

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00788 vom 3. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00788](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00788)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00788 du 3 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00788 del 3 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) und die Invaliditätsbemessung (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG), sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann verwiesen werden.

2.2 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.3 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 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). 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. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer

von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungsbeeinflussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichszeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010, je E. 2.2, mit Hinweisen).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 16. August 2010 davon aus, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig. Daher sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen (Urk. 2 S. 2 oben).

3.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde vom 4. September 2010 (Urk. 1) auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin sei ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen (S. 8 Mitte). Weiter sei das Gutachten vom 24. Mai 2009 nicht umfassend und auch nicht vollständig (S. 11 Mitte). Durch weitere medizinische Abklärungen lasse sich eine Arbeitsfähigkeit von unter 30 % nachweisen, weshalb sich mindestens eine Invalidität von 75 % ergebe (S. 14 unten).

3.3 Strittig und zu präzisieren ist, ob seit Erlass des rechtskräftigen Einspracheentscheids vom 17. Mai 2005 (Urk. 7/45) bis zur angefochtenen Verfügung vom 16. August 2010 (Urk. 2) eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

### **E. 4**

4.1 Medizinische Grundlage für die ursprüngliche Zusprache einer Viertelsrente (Urk. 7/35) waren insbesondere die folgenden Berichte:

4.2 Dr. med. F., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin und Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 25. Juni 2003 (Urk. 7/5/3-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A):

- chronisches lumbospondylogenes Syndrom

- dringender Verdacht auf Aggravation

Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer weigere sich zur Wiederaufnahme der Arbeit (lit. B). Der Gesundheitszustand sei stationär (lit. C.1). Es sei unbedingt ein Bericht der Rheumatologischen Poliklinik des G. (G.) einzuholen (S. 2 Mitte).

4.3 Im Bericht vom 22. Juli 2003 (Urk. 7/10/4-6) nannten Dr. med. H., Assistenzarzt, und Dr. med. I., Oberarzt, (G.), Rheumaklinik und Institut für

Physikalische Medizin, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Mitte):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts
- DD: chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom S1
- foraminale Diskushernie L5/S1 mit möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 intraforaminal und möglicherweise Irritation der S1-Wurzel intraspinal durch Bandscheibenprotrusion
- Symptomausweitung DD: somatoforme Schmerzstörung
- Schulter-/Armschmerz rechts

Seit Weihnachten 2002 bestanden deutliche Hinweise auf eine Symptomausweitung (S. 2 unten). Auch in der Testsituation habe sich eine deutliche Selbstlimitierung gezeigt und anschliessend an die Testsituation habe der Beschwerdeführer über verstärkte Schmerzen in der rechten Schulter und im gesamten rechten Arm sowie der rechten Hand berichtet. Aufgrund der möglichen chronischen S1-Wurzelreizung als primäre Ursache der Symptome und der sich ausbreitenden Symptomatik mit Hypersensibilitäten im Bereiche der rechten Körperhälfte werden Dr. H. \_\_\_ und Dr. I. \_\_\_ eine neurologische Beurteilung inklusive einer EMG-Untersuchung empfehlen (S. 3 oben). Je nach Verlauf sei auch eine psychiatrische Beurteilung bei möglicherweise sich entwickelter somatoformer Schmerzstörung durchzuführen. Aus rheumatologischer Sicht sei zumindest eine leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit zumutbar. Sollte elektrophysiologisch eine chronische S1-Wurzelreizung nachgewiesen werden, würde dies die Beurteilung verändern (S. 3 Mitte).

4.4 Im Bericht vom 2. September 2003 (Urk. 7/11/1-2) nannten die Ärzte der Rheumaklinik des G. \_\_\_ dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 22. Juli 2003 (lit. A). Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 24. Dezember 2002 in der Tätigkeit als Wagenreiniger bei der B. \_\_\_ (lit. B). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (lit. C.1).

4.5 Dr. med. J. \_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, hielt in ihrem Bericht vom 9. Dezember 2003 fest, die klinisch-neurologische Untersuchung sei durch Schmerzhemmung und sicher auch deutliche Überlagerung schwierig. Als sichere Hinweise auf eine radikuläre Läsion S1 rechts könne der fehlende ASR rechts und eventuell auch die an der Aussenseite des rechten Beines akzentuierte Sensibilitätsstörung gewertet werden. Soweit die Untersuchung es erlaube, habe Dr. J. \_\_\_ keine schweren Paresen und damit gut vereinbar auch keine deutlichen Atrophien gefunden. Die Elektromyographie sei ebenfalls durch die Schmerzempfindung des Beschwerdeführers eingeschränkt. Es fanden sich keine Denervationszeichen und in den Kennmuskeln von L5 und S1 rechts höchstens leichte chronisch-neurogene Veränderungen. Dies spreche in Übereinstimmung mit der Klinik gegen eine akute, schwere Läsion der motorischen Anteile der Wurzel L5 und S1 rechts (Urk. 7/24/4 unten).

4.6 Dr. F. \_\_\_ führte im Bericht vom 17. Mai 2004 aus, er könne beim Beschwerdeführer kein objektives Urteil fällen. Sein Verhalten werde immer demonstrativer und theatralischer, indem er beinahe auf allen Vieren einmal wöchentlich

in seiner Praxis erscheine. Eine klinische Untersuchung sei dabei nicht möglich. Seine medizinische Praxisassistentin habe beobachtet, wie der Beschwerdeführer ohne Hinken das Wartezimmer verlassen habe, um das vergessene Arbeitsunfähigkeitszeugnis der Krankentaggeldversicherung im Auto zu holen. Zur anschliessenden Konsultation habe er das Sprechzimmer stark hinkend betreten, er habe sich über massivste Schmerzen beklagt und das Wartezimmer wiederum unter starkem Stöhnen, stark hinkend und abstützend an der Wand verlassen. Eine Beobachtung ausserhalb der Praxis wäre sicher sehr aufschlussreich gewesen (Urk. 7/27/3 lit. D.2).

4.7 Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 31. August 2004 (Urk. 7/29/3-25) fest, aus psychiatrischer Sicht handle es sich beim Beschwerdeführer um einen ungebildeten, vermutlich schlecht integrierten, türkischen Immigranten, der leidlich gut Deutsch spreche; sein Anliegen könne er jedoch sehr wohl vorbringen (S. 20 unten). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe sich der Beschwerdeführer auf die Aussagen von türkischen Ärzten berufen, die postuliert haben sollen, er werde nie mehr arbeiten können, sein Rücken sei kaputt. Die durchgeführten Therapien hätten nach Angaben des Beschwerdeführers zu einer Verschlechterung seines Zustandes geführt (S. 21 oben). Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung sein Leiden mühsam und schmerzhaft an Stützen daherhinkend auf teils theatralisch anmutende Art und Weise demonstriert; er habe dauernd mit schmerzverzerrter Mimik gestöhnt und gewimmert, während er ausgesprochen zögerig, sogar seine Stütze vergessend, die Praxis verlassen habe und sehr rasch die Treppe hinuntergelaufen sei, um eine Zigarette zu rauchen. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe kein klinisch relevantes psychisches Leiden beziehungsweise keine ICD-10-kodierbare Störung von invalidisierendem Krankheitswert aufgezeigt werden können (S. 21 unten). Der Beschwerdeführer sei nicht psychisch krank, glaube aber beziehungsweise postuliere mit unübersehbarer Verdeutlichungstendenz, aufgrund eines invalidisierenden Leidens dauernd arbeitsunfähig zu sein (S. 22 oben). Im Vordergrund stünden vorliegend die mangelhafte Motivation zur Arbeit und der Wunsch nach Rentenleistungen. Ferner mache es nicht den Anschein, dass schwerwiegende emotionale beziehungsweise psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden. Die Trennung von der um 20 Jahre älteren Ehefrau liege bereits 9 Jahre zurück (S. 22 unten). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig in jeglicher Tätigkeit (S. 23 oben).

4.8 Dr. med. Y. \_\_\_\_, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. September 2004 fest, der Beschwerdeführer sei in einer leichten bis maximal mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/30/4 Mitte).

## E. 5

5.1 Die im Rahmen der vom Beschwerdeführer am 13. Juli 2007 (Urk. 7/53) geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingegangenen Berichte ergeben über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers folgendes Bild:

5.2 Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. Juli 2007 (Urk. 7/65) einen Status nach Dekompression und Spondylodese vom 23. November 2006 bei foraminale Stenosen L5/S1 (Ziff. 1). Der Beschwerdeführer klagt über persistierende lumbale Schmerzen. Die ischialgieformen Schmerzen in den Beinen hätten sich jedoch gebessert (Ziff. 4). Die

Prognose betreffend Wiedereingliederung in einen Arbeitsprozess sei als ungünstig zu betrachten. Dr. L. \_\_\_ denke nicht, dass der Beschwerdeführer eine Arbeit von mehr als 20 bis 30 % annehmen könne (Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei seit längerem arbeitsunfähig geschrieben, auch die durchgeführte Operation habe die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern können. Zur Zeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 6). In naher Zukunft sei höchstens eine 20%ige bis 30%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten möglich (Ziff. 7).

5.3 In ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2007 hielt Dr. med. M. \_\_\_, Fachärztin FMH Allgemeinmedizin, RAD, fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verschlechtert. Die Einschätzung von Dr. L. \_\_\_ sei nicht nachvollziehbar, und es sei weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% in körperlich schweren Arbeiten und einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Weitere medizinische Abklärungen erbrachten sich (Urk. 7/60/3 oben).

5.4 Prof. Dr. med. N. \_\_\_, Neurologie FMH, hielt in seinem Bericht vom 10. April 2008 fest, er habe keine Hinweise auf eine neurologische Ausfallsymptomatik oder eine radikuläre Reizsymptomatik feststellen können, insbesondere nicht im Hinblick auf ein neuropathisches Schmerzsyndrom. Dr. N. \_\_\_ zweifle nicht daran, dass eine massive Überlagerung mit Hinken, eine unphysiologisch bedingte, ausgeprägte, diffuse Gefäßminderungs im Bereich des gesamten Unterschenkels und Fusses, eine nicht-adäquate Innervation der Muskulatur, eindeutige funktionelle Zeichen im Sinne eines give way vorliegen. Elektromyographisch bestanden keine Hinweise auf einen motorischen Nervenfasernuntergang. Damit könne in Übereinstimmung mit der früheren neurologischen Untersuchung durch Dr. J. \_\_\_ eine Radikulopathie L4 bis S1 ausgeschlossen werden (Urk. 7/72/33 unten).

5.5 In Umsetzung des hiesigen Urteils vom 11. Juli 2008 (Prozess-Nr. IV.2008.00397; Urk. 7/76) holte die Beschwerdegegnerin beim D. \_\_\_ ein Gutachten ein.

Im Gutachten vom 24. Mai 2009 (Urk. 7/93/1-46) nannten Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. E. \_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 6.1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit/bei:
- Status nach Dekompression und Spondylodese L5/S1 am 23. November 2006 bei foraminalem Stenosen
- radiologisch korrekter Implantatlage
- Fehlhaltung und Fehlförmigkeit der Wirbelsäule
- diffuser Hypästhesie des rechten Beines
- cervicospondylogenes Schmerzsyndrom links mit/bei:
- unklarer Kraftminderung der linken Hand

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter folgende Diagnosen (S. 38 Ziff. 6.2):

- Adipositas Grad I nach WHO mit/bei:

- BMI 30.4 kg/m<sup>2</sup>
- ohne metabolische Begleiterscheinung
- Thalassämia minor mit/bei:
- hypochrom-mikrozytärem Blutbild ohne Anämie
- Nikotinabusus (kumulativ über 60 pack years)
- Probleme mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände

Die internistische Untersuchung habe ein Bild eines adipösen Beschwerdeführers in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben. Folgeerscheinungen im Sinne eines metabolischen Syndroms seien weder klinisch noch laborchemisch nachweisbar. Auch sonst sei die klinische Untersuchung altersentsprechend normal ohne Hinweise auf eine Links-, Rechtsherzinsuffizienz oder auf eine Lungenerkrankung und dies trotz massivem Nikotinabusus. Auch im Abdominal- und Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde erheben. Abgesehen von einem hypochromen mikrozytärem Blutbild, welches jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, fiänden sich durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf (S. 42 unten). Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Waggonreiniger noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweistätigkeit (S. 42 unten f.).

Bei der rheumatologischen Untersuchung habe sich ein insgesamt verlangsamtes Bewegungsmuster mit einem inkonstant ausgeprägten Schonhinken rechts gezeigt. Schmerzbedingt sei die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) in allen Richtungen eingeschränkt, vor allem auch in LWS-Flexion mit Ausweichbewegungen. Es finde sich eine sehr auffällige Berührungs- und Druckempfindlichkeit paravertebral im lumbosakralen Übergang wie auch im Gesäss rechts, wobei der Beschwerdeführer bei der Palpation jeweils unphysiologisch zurücksucke. Im weiteren Untersuchungsverlauf bei der Prüfung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) und der Schultergelenke komme es immer wieder zu Schmerzauslösung tief lumbal mit Schmerzempfindungen bis occipital (S. 43 oben).

Die Schultergelenke selbst seien uneingeschränkt beweglich mit inkonstanter Schmerzangabe bei der linksseitigen Mobilisation von Schmerzen im cervicothorakalen Übergang links. Palpatorisch fiänden sich keine Druckdolenz oder Irritationen in diesem Bereich. Auch das Schultergelenk selbst sei bland mit negativen Rotatorenmanschetten spezifischen Tests. Es fiänden sich inspektorisch keine Hinweise auf eine Muskelatrophie. Auch die Hand- und Fussbeschielung sei symmetrisch. In der neurologischen Untersuchung falle eine Schoninnervation der linken Hand auf, wobei zum Beispiel die Hand des Gutachters nicht einmal richtig umschlossen werde. Es bestehe keine lokale Druckdolenz und auch keine Hinweise auf eine Atrophie der Handmuskulatur. In der neurologischen Untersuchung hätten, abgesehen von einer Hypästhesie des Digitus I bis III der linken Hand, des gesamten rechten Beines und Fusses mit Betonung des lateralen Ober- und Unterschenkels sowie der Fusskante und einem fehlenden ASR rechts, keine pathologischen Befunde erhoben werden können (S. 43 Mitte).

Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei Status nach Dekompression und

Spondylodese L5/S1 bei foraminale Stenosen und einem cervikospondylogenen Schmerzsyndrom links, wobei das präsentierte klinische Bild durch die bisherigen Abklärungen und die aktuellen Befunde nicht voll erklärt werden können und deutlich überzeichnet wurde. Aufgrund der Segmentdegeneration der cervicalen Wirbelsäule und dem Status nach Spondylodese L5/S1 seien dem Beschwerdeführer vorwiegend mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr zumutbar (S. 43 unten f.). Darunter falle auch die Tätigkeit eines Waggonreinigers bei der B. \_\_\_\_\_. Hingegen bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Bücken oder Zwangshaltungen mit Oberkörperrotation sowie Überkopparbeiten (S. 44 oben).

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich ein leidend wirkender und klagsamer Beschwerdeführer mit leichtgradig gedrückter Grundstimmung gezeigt. Es fanden sich insgesamt keine gravierenden psychopathologischen Befunde oder psychische Funktionsstörungen, die für eine akute oder chronische psychische Erkrankung sprechen würden. Auch liessen sich klinisch keine relevanten kognitiven Einschränkungen, die typischerweise mit einer allfälligen depressiven Stimmung einhergehen würden, erkennen. Es würden psychosoziale Belastungsfaktoren mit finanziellen Schwierigkeiten (Fr. 30'000.-- Schulden) nach Kündigung durch den Arbeitgeber vorliegen; weiter seien dadurch nachvollziehbare Zukunftsängste erkennbar. Andererseits hätten sich aber auch deutliche Hinweise auf ein dysfunktionales Krankheitsverhalten mit Tendenzen zur Selbstlimitierung ergeben. Die von Dr. Z. \_\_\_\_ diagnostizierte depressive Stimmung könne anhand der eigenen Untersuchungsergebnisse nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer präsentiere sich zwar leidend und klagsam, seine verbalen und nonverbalen Beschwerdeschilderungen seien jedoch deutlich überzeichnet, histrionisch getönt und hätten einen unübersehbaren appellativen Charakter. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht eruiert werden, insbesondere lasse sich keine die Arbeitsfähigkeit tangierende schwerere affektive Stimmung erkennen. Die ICD-Kriterien für eine depressive Stimmung seien nicht erfüllt. Im Vordergrund stünden subjektive Beschwerden naturgemäss einhergehend mit einer gewissen gedrückten Stimmung und mit einem Motivationsproblem (S. 44 unten). Die eigenen Untersuchungsergebnisse stünden damit weitestgehend im Einklang mit den Ausführungen von Dr. K. \_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten vom 31. August 2004. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 44 f.).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter gesamthaft aus, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht aufgrund der verminderten Belastbarkeit seiner Wirbelsäule für eine mittelschwere bis intermittierend schwere Tätigkeit wie die eines Waggonreinigers der B. \_\_\_\_ nicht mehr einsetzbar. Hingegen bestehe aus interdisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Bücken oder Zwangshaltungen mit Oberkörperrotation sowie Überkopparbeiten (S. 45 Ziff. 7.4).

5.6 In einer Stellungnahme vom 25. August 2009 zum D. \_\_\_\_-Gutachten führte Dr. E. \_\_\_\_ nochmals aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund seines chronischen lumbo- und cervikospondylogenen Schmerzsyndroms bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule in der ursprünglichen Tätigkeit eines

Waggonreinigers seit Dezember 2002 nicht mehr arbeitsfähig. Insofern habe sich seit Mitte 2003 an der Situation nichts geändert, ausser dass am 23. November 2006 eine operative Dekompression und Spondylodese L5/S1 stattgefunden habe. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Bücken oder Zwangshaltungen des Oberkörpers sei der Beschwerdeführer jedoch seit jeher, das heisst mindestens auch seit Mitte 2003, zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/103). Retrospektiv könne auch keine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden.

5.7. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, führte am 22. November 2009 aus, es fehle in den bisherigen Untersuchungen der eindeutige Nachweis einer strukturell bedingten Verschlechterung der Situation. Dem Beschwerdeführer werde gesundheitlich nicht weitergeholfen. Er müsse lernen, mit seinen Schmerzen zu leben beziehungsweise damit umzugehen, und da langfristig aufgrund der Chronifizierung keine Verbesserung zu erwarten sei, empfehle er eine Erhöhung der Rente auf mindestens eine halbe Rente (Urk. 7/113).

5.8. Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt am 28. Dezember 2009 fest, der Beschwerdeführer sei seit Oktober 2007 in seiner psychiatrischen Behandlung. Seit dem Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ im Jahre 2004 habe sich der Gesundheitszustand nicht geändert. Dr. Q.\_\_\_\_ sei jedoch der Meinung, dass bei einer Depression mit somatischen Beschwerden eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % gegeben sei (Urk. 7/117).

5.9. In einem weiteren Schreiben vom 11. Januar 2010 hielt Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2003 langsam aber deutlich verschlechtert habe. Er empfehle deshalb eine mindestens 60%ige IV-Berentung, da langfristig mit keiner Verbesserung zu rechnen sei (Urk. 7/118).

5.10. In einer Stellungnahme vom 21. Februar 2010 (Urk. 7/125) zu den Berichten von Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. Q.\_\_\_\_ führte Dr. E.\_\_\_\_ vom D.\_\_\_\_ aus, Dr. P.\_\_\_\_ gehe vom gleichen Beschwerdebild aus, ohne sich spezifisch zur Arbeitsfähigkeit zu äussern (S. 1). Ferner begründe auch Dr. Q.\_\_\_\_ die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % nicht. Im Gegensatz zu Dr. Q.\_\_\_\_ sei gemäss D.\_\_\_\_-Gutachten nicht von einer depressiven Störung auszugehen (S. 2).

5.11. Dr. M.\_\_\_\_ und Dr. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führten am 15. Juni 2010 aus, es sei festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand seit 2003 nicht verändert habe. Zwischenzeitlich sei der Beschwerdeführer operiert worden mit erfreulich gutem postoperativen Verlauf. Bereits präoperativ habe eine deutliche Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiv beklagten Beschwerden vorgelegen. Sowohl eine schwere Selbstlimitierung als auch eine Aggravation werde mehrfach von unterschiedlichen Ärzten beschrieben. Es könne deshalb von einer stabilen gesundheitlichen Situation seit 2003 ausgegangen werden. Dies stehe im Einklang mit dem D.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/146/7).

## **E. 6**

6.1. Vorweg ist festzuhalten, dass das interdisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2009 (Urk. 7/93/1-46) in sämtlichen Punkten den Kriterien der gefestigten Rechtsprechung (vorstehend E. 2.4) an den Beweiswert einer Expertise entspricht.

So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen abschliessend und beruht auf allseitigen Untersuchungen, führten doch die Gutachter umfassende Abklärungen in rheumatologischer (S. 26 ff.), psychiatrischer (S. 34 ff.), neurologischer (S. 24 f.) und internistischer (S. 22 ff.) Hinsicht durch. Dabei berücksichtigten sie die geklagten Beschwerden und setzten sich damit sowie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

Die Gutachter besttigten im Wesentlichen die relevanten Befunde und Diagnosen, wie sie seinerzeit in den Berichten von Dr. F. (Urk. 7/5/3, Urk. 7/27/3), der Rheumaklinik des G. (Urk. 7/10/4-6, Urk. 7/11/1-2), Dr. J. (Urk. 7/24/4), Dr. Y. (Urk. 7/30/4) und im Gutachten von Dr. K. (Urk. 7/29/3-25) festgehalten worden waren.

Rheumatologisch standen beziehungsweise stehen das chronische lumbo- und cervicospondylogene Schmerzsyndrom im Vordergrund. Ferner wird der gleichgebliebene rheumatologische Gesundheitszustand dadurch bestätigt, dass bereits ursprünglich von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen wurde (Urk. 7/10 S. 3 Mitte, Urk. 7/30/4 Mitte). Der operative Eingriff im Jahre 2006 führte ebenfalls zu keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Im Gegenteil ist von einem erfreulich gutem postoperativen Verlauf die Rede (Urk. 7/146/7).

Auch in psychiatrischer Hinsicht kann von keiner wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen ausgegangen werden. Bereits ursprünglich konnte Dr. K. kein klinisch relevantes psychisches Leiden beziehungsweise keine ICD-10-kodierbare Störung von invalidisierendem Krankheitswert feststellen (Urk. 7/29/23 unten). Diese Einschätzung deckt sich mit der Beurteilung der D.-Gutachter (Urk. 7/93/44 unten f.).

Weiter haben sich in der neurologischen Untersuchung keine relevanten pathologischen Befunde feststellen lassen (Urk. 7/93/43 Mitte), was auch Prof. Dr. N. in seinem Bericht vom 10. April 2008 bestätigte (Urk. 7/72/33 unten).

Ferner sind auch aus internistischer Sicht keine pathologischen Befunde vorhanden. Einzig liegt ein hypochromes mikrozytäres Blutbild vor, welches jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urk. 7/93/42 unten). Der Beschwerdeführer ist aus internistischer Sicht in jeglicher Tätigkeit arbeitsfähig (Urk. 7/93/42 unten f.).

Zusammengefasst hält Dr. E. in der Stellungnahme vom 25. August 2009 nochmals explizit fest, dass sich an der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers seit dem Jahre 2003 nichts verändert hat (Urk. 7/103).

6.2 Daran ändern die divergierenden Ausführungen von Dr. L., Dr. P. und Dr. Q. nichts.

Dr. L. führte zwar aus, der Beschwerdeführer sei in naher Zukunft in einer leidensangepassten Tätigkeit zu höchstens 20 bis 30 % arbeitsfähig (Urk. 7/65 Ziff. 7), was er jedoch nicht näher begründete. Es ist davon auszugehen, dass Dr. Wächli die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers übernommen und faktisch an die Stelle einer eigenen, objektivierten Beurteilung gesetzt hat (vgl. Urk. 7/65 Ziff. 4). Dr. L. hat dies getan, ohne die Ausführungen des Beschwerdeführers

kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber gerade angesichts des Umstandes, dass erhebliche Diskrepanzen zwischen der fachärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie dessen Selbsteinschätzung bestehen, erforderlich gewesen. Â Â Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. P. \_\_\_ Äusserte sich am 22. November 2009 dahingehend, dass die bisherigen Untersuchungen keinen eindeutigen Nachweis einer strukturell bedingten Verschlechterung der Situation ergeben haben. Es werde dem Beschwerdeführer gesundheitlich nicht weitergeholfen. Dieser müsse lernen, mit seinen Schmerzen zu leben beziehungsweise damit umzugehen; daher sei eine Erhöhung der Rente zu empfehlen (Urk. 7/113). Nur zwei Monate später hielt er fest, dass sich der Gesundheitszustand seit 2003 deutlich verschlechtert habe und daher eine Rente gestützt auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % zu empfehlen sei (Urk. 7/118). Dr. P. \_\_\_ geht vom gleichen Beschwerdebild wie das D. \_\_\_-Gutachten aus. Seine unterschiedliche beziehungsweise widersprüchliche Beurteilung ist wohl darauf zurückzuführen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen und diesem Umstand bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen ist (vgl. BGE 125 V 352 ff.). Ferner ist es nicht Aufgabe des Arztes, über die Höhe der Invalidenrente zu berichten.

Â Â Â Â Â Â Â Â Dr. Q. \_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 28. Dezember 2009 selber aus, seit dem Gutachten von Dr. K. \_\_\_ im Jahre 2004 habe sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Sicht nicht geändert (Urk. 7/117). Die unterschiedliche Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit, welche im Äbrigen unbegründet ist, ist auf eine pessimistischere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts zu zurückzuführen und nicht auf eine tatsächliche Verschlechterung des Gesundheitszustands.

6.3 Â Â Â Â Nach dem Gesagten kann auf das D. \_\_\_-Gutachten abgestellt werden, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Waggonreiniger bei der B. \_\_\_ nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Bücken oder Zwangshaltungen mit Oberkörperrotation sowie Äberkopfarbeiten ist der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig.

Â Â Â Â Â Â Â Â Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten, so dass auf die Durchführung weiterer Abklärungen verzichtet werden kann.

Â Â Â Â Â Â Â Â Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Mai 2005 bis zum Erlass der Verfügung vom 16. August 2010 nicht in relevanter Weise verändert hat. Insbesondere ist auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachgewiesen.

Â Â Â Â Â Â Â Â

7. Â Â Â Â Â Â Â Zum Einkommensvergleich - welcher mangels Vorliegens eines Revisionsgrundes sowie mangels Anhaltspunkten für Veränderungen im erwerblichen Bereich nicht detailliert vorzunehmen ist - ist festzuhalten, dass vorliegend das Invalideneinkommen gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu ermitteln ist, und zwar - entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13) - praxisgemäss anhand des über den Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Männern mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (ungelernter Beschwerdeführer)

erzielten Lohnes, der sich im Jahr 2008 auf Fr. 4'806.-- pro Monat belief (LSE 2008, S. 26, Tab. TA1, Total, Niveau 4). Ferner ist der von der Beschwerdegegnerin grossz ugig vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % (Urk. 2 S. 2 oben) nicht zu beanstanden.

8. Nach Gesagtem erweist sich die angefochtene Verf ugung der Beschwerdegegnerin als rechtmassig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 9**

Die Kosten gemass Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemass dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fürsprecher Dr. Hans A. Schibli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.