

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00931 vom 22. Dezember 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00931

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00931 du 22 décembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00931 del 22 dicembre 2009

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 6. August 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, I 428/04, Erw. 1).

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 (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 könnte; 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 Schmerzstellung, 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 Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung 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).

1.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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; Art. 28 Abs. 2 IVG in der seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Fassung).

1.4 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).

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 würdigen 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 prüfen 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.).

1.5 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin erwog im Wesentlichen, die medizinischen Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten des A. ___ vom 29. Januar 2008, hätten ergeben, dass die diagnostizierten Beschwerden keine dauerhafte und längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründeten. Sowohl die bisherige Tätigkeit als Chauffeur wie auch jede andere mittelschwere bis schwere Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zu 100 % zumutbar, womit kein invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (Urk. 2).

Der Beschwerdeführer hingegen stellt sich auf den Standpunkt, dass auf das Gutachten des A. ___ vom 29. Januar 2008 nicht abgestellt werden könne. Es respektive Dr. med. C. ___, FMH Innere Medizin, zeige ihm gegenüber eine krass negative und voreingenommene Haltung. Er beantrage die Ausrichtung von Rentenleistungen ab Dezember 2005 nach Massgabe der in den übrigen ärztlichen Berichten dokumentierten Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 1).

2.2 Strittig und zu präzisieren ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

E. 3

3.1 Mit Schreiben vom 31. Januar 2005 überwies Dr. Z. ___ den Beschwerdeführer an die Rheumaklinik und das Institut für Physikalische Medizin, Rheumapoliklinik, Spital ' ___ ' (D. ___), wobei er die Diagnosen von Schulter-Nackenschmerzen rechts bei degenerativen Veränderungen der HWS, eines Status nach Kontusion am 8.12.04, eines rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms und eines Status nach Depression erhob (Urk. 9/11/42).

3.2 Dem Bericht des D. ___ an Dr. Z. ___ vom 24. Februar 2005 bezüglich der ambulanten Untersuchung des Beschwerdeführers vom 22. Februar 2005 sind die Diagnosen eines chronischen cervicovertebralen Schmerzsyndroms bei muskulärer Dysbalance mit Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz und eines chronischen lumbovertebralen bis lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechts bei muskulärer Dysbalance zu entnehmen (Urk. 9/20/3). Die diffuse Hyposensibilität, welche die ganze rechte Körperseite inklusive Arm und Bein betrafte, könne durch die klinischen Befunde nicht erklärt werden und sei am ehesten im Rahmen einer Schmerzsymptomatik zu erklären. Die verantwortlichen Ärzte empfahlen, die Arbeitsfähigkeit (aktuell 50 %) nach drei Monaten intensivem Training sukzessive auf 100 % zu steigern (Urk. 9/20/4).

3.3 Dem Röntgenbericht betreffend den Beschwerdeführer vom 5. September 2005 (HWS in zwei Ebenen und Densaufnahme vom 21. Dezember 2004) ist Folgendes zu entnehmen: Regelrecht dargestellte HWS, ohne Hinweise auf eine Fraktur oder Luxation an den abgebildeten Knochen oder Gelenken. Dens mittelständig, atlantoaxialer Übergang unauffällig. Als Normvariante foramen arquale. Deutliche, unkovertbrale Arthrose in den Segmenten C4/5 und vor allem C5/6. Keine weiteren Auffälligkeiten (Urk. 9/11/43).

3.4 Dr. E. ___, Chiropraktor, diagnostizierte mit Bericht vom 1. Dezember 2005 an die H. ___ was folgt (Urk. 9/11/30):

- Status nach unfallbedingtem Distorsionstrauma der HWS bei geringer Protrusion C5/C6 mit leichter Aufhebung des ventralen Subarachnoidalraumes und minimaler Einengung des Eingangs zum rechten Foramen C5/C6 (gemäss MRI in der Uniklinik Balgrist vom 11.

Oktober 2005; Urk. 9/11/31)

- Depressive Verstimmungen

- Insomnia.

3.5 Am 23. Mai 2006 erklärte Dr. B. ___ der H. ___ mit Arztzeugnis UVG, der Beschwerdeführer sei seit dem 6. Februar 2006 zu 100 % arbeitsunfähig, und erhob die vorläufige Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung oder eines Rezidivs einer vorbestehenden depressiven Störung. Die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich dessen Beschwerden gab er folgendermassen wieder: Depressive Entwicklung seit Unfall und vor allem seit der Kündigung im Februar 2006, Schlafstörungen, nächtliches Gräbeln über psychosoziale Probleme (Urk. 9/11/19).

3.6 Dr. Z. ___ führte am 28. Mai 2006 zuhause der H. ___ aus, die Intensität der Beschwerden sei stark vom Gemütszustand des Beschwerdeführers abhängig, der an einer depressiven Verstimmung leide und deshalb bei Dr. B. ___ in Behandlung stehe. Als Diagnosen hielt er ein posttraumatisches Zervikovertebralsyndrom bei Distorsion der HWS mit traumatisierter Unkovertebralarthrose am 8.12.04, eine Gastritis unter Analgetikatherapie, eine Depression und funktionelle Oberbauchschmerzen fest. Aktuell sei der Beschwerdeführer vor allem wegen seiner psychischen Situation wieder zu 100 % arbeitsunfähig, was auch vom behandelnden Psychiater Dr. B. ___ bestätigt werde. Der Beschwerdeführer sei aufgrund des Unfalls vom 9. Dezember 2004 bis 9. Januar 2005 zu 100 %, vom 10. bis 13. Januar 2005 zu 0 %, vom 14. Januar bis 1. Mai 2005 zu 50 %, vom 2. Mai bis 19. Juni 2005 zu 33 1/3 %, vom 20. Juni bis 22. Juli zu 25 %, vom 7. Oktober bis 27. November 2005 zu 100 % und vom 28. November 2005 bis 4. Januar 2006 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Wegen Krankheit sei er vom 27. April bis 6. Mai 2005, vom 19. bis 23. September und seit dem 2. Februar 2006 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/20/5).

3.7 PD Dr. med. F. ___, Spezialarzt für Chirurgie FMH, hielt am 8. August 2006 zuhause der H. ___ zusammenfassend fest, dass es sich beim Beschwerdeführer um einen Schmerzpatienten mit multiplen Beschwerden im Achsenskelett (Wirbelsäule) im Rahmen einer psychosozial schwierigen Situation ohne Ausweichmöglichkeit handle. Die gesamte Problematik habe nichts mit einem Unfall zu tun. Bildgebend (HWS/Lendenwirbelsäule) hätten, von gewissen degenerativen Veränderungen der HWS - Unkovertebralarthrose C4/5 und C5/6 - abgesehen, keine signifikanten krankheitsbedingten Zustände und auch keine Traumafolgen nachgewiesen werden können. Aufgrund der vordergründigen depressiven Verstimmung sei die von Dr. B. ___ beurteilte Arbeitsunfähigkeit von 100 % zweifellos korrekt, allerdings nicht unter dem Titel einer posttraumatischen Belastungsstörung, sondern vielmehr aus unfallfremden Gründen (Urk. 9/11/7).

3.8 Am 18. August 2006 attestierte Dr. B. ___ dem Beschwerdeführer eine seit dem 6. Februar 2006 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für weitere 4 Wochen (Urk. 9/3/2). Dem Arztbericht Dr. B. ___ an die IV-Stelle vom 7. November 2006 sind - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - die Diagnosen einer chronischen rezidivierenden Depression seit Juni 1998 und eines Verdachts auf eine somatoforme Schmerzstörung zu entnehmen, mit dem Hinweis auf körperliche Schmerzen im linken Thoraxbereich. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er ein chronisches

cervicovertebrales und lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, bei muskulärer Dysbalance mit Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz gemäss D.____ und eine geringgradige Diskusprotrusion C 5/6 gemäss MRI durch die Universitätsklinik Balgrist (Urk. 9/9/1). Die Depression und die Schmerzen ständen sicher im Zusammenhang mit dem Arbeitsunfall und späteren Verlust der Arbeit. Es sollte möglichst bald wieder zu einer beruflichen Wiedereingliederung kommen, die den Beschwerdeführer psychisch und körperlich stabilisieren könne. Wie gross die reale Arbeitsfähigkeit sei, vermöge er aus rein psychiatrischer Sicht nicht zu sagen, bislang sei der Beschwerdeführer wahrscheinlich wirklich 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aktuell erscheine er ihm nicht mehr so depressiv, so dass wieder an eine Wiedereingliederung/Beschäftigung gedacht werden könne, beginnend mit 50 % und dann steigend auf 100 %. Inwieweit dies aus somatischer Sicht auch möglich sei, sei ihm nicht klar, dazu lasste Dr. Z.____ (wegen der anhaltenden Thoraxschmerzen) Stellung nehmen (Urk. 9/9/3). In einer angepassten Tätigkeit wäre der Beschwerdeführer per sofort mindestens halbtags arbeitsfähig (Urk. 9/9/5).

3.9. Dr. Z.____ diagnostizierte mit Arztbericht vom 24. März 2007 an die IV-Stelle und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein posttraumatisches Zervikovertebralsyndrom bei Status nach Distorsion der HWS, eine traumatisierte Unkovertebralarthrose und eine schwere Depression (Urk. 9/20/1). Der Beschwerdeführer sei aus psychischen Gründen seit dem 6. Februar 2006 arbeitsunfähig, wobei unklar sei, wie lange noch. Von der körperlichen Seite her könnte eine leichtere Arbeit ausgeführt werden. Eine Prognose wegen Invalidität sei unsicher, da auch Zeichen einer somatoformen Schmerzstörung beständen (Urk. 9/20/2).

3.10. Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens des A.____ vom 29. Januar 2008 wurde der Beschwerdeführer am 13. November 2007 internistisch, psychiatrisch und orthopädisch beurteilt (Urk. 9/27). Die verantwortlichen Fachärzte erhoben keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie Folgendes (Urk. 9/27/14):

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54)
- Ausgestaltung der - orthopädischen - Diagnosen gemäss Ziff. 5.2.3 und 5.2.4 (wohl 4.2.3 und 4.2.4) des A.____-Gutachtens
- Chronische Zervikobrachialgie rechts ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M53.1)
- Verletzung von rechter Kopfseite und rechter Schulter am 8.12.2004 (ICD-10 S00.85/S40.9)
- Unkovertebralarthrose C4/5 und C5/6 (Röntgen 21.12.2004; ICD-10 M47.82)
- Geringe Diskusprotrusion C5/6 (MRI 11.10.2005; ICD-10 M50.2)
- Chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54.6/M54.5)
- Rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7)
- Status nach 3er-Kombinationstherapie 04/2007

- Fortgesetzter Nikotinkonsum (circa 15 packyears; ICD-10 F17.1)

Der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, fÄ¼hrte aus, das Ausmass der geklagten Schmerzen und die subjektive KrankheitsÄ¼berzeugung, aufgrund der Schmerzen nicht arbeiten zu kÄ¼nnen, kÄ¼nnten durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden. Die geklagten kÄ¼rperlichen Beschwerden seien psychisch Ä¼berlagert. Der BeschwerdefÄ¼hrer habe nicht unter langanhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten, sodass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen SchmerzstÄ¼rung nicht gestellt werden kÄ¼nne. Es handle sich um eine SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung, die keinen Krankheitswert habe. Hinweise auf unbewusste Konflikte wÄ¼rden fehlen, ein primÄ¼rer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht kÄ¼nne es dem BeschwerdefÄ¼hrer zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nÄ¼tliche Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen TÄ¼tigkeit nachzugehen (Urk. 9/27/8-9). In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter bezÄ¼glich der ArbeitsfÄ¼higkeit fest, die Befunde seien objektiv sehr gering, die subjektive EinschrÄ¼nkung, die der BeschwerdefÄ¼hrer dadurch angebe, kÄ¼nne in keiner Weise nachvollzogen werden. Unklar sei auch die Therapieresistenz beziehungsweise diese sei durch die Gesamtsituation und die NichtplausibilitÄ¼t der Beschwerden am ehesten zu erklÄ¼ren (Urk. 9/27/15).

Zusammenfassend fÄ¼hrten die Gutachter aus, beim BeschwerdefÄ¼hrer kÄ¼nne keinerlei ArbeitsunfÄ¼higkeit objektiviert werden, es seien ihm jegliche ErwerbstÄ¼tigkeiten zu 100 % zumutbar. Es seien weder medizinische noch berufliche Massnahmen vorzuschlagen. Die Arbeitsniederlegung sei nicht mit medizinischen, insbesondere auch nicht mit psychiatrischen GrÄ¼nden zu erklÄ¼ren. Der sekundÄ¼re Krankheitsgewinn sei dahingehend enorm, indem der BeschwerdefÄ¼hrer nun hÄ¼here EinkÄ¼nfte durch das Sozialamt habe, als er vorher durch die harte ErwerbstÄ¼tigkeit verdient habe (Urk. 9/27/16).

3.11 Dr. B.____ erhob am 12. MÄ¼rz 2008 im Namen des BeschwerdefÄ¼hrers Einwand gegen den Vorbescheid der IV-Stelle vom 29. Februar 2008 und hielt fest, auch wenn man den BeschwerdefÄ¼hrer heute (gemÄ¼ss Gutachten des A.____ vom 29. Januar 2008) als wieder 100 % arbeitsfÄ¼hig ansehe, sei es doch so, dass er tatsÄ¼chlich Ä¼ber lange Zeit unter Ä¼chronisch-rezidivierenden Depressionen Ä¼ gelitten habe. Und er sei wegen dieser komorbiden StÄ¼rung zusÄ¼tzlich zu seiner somatoformen SchmerzstÄ¼rung arbeitsunfÄ¼hig gewesen. Deshalb erachte er es als durchaus gerechtfertigtes Anliegen des BeschwerdefÄ¼hrers, dass man ihm wenigstens fÄ¼r die Zeit seiner ArbeitsunfÄ¼higkeit zwischen Dezember 2004 (50 %) beziehungsweise Februar 2006 (100 %) bis heute eine Rentenzahlung erstatte. Dann wÄ¼rde der BeschwerdefÄ¼hrer den Vorbescheid der IV-Stelle akzeptieren und wieder arbeiten gehen (Urk. 9/32/2).

E. 4

4.1 Zwar kann aus medizinischer Sicht festgehalten werden, dass der BeschwerdefÄ¼hrer seit geraumer Zeit Ä¼ber Schmerzen klagt, welche durch die organisch objektivierbaren Befunde nicht erklÄ¼rt werden kÄ¼nnen, und dass der BeschwerdefÄ¼hrer daneben eine psychische Problematik aufweist. Unklarheit herrscht jedoch bezÄ¼glich der exakten Diagnosen und der Auswirkungen der Befunde auf die ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers. In diesem Zusammenhang ist vorerst zu

prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine diesbezügliche Beurteilung gestatten.

4.2 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). Vorliegend sind sich die psychiatrischen Fachärzte bei der Diagnosestellung nicht einig: Der behandelnde Dr. B. erhebt in seinem aktuellsten Schreiben vom 12. März 2008 die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 9/32/2), wohingegen der begutachtende Dr. G. diese Diagnose explizit verneint und stattdessen eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert (Urk. 9/27/8-9). Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD10 F45.4) ist die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 6. Aufl., F45.4, S. 207). Dr. G. begründet die Verneinung dieser Diagnose nicht weiter, sondern führt lediglich als Tatsache an, dass der Beschwerdeführer nicht unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten habe (vgl. Urk. 9/27/8 Erw. 4.1.4). Diese sind zwar wie soeben erwähnt unabdingbar für die Diagnoseerhebung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die unbegründete Verneinung solcher Faktoren durch Dr. G. kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Im Gegenteil sind den Akten - wie auch vom Beschwerdeführer vorgebracht (vgl. Urk. 12 S. 3) - gewichtige Hinweise auf solche Belastungsfaktoren zu entnehmen.

Auf der anderen Seite kann nicht unbesehen auf die Diagnose von Dr. B. abgestellt werden, begründet er doch diese eben so wenig. Zu der bei somatoformen Schmerzstörungen entscheidenden Frage, ob die Störung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind oder ob besondere Umstände vorliegen, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, äussert sich Dr. B. nicht. Angesichts der speziellen Anforderungen an den Nachweis der invalidisierenden Auswirkung somatoformer Schmerzstörungen vermögen die Beurteilungen Dr. B. den allgemeinen Anforderungen an beweiskräftige fachärztliche Einschätzungen schon deshalb nicht zu genügen, weil Dr. B. die speziell interessierenden Fragen gar nicht respektive nicht begründet und nachvollziehbar beantwortet (vgl. oben Erw. 1.2 und 1.4).

4.3 Auf das Gutachten des A. vom 29. Januar 2008 könnte auch deswegen nicht alleine abgestellt werden, weil aus ihm nicht hervorgeht, für welchen Zeitraum es Gältigkeit beansprucht. Denn es muss aufgrund der Formulierung davon ausgegangen werden, dass die auch von Dr. G. diagnostizierte rezidivierende depressive Störung vor dem Begutachtungszeitpunkt in schwererem Masse vorgelegen und allenfalls tatsächlich eine leistungsrelevante Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen hatte (Urk. 9/27/15).

4.4 Auch die Stellungnahmen des RAD vom 25. Februar (Urk. 9/29/5) und 22./23. Juli 2008 (Urk. 9/43) entheben die IV-Stelle nicht von der Notwendigkeit weiterer

Abklärungen. So liegen diesen Einschätzungen keine im Rahmen einer Untersuchung selbst erhobenen Befunde, sondern ausschliesslich die medizinischen Vorakten zugrunde. Eine direkte ärztliche Auseinandersetzung mit dem Exploranden aber rückt rechtsprechungsgemäss erst dann in den Hintergrund, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2007, I 1094/06 Erw. 3.1.1 i.f.), was vorliegend nicht der Fall ist.

4.5. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann aber auch nicht ohne weitere Abklärungen auf die rechtzeitigen Arbeitsunfähigkeitsatteste abgestellt und eine befristete Rente zugesprochen werden: Die verantwortlichen Ärzte des D. erachteten es am 24. Februar 2005 als möglich, die vom Beschwerdeführer ausgeübte 50%ige Tätigkeit nach drei Monaten intensiven Trainings auf 100 % zu steigern (Urk. 9/20/4). Dr. Z. verwies in seinem Bericht vom 28. Mai 2006 bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf Dr. B. und nahm selbst nicht Stellung (Urk. 9/20/5) und mit Bericht vom 24. März 2007 bescheinigte er dem Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/20/2). Nachdem schliesslich Dr. B. dem Beschwerdeführer ab dem 6. Februar 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (Urk. 9/11/19; Urk. 9/3/2) führte er mit Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 7. November 2006 plätzlich in Relativierung dazu aus, bislang sei der Beschwerdeführer wahrscheinlich wirklich 100 % arbeitsunfähig gewesen, er vermöge aber die Restarbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht nicht festzulegen (Urk. 9/9/3). Es fehlt somit auch diesbezüglich an einem Bericht, der den allgemeinen Anforderungen an beweiskräftige fachärztliche Einschätzungen der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit (vgl. oben Erw. 1.4) genüge.

4.6. Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten nicht abschliessend beurteilen lassen. Entgegen der Auffassung der RAD-Ärzte und der IV-Stelle kann das Vorliegen eines invalidenversicherungsrechtlich bedeutsamen psychischen Gesundheitsschadens nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Angesichts vorstehender Ausführungen erweist sich die Einholung eines rechtsgenügenden psychiatrischen Gutachtens, allenfalls in Form einer Gutachtensergänzung, als unabdingbar. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie zur Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme der erwähnten ergänzenden Abklärungen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

5. Da die Verfügung der IV-Stelle vom 6. August 2008 somit bereits aus materiellen Gründen aufzuheben ist, kann die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Gehaltsverletzung im vorinstanzlichen Verfahren (Urk. 1 S. 8) ungeprüft bleiben.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist Rechtsanwältin Barbara Laur, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'187.65 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer; gemäss Honorarnote vom 16. Dezember 2009: Urk. 18; Urk. 19) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 6. August 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Barbara Laur, Zürich, eine Prozessschädigung von Fr. 2'187.65 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Barbara Laur
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.