 2 S. 1-2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen wird seitens des Beschwerdeführers zusammengefasst vorgebracht, dass die Beurteilung durch den Gutachter, Dr. D. \_\_\_\_, in krassem Gegensatz zu den Erkenntnissen und Einschätzungen aller anderen behandelnden Ärzte stehe (Urk. 1 S. 6), welche in der entscheidenden Zeitspanne von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Dabei hätten sie betont, dass dem Beschwerdeführer nur ein langsamer Einstieg in eine leichte, wechselbelastende und insbesondere stressfreie Tätigkeit zumutbar sei (Urk. 1 S. 8-9).

### **E. 3**

3.1 Ä Ä Ä Ä Der ursprüngliche Rentenentscheid vom 25. April 2006 (Urk. 9/41) erging vorwiegend gestützt auf das C. \_\_-Gutachten vom 3. April 2006 (Urk. 9/37).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen des C. \_\_-Gutachtens konnten die Fachärzte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie hingegen ein rechtsseitiges chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1), bei einem anamnestisch subakromialen, rechtsschultrigen Impingement (derzeit klinisch stumm), bei leichtgradigen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (ICD-10: M47.82), bei einer Schmerzverarbeitungsstörung, bei einer leichtgradigen hypochromen mikrozytären Anämie (ICD-10: D56.9) und einer Thalassämia minor (Urk. 9/37 S. 18). In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten sie fest, für die angestammte Tätigkeit sowie für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit nur intermittierend schweren Anteilen sei eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben (Urk. 9/37 S. 19).

3.2 Ä Ä Ä Ä Beide Parteien gehen übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht als Vollerwerbstätiger zu qualifizieren ist (Urk. 1 S. 5, Urk. 2 S. 2).

### **E. 3.3**

3.3.1 Ä Ä Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 18. Juli 2008 (Urk. 2) bilden das Konsilium von Dr. med. F. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. Januar 2007 (Urk. 9/78), die Berichte der G. \_\_ (nachfolgend: G. \_\_; Fachklinik für kardiale und psychosomatische Rehabilitation) vom 23. August und 11. September 2007 (Urk. 9/55, 9/80), von Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 8. Oktober 2007 (Urk. 9/79), des behandelnden Psychiaters Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. Oktober 2007 (Urk. 9/61), des Orthopädie-Chirurgen Dr. B. \_\_ vom 6. November 2007 (Urk. 9/64), sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. D. \_\_ vom 11. März 2008 (Urk. 9/90) und der Bericht der E. \_\_ vom 6. Mai 2008 (Urk. 9/100).

3.3.2 Ä Ä Im im Auftrag der Taggeldversicherung erstellten Konsilium erhob Dr. F. \_\_ die Diagnose einer rezidivierenden Depression bei einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), welche allerdings bereits im Abklingen sei, obwohl die psychophysischen Zeichen der Erschöpfung nach wie vor dominierten (Bericht vom 26. Januar 2007; Urk. 9/78). Dr. F. \_\_ attestierte dem Beschwerdeführer derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Mutmasslich sei er ab

Mai 2007 zu 50 % und ab Juli 2007 zu 100 % arbeitsunfähig, wobei eine raschere Besserung durchaus denkbar sei (Urk. 9/78 S. 3). Er, Dr. F.\_\_\_\_, ging davon aus, dass auch im Falle des Beschwerdeführers eine komplette Wiederherstellung der seelischen Gesundheit zu erwarten sei, zumal sich der Beschwerdeführer wieder auf eine pharmakotherapeutische Behandlung der Depression eingelassen habe (Urk. 9/78 S. 4).

3.3.3.3.4.1. Vom 10. Mai bis 20. Juni 2007 war der Beschwerdeführer in der G.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten im Bericht vom 11. September 2007 (Urk. 9/80) eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode; ICD-10: F32.1), ein chronisches rechtsseitiges zervikobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.1), einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einen beidseitigen Tinnitus aurium sowie eine leichtgradige hypochrome mikrozytäre Anämie (Thalassämia minor; ICD-10: D56.9; Urk. 9/80 S. 1). Die mittelgradige depressive Episode habe sich auf dem Hintergrund einer länger dauernden physischen und psychischen Überforderung im familiären wie auch beruflichen Umfeld entwickelt (Urk. 9/80 S. 2). Sie bescheinigten ihm bis 30. Juni 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, danach sei eine Neubeurteilung vorzunehmen. Weiter führten die Ärzte aus, wichtig sei eine stufenweise Arbeitsintegration in eine stressreduzierte, körperlich leichte Tätigkeit während etwa 2,5 Stunden täglich (ca. 30 %; Urk. 9/80 S. 4).

3.3.4.1. Im Bericht vom 13. Oktober 2007 (Urk. 9/61) erachtete Dr. I.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit dem Konsilium von Dr. F.\_\_\_\_ die manifeste depressive Episode als weitgehend abgeklungen, dies bei persistierendem Erschöpfungszustand. Zwei Fachkollegen sprächen daher von einem hohen Verdacht auf ein chronisches Erschöpfungssyndrom (CFS; vgl. hierzu den Bericht des J.\_\_\_\_, Abteilung Psychosomatik O.\_\_\_\_, vom 4. April 2008 [Urk. 9/90 S. 17-19]). In Übereinstimmung mit der G.\_\_\_\_ erachtete auch der behandelnde Psychiater, zum Wiedereinstieg in eine niederschwellige Teilzeitarbeit sei der Beschwerdeführer auf Unterstützung angewiesen. Die frühere, kraftverzehrende Tätigkeit könne kaum wieder aufgenommen werden, daher müsse zu einem späteren Zeitpunkt eine Umschulung in Betracht gezogen werden. Es sei mit einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu rechnen (Urk. 9/61 S. 8).

3.3.5.1. Im Bericht vom 6. November 2007 (Urk. 9/64) übernahm der Orthopädie-Chirurg Dr. B.\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht die Befunde der G.\_\_\_\_ und erachtete den Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Jugendarbeiter vom 1. Dezember 2003 bis auf Weiteres zu 25 % arbeitsunfähig, wobei von einem vollen Pensum von 75 % auszugehen sei (Urk. 9/64 S. 2). Möglich sei eine leichte, wechselbelastende Arbeit mit wahlweisem Sitzen oder Stehen, wobei kein Heben von schweren Lasten (nicht mehr als 10 kg kurzfristig und 2 kg langfristig), keine Überkopfarbeit sowie keine Arbeit in vornübergebeugter Haltung zumutbar sei (Urk. 9/64 S. 3).

3.3.6.1. Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens vom 11. März 2008 (Urk. 9/90) diagnostizierte Dr. D.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig eine leichte Episode) mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.01; Urk. 9/90 S. 13). Aufgrund der leichten depressiven Episode sei insgesamt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von rund 20 % auszugehen. Unter einer medikamentösen Behandlungsoptimierung und einer verbesserten Compliance seien Fortschritte zu erzielen, insbesondere wenn die

Schlafqualität verbessert werde. Auf diese Weise würde auch weiteren depressiven Episoden des mittelgradigen Formkreises vorgebeugt (Urk. 9/90 S. 14). In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit attestierte Dr. D. \_\_\_ dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Jugendarbeiter seit Frühjahr/Frühsummer 2007 bis dato eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Im Zeitraum Herbst 2006 bis Frühjahr/Frühsummer 2007 sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer komorbiden mittelgradigen depressiven Episode möglich bis wahrscheinlich. Allerdings sei dies rückwirkend nicht genau evaluierbar, zumal der Beschwerdeführer keine Veränderungen über die letzten zwei Jahre angegeben habe (Urk. 9/90 S. 14-15).

3.3.7.7. Zwecks psychosomatischer Rehabilitation wurde der Beschwerdeführer vom 7. April bis 8. Mai 2008 in der E. \_\_\_ hospitalisiert. Im Bericht vom 6. Mai 2008 (Urk. 9/100) führten die behandelnden Ärzte aus, die rezidivierende depressive Störung erfahre gegenwärtig eine mittelgradige Episode. Der Beschwerdeführer habe sich während des Spitalaufenthalts psychophysisch rekonditionieren und die Schmerz copingstrategien erweitern sowie in allen Therapiebereichen Verbesserungen erzielen können. Die behandelnden Ärzte attestierte ihm bis zum 23. Mai 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Danach könne eine langsame Reintegration ins Berufsleben mit ca. einer Arbeitsfähigkeit von 30 % beginnen. Nach Möglichkeit müsse es sich dabei um eine wechselbelastende und leichte Tätigkeit mit moderater Stressbelastung handeln (Urk. 9/100 S. 2-3).

#### E. 4

4.1. Die IV-Stelle trat auf die Neuanmeldung vom 10. Juli 2007 (Urk. 9/47) ein, nahm in der Folge Abklärungen vor und verneinte erneut den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Rentenanspruch mit Verfügung vom 18. Juli 2008 (Urk. 2). Gemäss den vorstehenden rechtlichen Erwägungen (vgl. Erw. 1.5) ist daher bei der Beurteilung des Rentenanspruchs analog zur Rentenrevision zu prüfen, ob seit Erlass des ursprünglichen Rentenentscheids vom 25. April 2006 (Urk. 9/41) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2008 (Urk. 2) eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, einen Rentenanspruch zu begründen.

4.2. In somatischer Hinsicht sind sich die involvierten Ärzte weitgehend darüber einig, dass lediglich geringfügige objektivierte Befunde vorliegen, nämlich ein chronisches rechtsseitiges zervikobrachiales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (Urk. 9/80 S. 1, 9/61 S. 7, 9/64 S. 1). Da bereits im C. \_\_\_-Gutachten vom 3. April 2006 (Urk. 9/37) ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom (Urk. 9/37 S. 18) diagnostiziert worden ist, ist aus somatischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten.

4.3. Im Unterschied zum C. \_\_\_-Gutachten, welches davon ausging, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 9/37 S. 19), sind sich nun die behandelnden Ärzte darüber einig, dass im Zentrum der gesundheitlichen Problematik des Beschwerdeführers eine rezidivierende depressive Störung steht. Allerdings bestehen Differenzen bezüglich deren Schwere und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gutachter Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte eine leichte depressive Störung und bescheinigte dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Jugendarbeiter seit Frühling 2007 bis dato eine 80%ige Arbeitsfähigkeit,

wobei er es als durchaus möglich erachtete, dass aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode ab Herbst 2006 bis Frühjahr 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe (Urk. 9/90 S. 14-15). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) widerspricht der Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 26. Januar 2007 (Urk. 9/78) dieser Beurteilung nicht, denn er diagnostizierte eine sich bessernde depressive Episode. Zwar attestierte er dem Beschwerdeführer im Januar 2007 noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Jugendarbeiter, führte jedoch aus, dass ab Mai 2007 bereits eine 50%ige und ab Juli 2007 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Da Dr. F. \_\_\_ nicht ausschloss, dass sich die Arbeitsfähigkeit noch schneller verbessern könnte, divergiert die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D. \_\_\_, welcher von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit seit Frühjahr 2007 ausging, nicht wesentlich. Die behandelnden Ärzte der G. \_\_\_ beurteilten die Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 11. September 2007 (Urk. 9/80) lediglich bis zum Spitalaustritt vom 30. Juni 2007, während sie im Bericht vom 23. August 2007 (Urk. 9/55 S. 10) mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 75 % gerechnet hatten. Die Beurteilung einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit von 50 % durch den behandelnden Psychiater Dr. I. \_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Oktober 2007 (Urk. 9/61) kann nicht nachvollzogen werden, da er selbst davon ausging, die depressive Episode sei weitgehend abgeklungen. Soweit Dr. B. \_\_\_ im Bericht vom 6. November 2007 (Urk. 9/64) von einer psychisch bedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging (Urk. 9/64 S. 3), so äusserte er sich darin zu einer psychiatrischen Diagnose, die ausserhalb seines Fachgebiets liegt.

Das psychiatrische Gutachten von Dr. D. \_\_\_ vom 11. März 2008 (Urk. 9/90) beruht auf sorgfältigen und eingehenden fachspezifischen Untersuchungen, es nimmt Bezug auf die medizinischen Vorakten und berücksichtigt die geklagten Beschwerden, weshalb es die Anforderungen erfüllt, welche die Rechtsprechung hinsichtlich Schlüssigkeit und Beweiskraft eines ärztlichen Gutachtens verlangt (BGE 125 V 352 Erw. 3a und b). Somit kann auf Dr. D. \_\_\_s Gutachten abgestellt werden. Daran vermag auch der später eingereichte Bericht der E. \_\_\_ vom 6. Mai 2008 (Urk. 9/100), da er keine neuen Erkenntnisse zu vermitteln vermag, nichts zu ändern.

Im Unterschied zum C. \_\_\_-Gutachten ging Dr. D. \_\_\_ von einer psychisch bedingten 20%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Jugendarbeiter aus, welche der Experte einerseits auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und andererseits auf die leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen zurückführte. Gegenüber dem ursprünglichen Rentenentscheid vom 25. April 2006 (Urk. 9/41) ist insofern eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten, als nunmehr von einer psychiatrisch relevanten Diagnose auszugehen ist. Im Folgenden wird zu prüfen sein, ob die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung eine höhere Arbeitsunfähigkeit zu rechtfertigen vermag, das heisst, ob die Voraussetzungen für eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung erfüllt sind. Hiezu müssen die sogenannten Früsterkriterien, welche durch das Bundesgericht präzisiert wurden (vgl. Erw. 1.3) erfüllt sein.

Beim Beschwerdeführer ist zwar eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, eine leichte depressive Episode, diagnostiziert worden, hierbei kann jedoch aufgrund einer mangelnden Schwere der Krankheit nicht von einer massgebenden psychischen Komorbidität die Rede sein (Urteil des Bundesgerichts in Sachen R. vom 27.

November 2009, 8C\_591/2009, Erw. 4.1). Weiter leidet der Beschwerdeführer gemäss den übereinstimmenden ärztlichen Beurteilungen an einem chronischen rechtsseitigen zervikobrachialen Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule. Allerdings sind seine Schmerzen vorwiegend durch die Somatisierungsstörung geprägt, da es nur geringe objektivierbare organische Befunde gibt. Somit kann nicht von gehäuften und ausgeprägten chronischen körperlichen Begleiterkrankungen ausgegangen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2008 in Sachen A., 8C\_307/2008, Erw. 3.2). Seit 2002 ist es bezüglich Nacken- und Schulterschmerzen trotz zahlreicher Therapieversuche nie zu einer Besserung gekommen. Somit liegt zwar ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter beziehungsweise progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung vor, dieser Verlauf ist jedoch für Somatisierungsstörungen diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend (Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2007 in Sachen C., I 937/06, Erw. 4.3). Gegenüber Dr. D. führte der Beschwerdeführer aus, soziale Kontakte beständen vor allem mit den Familienangehörigen. Hobbys und Sport seien wegen den Nacken- und Rückenschmerzen nur sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich (Urk. 9/90 S. 5-6). Ein gewisser Rückzug von den sozialen Kontakten hat wohl stattgefunden, doch sind die innerfamiliären Beziehungen intakt. Im Übrigen beschreibt er die Familiensituation als harmonisch, man helfe sich gegenseitig im Haushalt und schaue abends gemeinsam Fernsehen (Urk. 9/90 S. 5). Ferner berichtete der Beschwerdeführer, dass er erfolglos viele Therapien besuche wie Akupunktur, Acrosakral- und Atemtherapie sowie Behandlungen beim Orthopäden und Hausarzt (Urk. 9/90 S. 7). In ihren Berichten haben die Ärzte mehrmals hervorgehoben, bisher habe keine angemessene medikamentöse Behandlung der rezidivierenden Depression stattgefunden. So hielt Dr. F. fest, erfreulicherweise habe sich der Beschwerdeführer wieder auf eine medikamentöse Behandlung der depressiven Störung eingelassen (Urk. 9/78 S. 4). Dr. D. sprach ebenfalls von einer medikamentösen Optimierung, um dadurch mittelgradigen depressiven Episoden vorzubeugen (Urk. 9/90 S. 14). Somit ist mangels einer Optimierung der Medikation noch nicht jegliches Potenzial an zumutbaren Massnahmen ausgeschöpft worden, weshalb nicht gesagt werden kann, dass trotz konsequenter Behandlung keine befriedigenden Behandlungsergebnisse vorliegen würden (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Oktober 2007 in Sachen B., 9C\_89/2007, Erw. 5.2). Der innerseelische Konflikt, der zur somatoformen Schmerzstörung geführt hat, wurde vom Gutachter schlüssig dargelegt. Es kann dabei aber nicht gesagt werden, dass es sich um einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Verlauf handelt. Denn psychotherapeutisch wurde der innerseelische Konflikt gar nie richtig angegangen. Dr. D. schloss nicht auf eine Unbehandelbarkeit der Störung, sondern empfahl eine medikamentöse Behandlungsoptimierung, eine verbesserte Compliance sowie eine Verbesserung der Schlafqualität. Auf diese Weise würde mittelgradigen depressiven Episoden vorgebeugt (Urk. 9/90 S. 14). Damit liegt kein relevanter primärer Krankheitsgewinn vor. Nach dem Gesagten kann die somatoforme Schmerzstörung nicht als invalidisierend betrachtet werden, daher hat sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer ist in der angestammten Tätigkeit als Jugendarbeiter aufgrund einer leichten depressiven Störung zu 80 % arbeitsfähig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund sind von zusätzlichen medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, daher ist im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung, entgegen dem Begehren des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9-10),

auf ein Obergutachten zu verzichten.

## E. 5

5.1. Umstritten ist die Höhe des massgeblichen Valideneinkommens. Diese Frage kann dahin gestellt bleiben, denn vorliegend sind die Voraussetzungen für einen Prozentvergleich gegeben, da gemäss dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ von einer 20%igen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit auszugehen ist. Ein zusätzlicher Leidensabzug fällt mithin ausser Betracht, zumal ein solcher zu Recht nicht strittig ist. Es rechtfertigt sich, von einer Erwerbseinbusse von 20 % und damit von einem entsprechenden Invaliditätsgrad von ebenfalls 20 % auszugehen. Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente und die Beschwerde ist abzuweisen.

5.2. Ob dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zur Wiedereingliederung in seinem angestammten Beruf zu gewährleisten sind, kann im Rahmen dieses Verfahrens nicht geprüft werden, nachdem der Beschwerdeführer auf eine Anfechtung des entsprechenden Vorbescheids vom 11. Juni 2008 (Urk. 9/103) ausdrücklich verzichtet (Eingabe vom 11. Juli 2008, Urk. 9/109) und die Beschwerde allein gegen die Rentenverfügung vom 18. Juli 2008 (Urk. 9/109) erhoben hat. Indes steht es ihm jederzeit offen, diesbezüglich ein neues Begehren einzureichen, zumal er angesichts seiner fundierten beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen im Rahmen der Jugendsozialarbeit sowie seiner besonderen Sprachkenntnisse - laut seinem Lebenslauf ist er aramäischer Muttersprache und verfügt über sehr gute mündliche und schriftliche Kenntnisse der deutschen, türkischen und teilweise kurdischen Sprache, Urk. 9/59 S. 1 - bei entsprechender subjektiver Einstellung die Voraussetzungen für eine erfolversprechende Wiedereingliederung erfüllt.

6. 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 ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

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:

- Rechtsanwalt Christoph Häberli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid 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.