

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00047 vom 29. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00047

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00047 du 29 septembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00047 del 29 settembre 2010

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2 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).

2.3 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. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 präferend 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; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

3. Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung insbesondere gestützt auf das Gutachten des A. ___ vom 20. Mai 2008 und die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) vom 6. Juni und 11. November 2006, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 2). Demgegenüber ist dieser der Ansicht, dass er nicht mehr arbeitsfähig sei und deshalb Anspruch auf eine ganze Rente der IV habe (Urk. 1).

E. 4

4.1 Der Versicherte war vom 14. Dezember 2005 bis 7. Januar 2006 in der Rheumklinik des Spitals M. ___ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 9. Januar 2006 wurden die Diagnosen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit/bei Status nach lumboradikulärem Schmerzsyndrom L4/L5 links 09/05, Status nach CT-gesteuerter Nervenwurzelinfiltration L4/L5 links 09/05 und lateraler intra- bis extraforaminaler Diskushernie L4/L5 links mit Nervenwurzel-Kompression L4 links (CT 05/05), einer Epicondylitis humeri radialis rechts und eines Diabetes insipidus familiaris gestellt. Im Laufe der Hospitalisation sei aufgrund des Schmerzvermeidungsverhaltens der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung entstanden, der durch eine psychologische Beurteilung bestätigt worden sei (Urk. 11/41/28).

4.2 Mit Bericht vom 15. Februar 2006 erhoben die behandelnden Ärzte der ' ___ ' Klinik N. ___, wo der Versicherte vom 15. Januar bis 11. Februar 2006 eine interdisziplinäre psychosomatische Rehabilitation absolvierte, im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie das M. ___ am 9. Januar 2006, zusätzlich stellten sie insbesondere eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.0) fest (Urk. 11/59/1). Der Versicherte habe psychisch stabilisiert werden können, eine Verbesserung der chronischen Schmerzproblematik sei nicht erreicht worden (Urk. 11/59/2). Für eine Wiedereingliederung ins Berufsleben seien weitere ambulante Therapiemassnahmen notwendig (Urk. 11/59/5).

4.3 Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und seit 9. September 2005 Hausarzt des Versicherten, erhob am 8. Juni 2006 ebenfalls die Diagnosen des M. ___ vom 9. Januar 2006 und fügte ausserdem aus, die CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration L4/L5 links habe zu einer Verstärkung der Schmerzsymptomatik geführt und es beständen eine Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, eine Haltungsinsuffizienz und eine muskuläre Dysbalance beim Patienten. Dieser sei seit 16. September 2005 zu 100 % arbeitsunfähig. Eventuell seien berufliche

Massnahmen angezeigt (Urk. 11/12/5-6).

4.4. Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bei dem der Versicherte vom 12. März 2001 bis 28. Juli 2005 in hausärztlicher Behandlung gestanden hatte, diagnostizierte am 17. Juni 2006 zuhanden der IV-Stelle ein chronisches cervico-, thoraco- und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links und ansonsten grundsätzlich dasselbe wie das M. ____ am 9. Januar 2006. Therapeutische Massnahmen hätten nichts gebracht und der Versicherte sei laut Physiotherapeut nicht motiviert gewesen. Die Prognose sei seines Erachtens schlecht, nicht weil die Befunde besonders eindrücklich seien, sondern weil der Patient Zeichen einer Symptomausweitung und eines Rentenbegehrens aufweise (Urk. 11/15/5-7).

4.5. Der Beschwerdeführer nahm vom 6. Juni bis 10. August 2006 an einem ambulanten interdisziplinären Schmerz-Programm (AISP) am M. ____ teil, wobei dem Abschlussbericht vom 24. August 2006 wiederum dieselben somatischen Diagnosen zu entnehmen sind wie dem Bericht des M. ____ vom 9. Januar 2006 sowie darüber hinaus diejenige einer rezidivierenden leichten bis mittelschweren depressiven Episode (Urk. 11/41/18). Der Versicherte habe katastrophisierende Gedanken, zeige bei der Untersuchung ein ausgeprägtes Schmerzverhalten und im Alltag ein starkes Vermeidungsverhalten. Seine Tagesstruktur sei sehr passiv. Er klage über Konzentrationsprobleme, berichte von Zukunftsängsten und diversen somatischen Symptomen wie Schwindel, Kopfwahl, Ohrenrauschen, negativen Gedankenkreisen und massiven Schlafstörungen (Urk. 11/41/18-19). Im Verlauf habe sich eine verstärkte depressive Symptomatik gezeigt. Vieles, was der Patient sich vorgenommen habe, sei aufgrund von starken Schmerzen, Motivationsmangel und Erschöpfung nicht gelungen. Die latenten Suizidgedanken hätten sich im Alltag gefestigt. Die Kluft zwischen der Absicht, den Alltag zu bewältigen, und dem Erreichten sei immer grösser geworden (Urk. 11/41/20).

4.6. Der Versicherte befand sich vom 3. Januar bis 27. Februar 2007 in tagesklinischer Rehabilitationsbehandlung im B. ____, wobei die verantwortlichen Ärzte - alle psychologischer oder psychiatrischer Fachrichtung -, mit Bericht vom 28. März 2007 die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer mittelgradigen depressiven Episode stellten (Urk. 11/58/1). Bezüglich des objektiven Therapieverlaufs wurde angemerkt, eine schwere psychometrisch bestatigte Depression und deutliches Misstrauen hätten grössere Veränderungen verhindert. Es sei eine bessere Akzeptanz der Schmerzen, eine bessere Reflektionsfähigkeit und eine Verbesserung der Bewältigungsstrategien erreicht worden. Der Versicherte sei sich der Zusammenhänge zwischen den körperlichen Schmerzen und seinem Verhalten beziehungsweise seiner Lebensgeschichte bewusst geworden. Er habe wenig Leistungsorientierung gezeigt, seine Aufmerksamkeit und Konzentration seien unterdurchschnittlich und das Kurzzeitgedächtnis sei eingeschränkt. Die Depression habe leicht reduziert werden können, die Schmerzen seien unverändert. Der Versicherte sei beim Austritt aus der Klinik zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/58/4).

4.7. Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, erhob am 21. Juni 2007 dieselben Diagnosen wie die ' ____ ' Klinik N. ____ am 15. Februar 2006 und führte aus, der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit seit 13. September 2005 dauernd zu 100 % arbeitsunfähig. In behinderungsangepasster Tätigkeit sei er aus somatischer Sicht für

leichte, wechselbelastende Arbeit mit wahlweise Sitzen oder Stehen und insbesondere ohne Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 10 kg kurzfristig und 2 kg längerfristig, ohne Überkopfarbeit und ohne Arbeit in vornübergebeugter Haltung zu 50 % arbeitsfähig. Inwieweit er aus psychiatrischer Sicht arbeitsfähig sei, müsse durch einen Psychiater bestimmt werden. Das zentrale Problem seien die psychischen Beschwerden (Urk. 11/32/1-2).

4.8 Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch das A. wurde der Beschwerdeführer am 30. April 2008 internistisch, psychiatrisch und rheumatologisch untersucht (Urk. 11/42/2). Die Sachverständigen (Dr. med. I., Facharzt FMH für Innere Medizin; Dr. med. J., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr. med. K., Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie) erhoben als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5) mit/bei radiomorphologisch intraforaminaler kleiner Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links (MRI Lendenwirbelsäule [LWS] vom 24.03.2007; Urk. 11/57), Status nach erfolgloser CT-gesteuerter Nervenwurzelinfiltration L4/5 am 15.09.2005, Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung (Schulter- und Halswirbelsäulenfehlstellung leichtbetonte thorakale Kyphosierung) und allgemeiner muskulärer Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskulatur. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die leichte depressive Episode (ICD-10 F43.0), die Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), das chronische zervikozephal Schmerzsyndrom (mit/bei leichter reaktiven Myogelose der Suboccipital- und Trapeziusmuskulatur und radiomorphologisch unauffälligem MRT der Halswirbelsäule mit inkompletter Blockierwirbelbildung zwischen C2/3 als Normvariante), die Adipositas, der fortgesetzte Nikotinkonsum, die Diabetes insipidus, die Obstipation und die subklinische Hypothyreose (Urk. 11/42/21).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter in der Gesamtbeurteilung aus, aus somatischer Sicht könnten die angegebenen anhaltenden und vielfach therapieresistenten Beschwerden am Bewegungsapparat keinem adäquaten somatischen Korrelat zugeordnet werden. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe die zuletzt ausgeübte Tätigkeit gemäß Arbeitsplatzbeschreibung der Z. AG vom 12. Juni 2006 (Urk. 11/16) eine ganzständig verwertbare 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei die 20%ige Leistungseinbuße durch die muskuläre Dekonditionierung bedingt sei. Aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente und der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die begutachtenden Fachärzte davon aus, dass zu keinem Zeitpunkt längerfristig eine höhere als die aktuell attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe (Urk. 11/42/21-22). Der Versicherte sei für sämtliche körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten mit der Möglichkeit des selbständigen Wechsels der Position, ohne repetitives Heben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten über 10 - 15 kg und ohne lang andauernde Arbeiten in Oberkörperverneigung ebenfalls zu 80 % arbeits- und leistungsfähig (Urk. 11/42/22).

4.9 Dr. H. hielt am 18. Juli 2008 zuhause des Hausarztes Dr. F. fest, die degenerativen Veränderungen der LWS mit intraforaminaler Diskushernie L4/L5 links mit deutlichem Kontakt der Bandscheibe zur L4-Nervenwurzel intraforaminal links, die

sich im bildgebenden Verfahren gezeigt habe, könne die Symptomatik des Beschwerdeführers gut erklären. Neben der bekannten psychischen Beschwerden mit mittelschwerer Depression ergäben sich deutliche somatische Befunde, die durch die MRI- und die neurologische Untersuchung eindeutig objektiviert werden können. Es seien intensive therapeutische Massnahmen in somatischer Hinsicht angezeigt (Urk. 11/54/2).

4.10. Hausarzt Dr. F. hielt am 18. August 2008 bezüglich des A.-Gutachtens zuhanden von Rechtsanwalt Jörg Baur fest, dieses sei für ihn nicht ganz nachvollziehbar. Dem Patienten würden keinerlei objektivierbare Krankheiten attestiert. Der Befund des chronischen spondylogenen Schmerzsyndroms linksbetont dürfe keinesfalls als Bagatelle angesehen werden. Im ganzen Gutachten werde nicht erwähnt, dass im Anschluss an die Nervenwurzelinfiltration vom 15. September 2005 ein Hypoalgesiesyndrom entstanden sei. Dieses habe zu einer wesentlichen Beeinträchtigung des Patienten in Form von starken Kopfschmerzen und Schwindelerscheinungen geführt. Andererseits leide der Versicherte zweifellos unter einer Schmerzresistenz, die wahrscheinlich auf seine subjektive Krankheitsüberzeugung zurückzuführen sei, was für sich genommen keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge. Da jedoch trotz intensiven Bemühungen von mehreren Spezialisten die Krankheitsansicht nicht verändert werden können, sei diese als psychisches Defizit zu verstehen (Urk. 11/56).

4.11. Dr. med. L., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete Dr. F. mit Verlaufsbericht vom 26. August 2008, der Versicherte habe ihn im Juni 2006 erstmals aufgesucht. Seit Jahren komme der Patient aus seiner depressiven Befindlichkeit nicht heraus. Wie beinahe immer bei Weichteilschmerzen würden Bildgebung und klinisches Bild, insbesondere das schmerzbedingte Leiden, auseinanderklaffen. Die komorbide Depression steigere bekanntlich das Schmerzerleben. Es bestehe eindeutig eine Therapieresistenz. Es flackere immer wieder eine Suizidalität auf. Der Patient sei zur Zeit nicht erwerbsfähig, allein aus psychiatrischer Sicht dürfe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 60 % angenommen werden (Urk. 11/55/2-3).

4.12. Der Stellungnahme zum psychiatrischen Teil des A.-Gutachtens durch das Medizinische Zentrum B. zuhanden des Rechtsvertreters vom 15. Januar 2009 ist zu entnehmen, dass die Diagnosen vom A. praktisch ausschliesslich aus dem psychopathologischen Befund erschlossen würden. Darüber, dass der Versicherte nur von 1:30 bis 5 Uhr schlafe, tagsüber die meiste Zeit liege, selten aus dem Haus gehe, keine Kollegen habe, kaum fernsehen und lesen könne, sich von Besuchern gestört fühle, deutliche Aggressionen mit tätlichem Schreien zeige, im Haushalt keine Verrichtungen vornehmen könne, deutliche Suizidideen habe, im September 2008 Medikamente für einen Suizidversuch vorbereitet habe und die Entwicklung der Chronifizierung seit 2005 rasch voranschreite, werde nicht berichtet. Das A.-Gutachten sei bei genauem Hinsehen unvollständig und nicht nachvollziehbar, wie dies die langjährigen behandelnden Ärzte denn ebenfalls monierten. Der Versicherte sei wegen der psychiatrischen Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode, die im übrigen psychometrisch durch Testverfahren bestätigt worden sei, arbeitsunfähig und nicht primär und schon gar nicht ausschliesslich wegen einer Aggravation. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom könne zu chronischen Beschwerden führen, wie sie vom Versicherten beklagt würden. Die mentalen und psychischen Ressourcen seien aufgrund der psychiatrischen Fehlentwicklung praktisch erlahmt. Der Versicherte

partizipiere nicht mehr am Leben. Der Schweregrad und die Chronifizierung seien ohne Zweifel ausgeprägt. Nicht nur, dass die subjektive Arbeitsfähigkeit seit 2005 inexistent sei, sondern auch dass jegliche gesunde Selbstbestimmung und Autonomie zugunsten einer pathologischen Abhängigkeit aufgegeben worden sei. Daher sei die Überwindung der Beeinträchtigung betreffend einer Arbeitsfähigkeit willentlich nicht mehr möglich und die Prognose schlecht. Subjektiv sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig, dem schliesse sich der Hausarzt Dr. F. ___ an, der Psychiater Dr. L. ___ gehe von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischen Gründen aus. Bezüglich der objektiven Arbeitsfähigkeit sei der Patient aufgrund der Schmerzen und der Depression im Rahmen der Chronifizierung der Störung zu 100% arbeitsunfähig, die Prognose einer Reintegration sei möglicherweise nach der bevorstehenden Operation der Diskushernien verbesserbar, im Moment aber schlecht (Urk. 7).

4.13 Dem Austrittsbericht der C. ___ vom 15. Juni 2009 - wo der Versicherte vom 5. Februar bis 11. Mai 2009 stationär behandelt worden ist - ist zu entnehmen, dass ein langjähriges chronifiziertes Schmerzsyndrom auf dem Hintergrund eines chronisch lumbalen Schmerzsyndroms bei vorhandenen diagnostisch gesicherten organischen Korrelaten und einer zusätzlichen somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung vorliege. Die schwere depressive Entwicklung sei als sekundäre Entwicklung auf die seit Jahren bestehenden massiven Schmerzen zurückzuführen. Der Verdacht einer Aggravation, welcher in Vorberichten erwähnt worden sei, habe während der gesamten Behandlungszeit in keinsten Weise bestätigt werden können. Eine Diskrepanz zwischen subjektiv Erlebtem und dem beobachteten Verhalten liege nicht vor. Der Patient sei durch seine Erkrankung im Alltag schwer eingeschränkt (Urk. 16/1).

4.14 Dem Bericht vom 16. November 2009 bezüglich der achtwöchigen tagesklinischen Behandlung (26. August bis 20. Oktober 2009) des Versicherten im B. ___ sind die psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zu entnehmen. Bezüglich des objektiven Therapieverlaufs wurde ausgeführt, die Schmerzen hätten durch Aktivitäten zugenommen und es beständen deutliche Schwankungen im Schmerzempfinden, was Schwankungen der Depressionsstärke mit sich bringe. Diese habe sich von 2007 bis 2009 verstärkt und sei beim Austritt schwer (TSD plus 9 Punkte). Die Paranoid-Depressivitätsskala und die Kontaktangst seien ebenfalls erhöht. Die Aufmerksamkeitsleistung sei gering, die kognitiven Fähigkeiten kaum verfügbar. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten (Urk. 19).

E. 5

5.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht in überwiegender Übereinstimmung hervor, dass beim Versicherten ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont mit/bei radiomorphologisch intraforaminaler kleiner Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L4 links, Status nach erfolgloser CT-gesteuerter Nervenwurzelinfiltration L4/5, Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung und allgemeine muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominalen und rückenstabilisierenden Muskulatur, eine depressive Episode, ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, eine Schmerzverarbeitungsstörung, ein Diabetes insipidus, eine Obstipation und eine subklinische Hypothyreose vorliegen (Urk. 1; Urk. 2;

Urk. 11/45/2). Diese Diagnosen sind denn auch zwischen den Parteien grundsätzlich nicht umstritten. Umstritten ist hingegen insbesondere die Frage der Auswirkungen dieser Befunde auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten. Während die IV-Stelle gestützt auf das A. ___-Gutachten und die Stellungnahmen des RAD der Ansicht ist, dieser leide an keinem invalidisierenden Gesundheitsschaden, erachtet sich dieser als nicht mehr arbeitsfähig. In diesem Zusammenhang ist vorerst zu prüfen, ob die vorliegenden medizinischen Akten eine diesbezügliche Beurteilung gestatten.

5.2 Die Stellungnahme zum psychiatrischen Teil des A. ___-Gutachtens vom 15. Januar 2009 (Urk. 7), der Austrittsbericht der C. ___ vom 15. Juni 2009 (Urk. 16) und der Bericht des B. ___ vom 16. November 2009 (Urk. 19) sind erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht worden. Sie waren also der Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung nicht bekannt. Da sich die Feststellungen in den genannten Schreiben auch auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass der Verfügung vom 16. Dezember 2008 beziehen, sind sie indessen grundsätzlich zu beachten. Die IV-Stelle hatte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen (vgl. Urk. 8; Urk. 17; Urk. 20; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. November 2001, I 135/01, Erw. 3a).

5.3 Nach Würdigung der zitierten Arztberichte kann nicht auf das Gutachten des A. ___ vom 20. Mai 2008 abgestellt werden, da es bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, der Würdigung der Vorakten und der medizinischen Schlussfolgerungen die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage nicht erfüllt (vgl. oben Erw. 2.4). So wird bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit pauschal und nicht weiter begründet angeführt, die vom Versicherten angegebenen anhaltenden Beschwerden am Bewegungsapparat könnten keinem adäquaten somatischen Korrelat zugeordnet werden, während dem der Spezialarzt für Wirbelsäulenleiden, Dr. H. ___, explizit feststellt, dass die bildgebend degenerativen Veränderungen der LWS die Symptomatik des Beschwerdeführers gut erklären könnten und objektivierbar seien. Die mit 20% bezifferte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten begründen die A. ___-Gutachter alleine mit einer muskulären Dekonditionierung, was insbesondere angesichts der Feststellungen des Spezialisten Dr. H. ___ nicht nachvollzogen werden kann. Wieso zu keinem Zeitpunkt längerfristig eine höhere als eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, wird nicht nachvollziehbar begründet und es fehlt diesbezüglich eine detaillierte Auseinandersetzung mit den zahlreichen anderslautenden, oben in Erw. 4.1 - 4.7 auszugsweise zitierten Arztberichten, von denen einige nach längeren stationären Aufenthalten und somit Beobachtungen des Beschwerdeführers angefertigt worden sind.

Insbesondere fehlt es an einer vertieften Auseinandersetzung mit der vom B. ___ am 28. März 2007 erhobenen und am 16. November 2009 wiederholten Diagnose der somatoformen Schmerzstörung, wobei diese im Gegensatz zur durch das A. ___ erhobenen Diagnose der Schmerzverarbeitungsstörung - bei der es sich lediglich um eine Verhaltensauffälligkeit handelt - ein psychisches Leiden mit Krankheitswert darstellen kann (vgl. dazu BGE 130 V 398 ff. und Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2009, 8C_567/2009, Erw. 5). Bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung 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. J. ___ begründet die Verneinung dieser Diagnose nicht weiter, sondern führt lediglich als Tatsache an, dass der Versicherte nicht unter lang anhaltenden psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren gelitten habe (vgl. Urk. 11/42/14). Diese sind zwar wie soeben erwähnt unabdingbar für die Diagnoseerhebung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, die unbegründete Verneinung solcher Faktoren kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Unbegründet bleibt denn auch, wieso eine stärkere als die vom psychiatrischen Teilgutachter erhobene „leichte“ depressive Episode für den gesamten zu beurteilenden Zeitraum (16. September 2005 bis 16. Dezember 2008) ausgeschlossen sein soll, wo doch in diversen echtzeitlichen Arztberichten eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wird, die gemäß Hinweis des B. ___ psychometrisch durch Testverfahren bestätigt worden sei. Auch steht eine solche Annahme unerklärt der Feststellung des B. ___ - wo der Beschwerdeführer zwei Mal je acht Wochen behandelt worden war - gegenüber, dass sich die Depression von 2007 bis 2009 verschlimmert habe.

Bei dieser Ausgangslage kann die invalidisierende Wirkung einer allfälligen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - selbst bei Anwendung der in BGE 130 V 352 entwickelten Regeln - nicht von vornherein ausgeschlossen werden.

Die Stellungnahmen des RAD vermögen daran nichts zu ändern. Diese halten lediglich fest, dass auf das A. ___-Gutachten abgestellt werden können, und basieren nicht auf eigenen Untersuchungen. Soweit in der RAD-Stellungnahme vom 11. November 2008 auf durch die Gutachter des A. ___ festgestellte erhebliche Inkonsistenzen verwiesen wird (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 16. Dezember 2008; Urk. 11/64/2), kann daraus nichts gewonnen werden. Zeichen für Aggravation wurden einerseits vor allem in den chronologisch ältesten Arztberichten erwähnt und sind in den aktuelleren Berichten kein Thema mehr, wobei sie mit Bericht der C. ___ vom 15. Juni 2009, der auf einem über drei Monate dauernden Aufenthalt des Versicherten basiert, explizit und überzeugend verneint werden.

5.4.2.2 Bezüglich der übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen ist vorweg festzuhalten, dass was Berichte von Hausärzten und behandelnden Ärzten betrifft - auch ohne konkrete Anhaltspunkte - der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b/cc). Ferner ist das alleinige Abstellen auf Berichte von behandelnden Ärztinnen und Ärzten nur zulässig, wenn diese ein stimmiges und vollständiges Bild des Gesundheitszustandes abgeben (Urteil des Bundesgerichtes vom 5. September 2007, I 828/06, Erw. 4.3, mit Hinweisen). Neben dem Gutachten des A. ___ vom 20. Mai 2008 beruhen lediglich die - zum Zeitpunkt des Verfügungerlasses zwei Jahre zurückliegenden - Berichte der '___' Klinik N. ___ vom 15. Februar 2006 und jener des M. ___ bezüglich des AISP vom 24. August 2006 auf polydisziplinären Untersuchungen und Beobachtungen. Die Gesundheit des Beschwerdeführers ist jedoch unbestrittenmassen sowohl in psychischer als auch in physischer Hinsicht beeinträchtigt und Zusammenhänge respektive Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Fachrichtungen sind augenscheinlich. So führt der Wirbelsäulenspezialist Dr. H. ___

ausdrücklich an, der Beschwerdeführer sei in behinderungsangepassten Tätigkeit aus somatischen Gründen zu 50 % eingeschränkt, zur psychiatrischen Einschränkung müsse sich ein Facharzt der Psychiatrie äussern. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit fehlt es denn ohnehin an einem aus den aktenkundigen medizinischen Berichten ableitbaren klaren Bild. Auf der einen Seite äussern sich einige Berichte nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers - die somit diesbezüglich bereits deswegen nicht berücksichtigt werden können - (Rheumaklinik des M. ____, Dr. G. ____, M. ____ im Abschlussbericht des AISP, C. ____), dann gibt es Ärzte, die dem Versicherten keine Tätigkeit mehr zumuten (Dr. F. ____, B. ____) und andere, die - jedoch aus der Sicht lediglich einer Fachrichtung - eine Teilarbeitsunfähigkeit attestieren (Dr. H. ____, Dr. L. ____), wobei nicht herauskristallisiert werden kann, welcher Beurteilung der Vorzug zu geben wäre.

5.5 Nach dem Gesagten drängt sich eine ergänzende Abklärung auf, da die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann. Ein umfassendes, polydisziplinäres und beweiskräftiges Gutachten erweist sich als unabdingbar. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die Angelegenheit zur Vornahme der erforderlichen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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 der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 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 verfähre.

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 Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 21

- 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.