

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00078 vom 28. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00078](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00078)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00078 du 28 septembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00078 del 28 settembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1. 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).

1.2. 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). 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).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 Erw. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts vom 23. März 2009, 8C\_730/2008, Erw. 2).

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

1.4 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.).

2. Im angefochtenen Einspracheentscheid hielt die IV-Stelle insbesondere gestützt auf das Gutachten der F. \_\_\_ vom 2. November 2007 dafür, dass dem Versicherten eine behinderungsangepasste Tätigkeit wie die eines Betriebs- oder Maschinenangestellten oder Verpackers zu einem Pensum von 75 % zumutbar sei. Ohne gesundheitliche Beeinträchtigung würde er als Kältemonteur und Hauswart Fr. 72'018.-- verdienen. Der Lohn für Hilfsarbeiten belaufe sich im Jahr 2007 auf Fr. 59'907.--. Da nur noch leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar seien, verringere sich das Invalideneinkommen um 10 % und betrage Fr. 40'437.--. Ab 1. Januar 2005 habe der Versicherte Anspruch auf eine Viertelsrente (Urk. 2). Mit Beschwerdeantwort hielt die Verwaltung ergänzend fest, dass Dr. E. \_\_\_ in seinem Anschlussbericht vom 25. Mai 2008 zum psychiatrischen Teilbericht im F. \_\_\_-Gutachten bezüglich der somatoformen Schmerzstörung lediglich eine Verdachtsdiagnose gestellt habe (Urk. 8).

Demgegenüber ist der Beschwerdeführer der Ansicht, dass die von der F. \_\_\_ und von Dr. E. \_\_\_ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung entgegen der Ansicht der F. \_\_\_ und der IV-Stelle invalidisierend sei, da die so genannten Foerster-Kriterien in erheblichem Masse erfüllt seien. Die rein psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit betrage gemäss Dr. E. \_\_\_ 30 bis 40 %. Unter Berücksichtigung aller Beschwerden sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen. Bei einem leidensbedingten Abzug von 25 % ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 63 % und somit Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 1).

### E. 3

3.1 Vom 14. November 2003 bis 20. Januar 2004 absolvierte der Beschwerdeführer in der Rheumaklinik und im Institut für Physikalische Medizin, Spital '\_\_\_' (G. \_\_\_), eine ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation (Urk. 9/50/24). Dabei wurde mit Bericht vom 27. Januar 2004 angemerkt, dass bezüglich einer Arbeitstätigkeit **■relevante■** Problem sei eine Tendenz zur Schmerzlimitierung und -ausweitung. Die Belastbarkeit liege im Bereich einer mittelschweren bis schweren Arbeit. Trotz deutlichen Steigerungen der Leistungsfähigkeit während des Trainingsprogramms schätze der Beschwerdeführer seine Leistungsfähigkeit unverändert als minimal ein (Urk. 9/50/25-26).

3.2 Am 14. April 2005 untersuchte der Vertrauensarzt der A. \_\_\_, Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH Praktischer Arzt, den Versicherten und führte gleichentags aus, auch bei der aktuellen Untersuchung seien die subjektiv angegebenen Beschwerden organisch nicht

zuordenbar. In den Vorakten werde eine Diskushernie L5/S1 beschrieben. Es bestehe ein Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte mit Störung der Sensibilität ohne Zuordnungsmöglichkeiten und ein leichtes bis mäßiges lumbovertebrales Syndrom bei bekannter Diskushernie L5/S1. Zur Zeit fehle eine periphere Neuropathologie. Es bestehe eine psychosoziale Stresssituation mit langandauernder Arbeitsunfähigkeit, Verlust der Arbeitsstelle, Schulden und beruflicher Perspektivenlosigkeit (Urk. 9/10/10). In der aktuellen Situation sei eine Arbeitsunfähigkeit respektive Erwerbsfähigkeit oder eine Vermittelbarkeit nicht realistisch (Urk. 9/10/11).

3.3. Dem Bericht der Schmerzprechstunde der Neurologischen Klinik und Poliklinik, G.\_\_\_\_, vom 8. Juli 2005 ist die Diagnose eines linksseitigen Halbseiten-Schmerzsyndroms zu entnehmen, wobei klinisch und gemäß MRI des Schädels und der Halswirbelsäule (HWS) keine Hinweise auf eine neurologische Erkrankung bestanden. Differentialdiagnostisch wurden die Schmerzen als funktionell-somatoform beurteilt. Aus neurologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/50/31).

3.4. Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte am 4. August 2005 zuhanden der IV-Stelle ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, einen Bandscheibenvorfall L5/S1 und eine somatoforme Schmerzstörung und gab an, dass der Versicherte seit 8. November 2004 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 9/10/1).

3.5. Am 18. September 2006 fand eine Untersuchung des Versicherten durch Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, statt. Gleichentags erhob dieser die Diagnosen einer schweren reaktiven Depression, einer depressiven Anpassungsstörung und eines Hemisyndroms links, vermutlich Somatisierung. Das unklare Hemisyndrom sei bei Ablenkung seitengleich (Urk. 9/50/34). Im Vordergrund stehe eine sehr schwere vermutlich reaktive Depression. Er finde keine organische Abnormität. Der Patient perseveriere an seinen geringfügigen degenerativen HWS-Veränderungen, die kaum für das erhebliche Schmerz- und reaktive Zustandsbild verantwortlich seien (Urk. 9/50/35).

3.6. Am 16. Oktober 2006 diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ - seit April 2006 behandelnder Psychiater des Versicherten - zuhanden der IV-Stelle eine Somatisierungsstörung im Sinne einer anhaltenden und generalisierten somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei/mit Status nach Bandscheibenvorfall L5/S1 12/2000 mit chronischem lumbospondylogem sowie thorakolumbalem Syndrom links und einer Dysthymie (ICD-10 F34.1; Differentialdiagnose: Sonstige andauernde Persönlichkeitsveränderung in Folge chronifiziertem Schmerzsyndrom sowie psychosozialer Schwierigkeiten). Es sei eine enge Kopplung von Schmerzen und Depressivität eingetreten. Aufgrund des chronischen Schmerzproblems und einer wegen Therapierefraktanz und Verlauf schlechten Prognose seien depressive Symptome trotz psychotherapeutischen Interventionen bestehen geblieben. Insbesondere die aus der Krankheit resultierenden psychosozialen und finanziellen Probleme würden die Situation verschärfen (Urk. 9/48/2). Aus gegenwärtiger Sicht scheine die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit wenig wahrscheinlich (Urk. 9/48/3).

3.7. Dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen rheumatologischen Gutachten des Ärztehauses D.\_\_\_\_ (Dr. C.\_\_\_\_) vom 26. Oktober 2006 sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

- Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei/mit:

- Medianer rechtsbetonter L4/5-Protrusion, medianer linksbetonter L5/ S1-Protrusion, leichtgradiger Intervertebralgelenksarthrose (MRI 6/06)
- Zustand nach sequestrierter Discushernie L5/S1 links 12/00 mit sensiblem Ausfall-Syndrom S1 links
- Chronisches cerviko-sponylogenes Syndrom links bei/mit:
- Leichtgradigen dorsalen C4/5 und C5/6 Protrusion (MRI 6/06)
- Somatoforme Schmerzstörung mit/bei:
- Depressiver Komponente, Dysthymie
- Linksseitigem funktionellem Hemidysasthese-Syndrom

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Untersuchung fielen leicht ausgeprägte Zeichen von Symptomausweitung, appellativem Schmerzverhalten und Selbstlimitierung auf (Urk. 9/50/5). Der Versicherte sei für schwere körperliche Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Für leichte bis mittelschwere, beschwerdeangepasste Tätigkeiten betrage die Arbeitsfähigkeit 75 %. Eine solche Tätigkeit sollte wechselbelastend sein mit der Möglichkeit, die Körperposition zu verändern und gehäuft Ruhepausen einzulegen. Es sollten keine Lasten über 10 bis 15 kg, insbesondere nicht repetitiv, gehoben werden müssen; auch anhaltend vorüber gebeugte Körperpositionen und überkopftätigkeiten seien unangünstig (Urk. 9/50/6).

3.8 Ä Ä Ä Im Rahmen der Begutachtung der F. \_\_\_ wurde der Versicherte zwischen dem 28. und 31. August 2007 internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht (Urk. 9/59). Die Fachärzte (Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin; Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie; Dr. med. L. \_\_\_; Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) erhoben die Diagnosen - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms links bei/mit Status nach sequestrierter Diskushernie L5/S1 12/2000 mit sensiblem Ausfallsyndrom S1 links, möglichem Reiz- und sensiblem Ausfallsyndrom S1 links, differenzialdiagnostisch: pseudoradikulär, leichtgradiger Diskusprotrusion C4/5 und C5/6, kleiner medianen Diskusprotrusion linksbetont L5/S1 mit möglicher Nervenwurzelirritation S1 links (MRT LWS 06/2006) und eines chronischen zervikospindylogenen bis zervikozephalen Schmerzsyndroms links bei/mit leichtgradiger Diskusprotrusion C4/5 und C5/6 (MRT HWS 06/2006). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1), die Dysthymie (ICD-10 F34.1) und die Hemihypästhesie und Schmerzstörung der linken Körperhälfte, am ehesten im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.1) bei/mit MRT Schädels 07/2005: Normalbefund (Urk. 9/59/17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der rheumatologischen Untersuchung hätten multiple Inkonsistenzen mit wechselnder Angabe von Beschwerden, wiederum einer Hemihypästhesie der linken Körperhälfte, die nicht durch organische Pathologie erklärbar scheine, zudem einem ausgeprägten Schmerzvermeidungsverhalten sowie etlichen nichtorganischen Zeichen die ausserhalb des rheumatologischen Fachgebiets liegenden Faktoren, wie eine ausgeprägte Symptomausweitung und Selbstlimitierungstendenzen, als primär die Arbeitsunfähigkeit treibenden Prozess in den Vordergrund treten lassen (Urk. 9/59/13).

Dem psychiatrischen Fachgutachten ist zu entnehmen, dass die Vorgeschichte des Versicherten (Migration in vulnerablem Alter, unsichere soziale Stellung mit ungenügender Schul- beziehungsweise keiner Berufsausbildung) als prädisponierender Faktor angesehen werden sollte. Um das Jahr 2004 sei es beim Exploranden, offensichtlich auf dem Boden der länger andauernden Schmerzempfindungen, erstmals zum Auftreten einer leichtgradigen Stimmungsverschlechterung gekommen. Auch soziale Rückzugstendenzen, leichte Antriebsschwierigkeiten und eine leichtgradige Herabsetzung der Vitalfunktionen seien aufgetreten. In den letzten drei Jahren sei es zu keiner signifikanten Verschlechterung der affektiven Situation gekommen. Diese könne diagnostisch nicht im Rahmen einer eigenständigen depressiven Episode erfasst werden, entspreche jedoch den Kriterien der Dysthymia. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer weder durch die affektive Erkrankung noch durch die somatoforme Störung in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 9/59/16).

Aus neurologischer Sicht sei der Versicherte für körperlich leichte Tätigkeiten zu 90 % arbeitsfähig. Die Einschränkung resultiere aus einem erhöhten Pausenbedarf aufgrund des leichtgradigen zervikozephalen und lumbalen Schmerzsyndroms (Urk. 9/59/15).

Der Gesamtbeurteilung ist bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu entnehmen, dass er alle körperlich leichten bis maximal mittelschwer belastenden Tätigkeiten zu 75 % ausüben kann. Eine angepasste Verweiltätigkeit sollte wechselbelastend, mit der Möglichkeit zu Positionswechseln und der Gelegenheit zu vermehrten Ruhepausen sein. Repetitives Heben von Lasten von über 10 bis 15 kg oder Arbeiten in anhaltend vornüber gebeugten Körperpositionen oder überkopftätigkeiten seien unangünstig. Die Arbeitsfähigkeit sei in vergleichbarer Weise bereits von Dr. C. \_\_\_ bescheinigt worden und bestehe somit sicher seit Oktober 2006. Rückblickend könne wahrscheinlich schon ab Januar 2004 von dieser Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 9/59/20-21). Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kontrastiere die Selbsteinschätzung des Exploranden, der sich momentan die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit nicht vorstellen könne. Auch Dr. E. \_\_\_ erachte dies als wenig wahrscheinlich. Es sei jedoch nicht Aufgabe des Gutachtens, sich zur Umsetzung der Arbeitsfähigkeit im Alltag zu äußern, sodass die Einschätzung nicht im Widerspruch zu jener von Dr. E. \_\_\_ stehe (Urk. 9/59/20).

Mit Schreiben vom 2. April 2008 hielt Dr. B. \_\_\_ zuhanden der IV-Stelle fest, er stimme am ehesten mit Dr. E. \_\_\_ oder Dr. H. \_\_\_ überein. Es dürfte äußerst schwierig sein, eine Arbeit zu finden, die alle durch die Gutachter der F. \_\_\_ beschriebenen Faktoren berücksichtige. Die Gesundheit des Beschwerdeführers sei nicht jeden Tag gleich. Es käme nur eine Arbeit in Betracht, bei der dieser täglich selber entscheiden könnte, ob und wie viel er arbeite (Urk. 9/68).

Am 14. März 2008 nahm Dr. E. \_\_\_ auf Wunsch des Beschwerdeführers zum psychiatrischen Teil des F. \_\_\_-Gutachtens Stellung und hielt fest, dieses beziehe sich auf seinen Bericht vom 16. Oktober 2006, wobei leider keine Auskunft über den Verlauf eingeholt worden sei (Urk. 9/67/1). Er erhob dieselben Diagnosen wie am 16. Oktober 2006 und führte aus, zwischenzeitlich hätten sich hinsichtlich der psychischen Situation und der Schmerzen keine relevanten Verbesserungen ergeben (Urk. 9/67/2). Inwieweit hinsichtlich der Diagnosen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, sei nicht so eindeutig zu beantworten wie dies vom F. \_\_\_-Gutachter getan werde, der keine

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sehe. Für sich allein genommen sei zwar eine solche Annahme vertretbar, indes sei aufgrund des Zusammenwirkens verschiedener Diagnosen, die den Patienten in eine nahezu ausschliessliche Fixierung auf die Schmerzen führten, eine Blockade zu diskutieren, die sich auch in der Therapierefraktivität und dem reizbaren Verhalten zeige. Aus psychiatrischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit weiterhin fraglich (Urk. 9/67/3).

Am 29. Mai 2008 erhob Dr. E. \_\_\_ zuhanden der IV-Stelle sodann neu die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) und wiederum jene des Verdachts auf eine Somatisierungsstörung im Sinne einer anhaltenden und generalisierten somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) trotz körperlicher Problematik im Sinne einer Überlagerung (Urk. 9/71/4). Es bestehe seit 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit kurzen Arbeitsversuchen. Im Rahmen der chronischen Schmerzen und der sozialen Problematik habe der Patient ab 2004 affektive Symptome entwickelt. Ende April 2006 sei er ihm im Rahmen der chronifizierten Problematik zugewiesen worden. Bereits vorgängig habe der Versicherte diverse Antidepressiva erhalten, die er wegen Wirkungslosigkeit und Nebenwirkungen sistiert habe (Urk. 9/71/5). Auffällig sei, dass der Patient in letzter Zeit zunehmend fixierter auf seine Krankheitsproblematik reagiere, diesbezüglich affektiv labiler, frustrationstoleranter und phasenweise reizbar/gespannt reagiere. Hinsichtlich der Schmerzen bestehe neben der tatsächlich nachgewiesenen Bandscheibenproblematik eine ausgesprochene Fixierung, unter Umständen im Sinne von hypochondrisch überlagerten Beeinträchtigungsideen, die einen eigenen Krankheitswert besitzen (Urk. 9/71/6). Im Vordergrund stehe eine Überlagerung von somatischen und psychischen, beispielsweise reaktiv depressiven Symptomen. Aufgrund der chronifizierten Prozesse dürfte der Patient nur bedingt rehabilitierbar sein. Aus psychiatrischer Sicht - ohne Berücksichtigung der somatischen Problematik - sei von einer 30-40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 9/71/7).

#### E. 4

4.1 Es ist zwischen den Parteien unbestritten und aufgrund der Akten erstellt, dass der Beschwerdeführer seine angestammte, schwere Tätigkeit als Kältetechniker nicht mehr ausüben kann (Urk. 1; Urk. 2). Uneinigkeit herrscht bezüglich der (invalidenversicherungsrechtlich relevanten) Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit des Versicherten, wobei die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten der F. \_\_\_ vom 2. November 2007 von einer 25%igen Leistungseinbusse ausgeht, der Beschwerdeführer hingegen, insbesondere gestützt auf den aktuellsten Bericht seines behandelnden Psychiaters Dr. E. \_\_\_ vom 29. Mai 2008, der Meinung ist, dass ihm lediglich noch leichte Arbeiten im Bereich eines 60%igen Pensums zumutbar seien, wobei die wesentliche Frage darin besteht, ob die somatoforme Schmerzstörung invalidisierend ist.

4.2 Dem Gutachten der F. \_\_\_ vom 2. November 2007 kommt voller Beweiswert zu, denn es ist schlüssig und umfassend. Der Beschwerdeführer wurde allseits gründlich untersucht und zwar internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch. Die Vorakten und die persönlichen Aussagen des Beschwerdeführers wurden ebenfalls umfassend berücksichtigt sowie gewürdigt (Urk. 9/59/3-9; Urk. 9/59/27-53). Ferner sind die Beurteilungen der medizinischen Situationen einleuchtend und widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar (Urk. 9/59/18-20). Damit sind die von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage erfüllt (vgl. vorstehend Erw. 1.4).

4.3.3.3. Am Beweiswert des F.\_\_\_\_-Gutachtens vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die teilweise anderslautenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Es sind den medizinischen Akten keine Diagnosen zu entnehmen, die im Gutachten der F.\_\_\_\_ keine Berücksichtigung gefunden hätten. So hält der behandelnde Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass er mit den Diagnosen der F.\_\_\_\_ übereinstimme, fraglich sei jedoch die Auswirkung dieser Befunde auf die Arbeitsfähigkeit. Aus Dr. E.\_\_\_\_s Berichten lässt sich keine begründete Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ableiten. So diagnostiziert dieser einerseits lediglich einen Verdacht auf eine Somatisierungsstörung, was bereits für sich genommen hindert, eine psychische Einschränkung aufgrund einer Somatisierungsstörung anzunehmen, wie dies der Versicherte verlangt. Andererseits ist bezüglich der vom behandelnden Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ ursprünglich diagnostizierten (16. Oktober 2006 bis 14. März 2008) Dysthymie (ICD-10 F34.1; gemäss Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 6. Aufl., Bern 2008, S. 161, handelt es sich dabei um eine chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt) zu erwähnen, dass eine solche wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen kann, für sich allein aber nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleichkommt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 4. November 2008, 8C\_481/2008, Erw. 3.2.1 mit Hinweisen). Ferner ist die von Dr. E.\_\_\_\_ zuletzt (aktuellster Bericht vom 29. Mai 2008) festgestellte Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) im Lichte der klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertiges, potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008, 9C\_636/2007, Erw. 3.2.3). Dr. E.\_\_\_\_ unterlässt es, seine aus rein psychiatrischer Sicht angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30-40 % nachvollziehbar zu begründen. Soweit er vorbringt, es seien dem Beschwerdeführer schon diverse Antidepressiva verschrieben worden, kann daraus nicht ein Hinweis auf das Medikament ansprechen des Versicherten abgeleitet werden, da dieser die Medikamente Dr. E.\_\_\_\_ zufolge jeweils wegen Nebenwirkungen respektive Wirkungslosigkeit abgesetzt hat.

## E. 5

5.1.3.3. Praxisgemäss kann ausnahmsweise eine durch eine somatoforme Schmerzstörung verursachte Schmerzbelastung als nicht überwindbar und die aus ihr resultierende Arbeitsunfähigkeit deshalb als invalidenversicherungsrechtlich relevant erachtet werden, wenn eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben ist (vgl. oben Erw. 1.2). Eine solche ist vorliegend jedoch nicht ausgewiesen. Bei den von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnten depressiven Phasen liegt keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) im Sinne eines selbstständigen Gesundheitsschadens vor (vgl. SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 4.2). Selbst wenn die diagnostizierten psychischen Störungen (Dysthymie, Anpassungsstörung) als selbständiges, von einer allfälligen Schmerzstörung losgelöstes Leiden anzusehen wären, würden sie die nach der Rechtsprechung erforderliche erhebliche Schwere, Ausprägung und Dauer nicht aufweisen (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts vom 19. Juni 2008, 8C\_478/2007, Erw. 3.3.2).



9/71/7). Dr. E.\_\_\_\_ war noch am 29. Mai 2008 der Meinung, dass die Arbeitsfähigkeit eventuell durch medizinische Massnahmen verbessert werden könnte (Urk. 9/71/8). Es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass der Krankheitsverlauf therapeutisch nicht mehr beeinflussbar ist und unterschiedliche Behandlungen gescheitert sind. Die Durchführung unterschiedlicher therapeutischer Massnahmen kann folglich ebenfalls nicht als erfüllt erachtet werden; auch ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer Verlauf ist nach Ansicht des behandelnden Psychiaters (noch) nicht gegeben. Eine kooperative Haltung des Beschwerdeführers scheint grundsätzlich gegeben zu sein.

5.2.3.3. Die sozialen Rückzugstendenzen, die der psychiatrische Fachgutachter der F.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ feststellten, reichen nicht aus, um das Kriterium des Rückzugs in allen Belangen des Lebens als erfüllt zu erachten. So führte der Beschwerdeführer zuhanden von Dr. C.\_\_\_\_ am 20. Oktober 2006 aus, er gehe jeden Tag spazieren, treffe sich im Restaurant mit Freunden, fahre die Kinder zur Schule und die Ehefrau zum Einkaufen und er gehe gerne ins Schwimmbad (Urk. 9/50/2). Dr. M.\_\_\_\_ erklärte der Versicherte am 28. August 2007 zwar, er treffe sich seit gut vier Jahren nur sehr selten mit Menschen, werde im Beisein von anderen schnell gereizt. Mit den Kindern etwas zu unternehmen sei für ihn ebenfalls schwierig, er werde schnell nervös (Urk. 9/59/47). Jedoch erklärte er, er gehe manchmal mit den Kindern ins Schwimmbad und regelmässig mit einem Kollegen ins Thermalbad Zurzach (Urk. 9/59/48).

5.2.4. Anzeichen für einen primären Krankheitsgewinn sind den Akten keine zu entnehmen.

5.3. Die Gesamtwürdigung führt zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die willentliche Schmerzüberwindung insgesamt bezogen auf den Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheides zumutbar ist. Es ist somit gestützt auf das Gutachten der F.\_\_\_\_ vom 2. November 2007 in Einklang mit dem Gutachten des Arzthauses D.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2006 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer wechselbelastenden Tätigkeit, mit der Möglichkeit zu Positionswechseln und der Gelegenheit zu vermehrten Ruhepausen, ohne repetitives Heben von Lasten von über 10 bis 15 kg oder Arbeiten in anhaltend vornüber gebeugten Körperpositionen oder überkopftätigkeiten und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer schweren Tätigkeit - wie der angestammten als Kälttemonteur - auszugehen.

6. Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleichs. Die Berechnung des Invaliden- und des Valideneinkommens durch die IV-Stelle ist unbestritten und nicht zu beanstanden. Somit ist von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 70'320.-- auszugehen. Währenddem die IV-Stelle dem Versicherten einen leidensbedingten Abzug von 10 % zugesteht (Urk. 9/75/8), will der Beschwerdeführer einen solchen von 25 % angewendet sehen (Urk. 1 S. 7). Das kantonale Gericht hat nicht ohne triftigen Grund sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 14. Juli 2006, I 337/06, Erw. 3.2). Der von der IV-Stelle unter Berücksichtigung aller Umstände vorgenommene Abzug von 10% erweist sich vorliegend als nicht unangemessen und es sind insbesondere keine triftigen Gründe ersichtlich, aufgrund welcher das Gericht vom Ermessen der Verwaltung abweichen sollte. Damit beträgt das hypothetische Invalideneinkommen Fr. 40'437.-- und es ist von einem Invaliditätsgrad von 44 % auszugehen (zur Berechnung vgl. Urk. 2,

Urk. 8/21, Urk. 8/24, Urk. 8/33), der dem Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente verschafft. Der angefochtene Einspracheentscheid erweist sich somit als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen.

## E. 7

7.1 Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Jedoch sind die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gegeben (vgl. Urk. 3). Demgemäss sind die Gerichtskosten in Bewilligung des Gesuchs vom 26. Januar 2009 einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2 Mit Honorarnote vom 30. August 2010 machte Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, einen Aufwand sowie Barauslagen von insgesamt Fr. 1'484.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) geltend (Urk. 11/1-3). Dieser Betrag erscheint als angemessen. Zufolge ebenfalls gerechtfertigter Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung sind Rechtsanwalt Daniel Christe deshalb für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse Fr. 1'484.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu entrichten.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 26. Januar 2009 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, wird mit Fr. 1'484.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Christe
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.