

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00976 vom 29. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00976](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00976)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00976 du 29 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00976 del 29 giugno 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Ä Ä Ä Ä Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezüglerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000; ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C\_562/2008, Erw. 2.1).

1.2 Ä Ä Ä Ä Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen

begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

## E. 2

2.1 Das Sozialversicherungsgericht kam in seinem Urteil vom 27. August 2004 zum Schluss, die gesundheitliche Situation habe sich im Jahr 2002 gegenüber derjenigen des Verfalljahres 2000 nicht verändert, noch immer sei die gesamthafte Einschätzung der Ärzte der MEDAS im Gutachten vom 18. Mai 2000 gültig. Die Ärzte hielten damals fest, der Versicherte leide an einem linksbetonten Panvertebralsyndrom, das sich durch die somatischen Befunde teilweise erklären lasse und zu einem wesentlichen Teil durch psychische Faktoren mitgeprägt werde (Urk. 10/23/13). Die Arbeitsfähigkeit werde durch das chronische zerviko-zephalolumbalbetonte, panvertebrale Schmerzsyndrom und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beeinträchtigt, wohingegen die leichte depressive Episode und die Adipositas zwar Krankheitswert hätten, die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht beeinträchtigten. Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfspartner aus rheumatologischen und psychopathologischen Gründen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. In diesem Umfang wurde der Versicherte auch in einer behinderungsangepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit als arbeitsfähig erachtet, wobei sich diesfalls lediglich die psychischen Befunde einschränkend auswirkten (Urk. 10/78 S. 6). Das Gericht führte aus, die Ärzte Dres. Z., A. und D. hätten in ihren Berichten der Jahre 2001 und 2002 von einer stationär gleichgebliebenen gesundheitlichen Situation gesprochen. Noch immer klage der Beschwerdeführer über zervikale und lumbale Schmerzen, Kopfschmerzen verbunden mit Konzentrationsstörungen, Schwindel, Visus- und Gehörsbehinderungen und zeige ein depressives Bild. Die Andersbeurteilung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit stelle keinen Revisionsgrund dar. Es bestätigte damit das Vorliegen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit und damit das Fortführen einer halben Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 50 % (Urk. 10/78 S. 9).

2.2 Dr. Z. befand im Schreiben vom 20. Juli 2004, die ständigen Nacken- und Kopfschmerzen seien immer noch vorhanden, der Heilverlauf sei unverändert schlecht. Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit sei eine Erwerbstätigkeit nicht möglich (Urk. 10/84/5). Dr. Y. berichtete am 2. August 2004 von einer Verschlechterung der Situation durch ein chronisches Reizknie links bei Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Kontusionsherdes am lateralen Anteil der Patella. Die damit verbundenen Knieschmerzen führten zu einer deutlichen Einschränkung der Mobilität. Zusammen mit den nach wie vor bestehenden übrigen Beschwerden bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/84/4).

A. äusserte sich im Verlaufsbericht vom 7. Juli 2006 dahingehend, dass der Versicherte seit 2004 an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.11), an einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10: F62.1) und seit dem Unfall von 1997 an einem chronischen, generalisierten Schmerzsyndrom leide. Das depressive Zustandsbild habe sich intensiviert und chronifiziert. Der Psychiater erachtete eine Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt als

unmöglich (Urk. 10/85).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus einem durch die begutachtenden Ärzte des B.\_\_\_\_ beigezogenen Arztbericht des C.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2007 geht hervor, dass dort eine undifferenzierte Spondylarthropathie mit peripherem Befall der Handgelenke, der Fingergelenke und des Ellbogens und mit axialem Befall diagnostiziert worden war. Der Versicherte leide daran seit 2005. Die medikamentöse Behandlung gestalte sich schwierig, der Versicherte klagte immer wieder über schmerzhaft Veränderungen (Urk. 10/104/29).

2.3 Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der Begutachtung im B.\_\_\_\_ am 23. Oktober 2007 wurde der Beschwerdeführer psychiatrisch, orthopädisch und internistisch untersucht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer gab dabei als Hauptproblem dauernde Schmerzen in den Fingern beider Hände und in den Füßen an. Weiter nannte er andauernde Schmerzen im Bereich des rechten Ellbogens, ein lumbales und zervikales Schmerzsyndrom sowie intermittierende, zwei- bis dreimal wöchentlich auftretende Kopfschmerzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Orthopäde stellte fest, er habe die geschilderten Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule durch objektivierbare Befunde nur teilweise nachvollziehen können. Zervikal, thorakal und lumbal beständen degenerative Veränderungen, die bei größeren Belastungen zu Beschwerden führen könnten. Am linken Kniegelenk bestehe eine ventrale Instabilität, doch äußere der Versicherte Beschwerden in diesem Bereich nur auf Nachfrage hin. Nicht geklärt seien die Schmerzen in vielen weiteren Abschnitten des Bewegungsapparates und die Tatsache, dass es trotz der körperlich weitgehenden Schonung während mehrerer Jahre und verschiedener Therapien nicht zu einer deutlichen Schmerzreduktion gekommen sei. Es beständen deutliche Zeichen einer Ausweitung der Schmerzproblematik (Urk. 10/104/21). Der Psychiater berichtete, der Versicherte wirke resigniert und enttäuscht. Die Klagen der körperlichen Beschwerden seien diffus gewesen, er habe über Schlafschwierigkeiten, Lärmempfindlichkeit, Probleme beim Urinlassen und traurige Verstimmungen, über soziale Isolation und eine angespannte finanzielle Situation geklagt. Die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen, inhaltlich hätten zum Teil depressive Gedanken im Vordergrund gestanden (Urk. 10/104/14). Der Psychiater äußerte die Ansicht, weder könne die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung noch die einer somatoformen Schmerzstörung gestellt werden, hingegen seien eine Schmerzverarbeitungsstörung und eine leichte depressive Episode gegeben (Urk. 10/104/16).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gutachter kamen in ihrem Gesamtgutachten in diagnostischer Hinsicht zum Schluss, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom mit Betonung zervikal und lumbal, am linken Knie an einer Ruptur des vorderen Kreuzbandes und im Weiteren an einer leichten depressiven Episode (ICD-10: F32.0). Diesen Diagnosen sprachen sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit hätten hingegen unter anderem die Diagnosen einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) und eines Metabolischen Syndroms (Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Dyslipidämie). Dem Beschwerdeführer seien keine schweren bis mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar, hingegen könne er körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen von Rücken und Kopf und ohne Heben und Tragen von Lasten über

5 kg mit einer 20%igen Leistungseinbusse verrichten. Eingeschränkt sei er dabei durch die leichte depressive Episode. Die Schmerzverarbeitungsstörung habe keinen Krankheitswert, da diese mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sei. Es sei davon auszugehen, dass diese Arbeitsfähigkeit spätestens seit dem 23. Oktober 2007 im genannten Ausmass bestehe. Offensichtlich habe sich seit 2000 eine Besserung des Zervikalsyndroms und der psychischen Beeinträchtigung ergeben (Urk. 10/104/25).

### E. 3

Es ist dem Beschwerdeführer darin Recht zu geben, dass das Gutachten des B. mit dieser Darstellung und Beurteilung nicht überzeugt. Denn nach wie vor vorhanden sind offenbar gemäss dem Orthopäden Dr. med. E. die pathologischen Zustände an der Halswirbelsäule (segmentale Dysfunktion, vereinbar mit einer Instabilität HWK2/3, Diskusdegenerationen HWK3/4 und HWK5/6, neu sind zudem beginnende Spondylosen an diesen Wirbelkörpern) und der Lendenwirbelsäule (Spondylarthrosen LWK3/4, LWK4/5, LWK5/SWK1), so dass auch er ein panvertebrales (zervikales und lumbales) Schmerzsyndrom diagnostizierte. Neu hinzugekommen war seit der Begutachtung der MEDAS zudem eine Kreuzbandruptur am linken Knie, die eine ventrale Instabilität zur Folge hat. Wie bereits die Ärzte der MEDAS konnte jedoch auch Dr. E. nicht sämtliche, vom Versicherten in somatischer Hinsicht geklagten Schmerzen objektivieren. Die Ärzte der MEDAS wiesen dafür auf die erhebliche psychische Problematik hin, die sie mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) erklärten (Urk. 10/23/14). Dr. E. erwähnte dafür den Verdacht auf eine Schmerzausweitung, was insofern keine neue Tatsache darstellt.

Gänzlich unbeachtet blieb seitens der Gutachter des B. die von der Rheumaklinik des C. in den Berichten vom 16. Juli 2007 (Urk. 10/104/28) und vom 2. Mai 2008 (Urk. 3) gestellte Diagnose einer undifferenzierten Spondylarthropathie, mit welcher die dortigen Ärzte die neuerdings geklagten Schmerzen vor allem in den Händen, Füssen und im Ellbogen erklärten. Dr. E. zog diese Diagnose in Zweifel, indem er ausführte, klinisch könnten keine solchen Entzündungszeichen festgestellt werden. Er betonte, es bestehe vielmehr eine ubiquitäre Druckdolenz, die keinen bestimmten anatomischen Strukturen zugeordnet werden könne (Urk. 10/104/22). Einzig mit der Äusserung des Zweifels des Orthopäden an dieser seit 2002 neu aufgetretenen rheumatologischen Diagnose kann jedoch nicht gesagt werden, es habe sich nichts verändert, beziehungsweise, es sei gar eine Besserung eingetreten. Denn die Ärzte des Universitätsspitals behandelten die Krankheit mit Medikamenten und hatten sie unter anderem mit Röntgenbildern festgestellt (mehrsegmentale Syndesmophyten der Brust- und Lendenwirbelsäule), ohne dass sich die Ärzte des B. damit auseinandergesetzt hätten. Allerdings ist nicht geklärt, wie sich diese Diagnose tatsächlich auch auswirkte und immer noch tut. Die Ärzte der C. stellten auf alle Fälle fest, auffallend seien die "mechanic hands" des Versicherten, obwohl er versichere, keinen Tätigkeiten mehr nachzugehen (Urk. 3). Es ist somit die Frage der Relevanz der gestellten Diagnose für die Arbeitsfähigkeit nicht geklärt und bedarf der näheren, vor allem rheumatologischen Untersuchung und Beurteilung.

Erst wenn erstellt ist, welche der vom Versicherten geklagten Beschwerden weiterhin somatisch begründbar sind, kann in psychiatrischer Hinsicht eine überzeugende Diagnose gestellt werden. Denn sowohl die vom Psychiater der MEDAS gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wie auch diejenige

des psychiatrischen Facharztes des B. \_\_\_ einer Schmerzverarbeitungsstörung basieren auf der Tatsache, dass die geklagten Schmerzen (oder zumindest ein Teil davon) physiologisch nicht erklärbar sind (vgl. Internationale Klassifikationen psychischer Störungen, 5. A., ICD-10 Kapitel V, F45.4 und F.54), was - wie gezeigt wurde - im gegenwärtigen Zeitpunkt unklar ist.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur neuen Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

#### 4.1.1

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Berücksichtigung des Streitwerts nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

4.2.1 Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Bei diesem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzulegen und der Beschwerdegegnerin zu überwälzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 22. 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 über die Rentenrevision verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Marco Mona
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 dem 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.