

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01198 vom 15. Oktober 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-10-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01198](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01198)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01198 du 15 octobre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01198 del 15 ottobre 2012

## Erwägungen

### E. 3

3.1.1.1 Die MEDAS-Gutachter Z. \_\_\_ kamen in ihrer Expertise vom 30. April 2003 (Urk. 11/44) zum Schluss, dass (1) ein chronifiziertes spondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation L3/4 links am 3. Oktober 2001 mit wahrscheinlich persistierenden sensiblen Restsymptomen, (2) ein chronisches Thorakalsyndrom mit vermehrter Brustkyphose, Status nach Morbus Scheuermann im thorakolumbalen Übergang und im unteren Thorakalbereich mit Keilwirbelbildung L1 und BWK 9, (3) ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom mit teilweise sensibler radikulärer Beteiligung C6 rechts bei Osteochondrose und Spondylose C5/6 rechts sowie Rotationsfehlstellung der oberen HWS (Halswirbelsäule) vorliege. In psychischer Hinsicht - ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - liege eine Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung verschiedener affektiver Qualitäten (Nervosität, Angst, Trauer, Ärger) vor. Ebenfalls ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien das Übergewicht (BMI 29.1 kg/m<sup>2</sup>), sporadische Spannungskopfschmerzen und eine Visusminderung rechts unklarer Genese, Kurzsichtigkeit beidseits sowie der Nebenbefund eines Status nach Patch-Verschluss eines Vorhofseptumdefektes und angedeuteten Prolaps des leicht myxoid veränderten anterioren Mitralsegels mit minimaler Mitralsuffizienz. Laut psychiatrischer Exploration seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Folterung vor 10 Jahren nicht erfüllt. Trotzdem sei eine Behandlung durch das Zentrum für Folteropfer in Bern angezeigt. Durch die Anpassungsstörung sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aufgrund der rheumatologischen Befunde erachteten die Experten die vormals ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Kebab-Fabrik (mit Heben von Gewichten bis zu 70 kg) als nicht mehr zumutbar, jede körperlich leichte Tätigkeit in Wechselpositionen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, sei zu 60 % zumutbar. Limitierend seien die rheumatologischen Befunde.

3.1.1.2 Dr. D. \_\_\_ berichtete am 24. Juni bzw. 27. April 2004, dass er den Beschwerdeführer im Rahmen der Sprechstunde für Angst- und Zwangsstörungen exploriert habe. Hierbei diagnostizierte er eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach Folter in der Türkei 1994 (Urk. 11/69/5-6). Zum Untersuchungszeitpunkt habe ein depressives Zustandsbild von leichter bis mittlerer Schwere bestanden. Im Bereich der posttraumatischen Symptome habe vor allem die Übererregbarkeit und (das) Wiedererleben, aber praktisch kein Vermeidungsverhalten imponiert. Neben der Bedeutung der Folterereignisse stellten die aktuellen psychosozialen Belastungen des Beschwerdeführers mit familiären und finanziellen Problemen, insbesondere auch der schweren psychischen Erkrankung der Ehefrau (paranoide

Schizophrenie Mitte 2003) erhebliche Belastungsfaktoren dar. Aufgrund der bestehenden somatischen und psychischen Komorbidität sei für den Behandlungszeitraum (31.3.-9.6.2004) von einer ca. 50%igen Arbeitsfähigkeit mit Besserungstendenz auszugehen (Urk. 11/69/1).

??????? Aufgrund der klinischen Untersuchung erkannte Dr. A.\_\_\_\_ im Bericht vom 25. August 2005 (Urk. 11/105) auf eine Periarthropathia humero scapularis tendopathica rechts bei möglichem Impingement der Supraspinatussehnen links. Er kenne den Beschwerdeführer seit Mitte 2000 und behandle ihn sporadisch. Damals seien thorakale Beschwerden im Vordergrund gestanden, diese hätten gebessert. Geklagt würden nun vor allem bei Belastung Schmerzen im rechten Arm sowie linksseitige Kopfschmerzen. Neurologisch fanden sich keine Hinweise auf eine radikale Problematik.

3.2???? Laut Bericht des C.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2007 vermittelten sie den Beschwerdeführer im Anschluss an ihre Diagnostik (31. März 2004 E. 3.1) an eine türkisch sprechende Therapeutin. Der Beschwerdeführer brach die Therapie jedoch nach einigen Sitzungen ab und meldete sich 2005 wiederum in der Poliklinik, wo im Intervall von 3-4 Wochen therapeutische Sitzungen durchgeführt wurden. Diagnostisch stellten die behandelnden Ärzte die Kriterien für eine rezidivierende depressive Episode gegenwärtig mittelgradig fest. Nach ihren klinischen Beobachtungen war die Verlaufsdynamik der PTSD (post traumatic stress disorder) aufgrund der komplexen Psychopathologie sehr wechselhaft. Es habe sich ein chronifizierender und invalidisierender Verlauf des PTSD mit Alexithymie, Identitätsdiffusion und Somatisierungen gezeigt (Urk. 11/154/2). Wegen der ausgeprägten depressiven und PTSD-Symptomatik sei der Beschwerdeführer in seinen alltäglichen und beruflichen Aktivitäten beeinträchtigt (Urk. 11/154/3). Eine leichte Beschäftigung in einem geschützten Raum würde aus therapeutischer Sicht und Förderung des Selbstwertgefühls und der Tagesstrukturierung Sinn machen (Art. 11/154/5).

??????? Vom 23. Mai bis 11. Juni 2007 fand wegen zunehmender depressiver Entwicklung und gleichzeitiger Überforderung der Familie eine stationäre Behandlung in der Klinik Schlosstal, ebenfalls Teil des C.\_\_\_\_, statt, wobei laut Austrittsbericht vom 20. Juni 2007 der Beschwerdeführer sich nicht wohl fühlte und vom Therapieangebot nur wenig profitieren konnte, weshalb sich sein Zustandsbild nicht wesentlich gebessert hatte (Urk. 11/184).

??????? Die Behandlung im C.\_\_\_\_ wurde am 9. Februar 2009 abgeschlossen und der Beschwerdeführer einem spezialisierten Therapieangebot am Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer am J.\_\_\_\_ zugewiesen (Urk. 11/185).

### 3.3????

3.3.1?? Die Gutachter des H.\_\_\_\_ untersuchten den Beschwerdeführer am 2. Juni 2010 in psychiatrischer (Dr. Q.\_\_\_\_), allgemein/internistischer (Dr. R.\_\_\_\_) und rheumatologischer (Dr. S.\_\_\_\_) Fachrichtung unter Beizug eines Dolmetschers. Sie listeten sämtliche Vorakten auf, welche sie auszugsweise wiedergaben (Urk. 11/200/5-11).

??????? Der internistische Befund einschliesslich der Laboruntersuchung war unauffällig.

3.3.2?? In der rheumatologischen/neurologischen Untersuchung fand sich ein Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und sehr kräftig entwickelter Muskulatur, einschliesslich Schultergürtel und Arme ohne Atrophien. Die Beweglichkeit der HWS war nur leichtgradig eingeschränkt, eine Druckdolenz fand sich an der unteren HWS, die supraskapuläre Muskulatur zeigte mässiggradige Myogelosen. Die Beweglichkeiten der

LWS (Lendenwirbels?ule) waren vorwiegend f?r Lateralflexion beidseits m?ssiggradig vermindert, f?r Flexion und Extension leichtgradig eingeschr?nkt. Es fand sich ein allseitiger lumbaler Endphasenschmerz ohne Ausstrahlung. Die Untersuchung der Gelenke ergab keine relevanten pathologischen Befunde. Im Neurostatus waren die Sehnenreflexe durchwegs normal ausl?sbar, diffus und neuroanatomisch nicht erkl?rbar lag eine Verminderung der Ber?hrungssensibilit?t am ganzen linken Bein sowie an den Unterarmen und H?nden beidseits vor, die rohe Kraft war durchwegs normal. Hinweise f?r eine zerviko- oder lumboradikul?re Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallssymptomatik waren nicht vorhanden. Der Gutachter kam aufgrund dieser Befunde zum Schluss, dass aus rheumatologischer Sicht eine chronische lumbospondylogene Schmerzsymptomatik ohne Hinweise f?r eine neurologische Komplikation einerseits und ein chronischer Nackenschmerz mit begleitenden Kopfschmerzen und Brachialgien andererseits best?nden. Klinisch f?nden sich keine Zeichen f?r ein lumboradikul?res oder zervikoradikul?res Syndrom oder eine zervikale Myelopathie. Die Beweglichkeiten der LWS seien m?ssiggradig eingeschr?nkt, ein MRI (magnetic resonance investigation) 2006 habe keine h?hergradige Pathologie gezeigt. Die Beweglichkeiten der HWS seien nur leichtgradig vermindert. Ein MRI (September 2009) habe relevante Ver?nderungen der unteren HWS ergeben mit radiomorphologischer Neurokompromittierung im Sinne einer Dorsalverlagerung der Wurzel C6 rechts, ausserdem l?gen deutliche oss?re Foraminalstenosen C5/6 beidseits vor. Diese radiomorphologische Ver?nderung an der HWS sei von Krankheitswert und erkl?re insbesondere eine lokale Schmerzsymptomatik. Nicht ausgeschlossen seien auch intermittierende zervikoradikul?re Reizsymptome. Weder die anamnestische Beschreibung der Armschmerzen noch die klinische Befunde seien jedoch vereinbar mit einer relevanten neurologischen Komplikation. Funktionell sei die Belastbarkeit der Nacken-/Schulterg?rtelregion und insgesamt der Wirbels?ule m?ssiggradig vermindert. Aufgrund dieser Befunde und Diagnosen seien k?rperlich schwere T?tigkeiten mit starker R?ckenbelastung nicht mehr und k?rperlich mittelschwere T?tigkeiten mit mittelstarker R?ckenbelastung nur mit einer Einschr?nkung um 70 % zumutbar. Die Arbeitsf?higkeit in einer leichten Belastung des R?ckens, der Nacken-/Schulterg?rtelregion, insbesondere ohne ?berkopft?tigkeiten, mit M?glichkeit zu Wechselpositionen und ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen sei aus rheumatologischer Sicht um 20 % vermindert. Diese Angaben w?rden aufgrund einer retrospektiv nur approximativ m?glichen Beurteilung seit mindestens dem fr?heren Gutachten vom 25. Juni 2008 (F.\_\_\_\_) gelten. Die aktuelle Beurteilung weiche nicht in relevantem Ausmass von den in der Aktenlage aufgef?hrten fr?heren Einsch?tzungen der Arbeitsf?higkeit aus der Sicht eines Facharztes des Bewegungsapparates ab.

3.3.3?? Nach eingehender Darlegung der psychopathologischen Befunde (Urk. 11/200/16) f?hrt der psychiatrische Gutachter aus, dass sich anl?slich seiner Untersuchung eine leichte depressive Symptomatik dargestellt habe, mit depressiven Verstimmungen, erh?hter Erm?dbarkeit, Antriebsst?rung, Schlafst?rungen, vermindertem Selbstwert und Symptomen einer posttraumatischen Belastungsst?rung mit wiederkehrenden, sich aufdr?ngenden traumatischen Erinnerungen und Albtr?umen von den traumatischen Erlebnissen sowie anamnestisch auch Reizbarkeit. Daneben habe ein diffuses Schmerzsyndrom im Bewegungsapparat bestanden, das durch die somatischen Befunde nicht objektivieren und sich auch durch eine Somatisierung im Rahmen der depressiven Symptomatik nicht erkl?ren lasse. Nach Angaben des Beschwerdef?hrers h?tten sich seine Beschwerden mit den Symptomen einer posttraumatischen Belastungsst?rung vor allem in den letzten Jahren

und auch nach der Arbeitsniederlegung verst?rkt. Es sei sehr untypisch, dass sich eine posttraumatische Belastungsst?rung mehrere Monate nach dem traumatischen Ereignis entwickle. Auch seien nicht alle Diagnosekriterien nach ICD-10 erf?llt gewesen. So w?rden ein typisches Vermeidungsverhalten im Gespr?ch und auch der emotionale R?ckzug bzw. die Anhedonie fehlen. Die psychosozialen und emotionalen Belastungen seien aber deutlich (zu) ausgepr?gt, um sich durch den dadurch hervorgerufenen unangenehmen Affekt, der auch abgewehrt werde, auch in den Schmerzen ausdr?cken zu k?nnen. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzst?rung. Zus?tzlich bestehe diagnostisch eine rezidivierende depressive St?rung, gegenw?rtig leichte Episode, mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsst?rung. Der Beschwerdef?hrer sei in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Ambulatorium f?r Folter- und Kriegsoffer der Psychiatrischen Poliklinik des J.\_\_\_\_. Er erhalte ein atypisches Neuroleptikum, das er nach seinen Angaben nicht regelm?ssig in konstanter Dosierung einnehme. Eine antidepressive Medikation erhalte er nicht. Gegen die Schmerzen nehme er gelegentlich ein Analgetikum ein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit von 30 %. Dies sei durch die vorliegenden psychischen St?rungen bedingt, eine schwere psychische St?rung bestehe nicht. Der Beschwerdef?hrer sei nicht suizidal und leide nicht unter deutlichen Konzentrationsst?rungen. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden, ein prim?rer Krankheitsgewinn somit nicht erwiesen. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht deutlich gest?rt. Auff?llige Pers?nlichkeitsz?ge f?r die Diagnose einer Pers?nlichkeitsst?rung mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit best?nden ebenfalls nicht. Daher k?nne es dem Beschwerdef?hrer trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer seinen k?rperlichen Einschr?nkungen angepassten T?tigkeit zu 70 % nachzugehen. Im idealsten Falle k?nnte es sich auch um ein ganzt?giges Pensum mit der M?glichkeit zu vermehrten Pausen handeln. Diese Arbeitsf?higkeit bestehe mit Sicherheit seit mindestens der aktuellen Untersuchung. Es sei m?glich, dass zuvor eine h?hergradige Arbeitsunf?higkeit bestanden habe, deren Ausmass und Verlauf r?ckwirkend beurteilt nicht mit Sicherheit angegeben werden k?nne.

??????? In Auseinandersetzung mit fr?heren ?rztlichen Einsch?tzungen gibt der psychiatrische Gutachter an, dass f?r die im Gutachten des F.\_\_\_\_ 2008 diagnostizierte andauernde Pers?nlichkeits?nderung nach Extrembelastung die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 (wie eine feindliche und misstrauische Haltung der Umwelt gegen?ber, ein Gef?hl der Leere und Hoffnungslosigkeit und vor allem eine Entfremdung) nicht erf?llt seien. Die im Gutachten eingesch?tzte Arbeitsf?higkeit von 70 % bei einer Leistungsf?higkeit von 80 % sei prinzipiell mit ihrer heutigen Einsch?tzung vereinbar. Im MEDAS-Gutachten Z.\_\_\_\_ 2003 habe hingegen lediglich die Diagnose einer Anpassungsst?rung mit Beeintr?chtigung verschiedener Qualit?ten diagnostiziert und keine Arbeitsunf?higkeit attestiert werden k?nnen. Auch diese Beurteilung k?nne zum damaligen Zeitpunkt zugetroffen haben. Dauerten die depressiven Symptome bei einer Anpassungsst?rung aber an, so m?sse die Diagnose in eine depressive Episode ge?ndert werden. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsst?rung sei damals nicht gestellt worden. Es sei deshalb sehr untypisch, wenn erst nach l?ngerer Zeit nach den erlebten Traumatisierungen diese Diagnose gestellt werde, wie dies die Psychiatrische Poliklinik des J.\_\_\_\_ 2004 tue. Dort sei zus?tzlich ebenfalls eine leichte depressive Episode diagnostiziert und von einer ca. 50%igen Arbeitsf?higkeit ausgegangen worden. Aufgrund der heutigen Untersuchung k?nne diese Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden. Ebenso m?sse die

psychosomatische Schmerzsymptomatik als anhaltende somatoforme Schmerzstörung eingeordnet werden, und bei diesen gestellten Diagnosen sei die Arbeitsfähigkeit leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Es sei nicht nachvollziehbar und aus psychiatrischer Sicht auch nicht begründbar, warum dem Beschwerdeführer eine einfache, seinen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen, entsprechend einer leicht- bis mittelgradig eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit, nicht zugemutet werden könne. Eine Arbeit würde sich auch günstig auf den Umgang mit seinen Beschwerden auswirken und könnte zu einem besseren Selbstwert führen.

4.?????

4.1???? Diesem Gutachten, welches sich auf umfassende eigene Untersuchungen und die vollständigen medizinischen Vorakten stützt, sich in nachvollziehbarer Weise damit auseinandersetzt, kann entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der damit verbundenen Einschränkungen seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit entnommen werden.

4.1.1?? Die objektiven rheumatologischen Befunde wurden umfassend erhoben und präsentieren sich zumindest in ihren funktionellen Auswirkungen keineswegs verschlechternd. Radiologisch allenfalls neu festgestellte organisch krankheitswertige Befunde bewirken für sich noch keine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung. Massgebend sind allein die Auswirkungen auf die zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit, welche regelmässig durch klinische Funktionsprüfungen erhoben werden. Ferner sind nach der medizinischen Literatur radiologisch sichtbare degenerative Veränderung an den Wirbeln allein noch kein Beweis, dass irgendwelche Schmerzen in Nacken, Kopf oder Armen wirklich hier ihren Ursprung haben (Alfred M. Debrunner, Orthopädische Chirurgie, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 2002, S. 801; Urteil des Bundesgerichts 8C\_227/2009 vom 30. September 2009 E. 5.5.2).

???????? Ebenfalls bleibt darauf hinzuweisen, dass die Diagnostik per se noch keine Rückschlüsse auf einen veränderten Sachverhalt zulässt. Eine anspruchserhebliche Veränderung ist auch gegeben, wenn sich ein Leiden - bei gleicher Diagnose - in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September 2010 E. 2.3). Hierfür bestehen aber aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sowie der Schilderungen über die erhobenen Befunde, insbesondere der funktionellen Auswirkungen in rheumatologischer Hinsicht, keine Hinweise. Zwar hat sich der Beschwerdekomples seit 2001 von lumbal nach zervikal/brachial verlagert, eine vermehrte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dadurch ergibt sich jedoch aus keinem der ärztlichen Berichte, wofür schon die vom Beschwerdeführer bloss sporadisch beanspruchten, spezifischen Behandlungen, einschliesslich analgetischer Medikation sprechen (vgl. auch Urk. Urk. 11/105, 11/146/28-33, Urk. 11/146/8, Urk. 11/182.)

4.1.2?? Dasselbe gilt hinsichtlich der hier kontrovers diskutierten psychiatrischen Diagnostik (vgl. Urk. 3, Urk. 11/221/1-6, Urk. 11/221/5-6, Urk. 11/226/1-2 und Urk. 15). Auffallend ist zwar, dass keine der drei involvierten psychiatrischen Gutachter (Dr. T.\_\_\_\_, MEDAS Z.\_\_\_\_, 2003 [Urk. 11/44/24-26]; Dr. U.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, 2007 [Urk. 11/165/23-30]; Dr. V.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_, 2010 [Urk. 11/200/44-49]) sämtliche Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung für gegeben erachteten, auch wenn sie einzelne Symptome durchaus erkannten und diese in ihre - teils unterschiedliche Beurteilung - der

verbliebenen Leistungsfähigkeit einflussen. Dies im Unterschied zu den behandelnden Ärzten, die erstmals 2004 (C.\_\_\_\_) auf diese Diagnostik schlossen, insbesondere Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer seit 2007 bzw. seit 2010 behandeln. Dr. L.\_\_\_\_ begründet die abweichende, von ihm als Fehleinschätzung erachtete gutachterliche Diagnostik damit, diese dürfte unter anderem dadurch bedingt sein, dass bei der Beurteilung lediglich einseitig auf während der Exploration direkt objektivierbare Befunde, nicht jedoch auf das subjektive Erleben abgestützt worden sei, was gemäss dem für die Befunderhebung massgeblichen Standard der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie AMDP nicht zulässig sei. Weiter würden objektivierbare Befunde von Dr. V.\_\_\_\_ teilweise auf eine sehr spekulative Art und Weise relativiert (Schlafstörungen, sozialer Rückzug; Urk. 11/226/6). Diese unterschiedliche Gewichtung objektivierbarer Befunde sowie die wohl eher kritischere Würdigung subjektiver Angaben hinsichtlich Kardinalsymptome eines seit Jahren behandelten PTBS mag in der unterschiedlichen Sichtweise behandelnder Ärzte und Gutachter liegen. Massgebend ist, ob die dargestellte Symptomatik (unabhängig ihrer Diagnostik) schlüssig begründet eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu bewirken vermag. Wenn der behandelnde Facharzt ausführt, die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei falsch, weil Art und Schweregrad der Psychiatrischen Erkrankung verkannt würden, d.h. die Überschätzung der Arbeitsfähigkeit folge logisch aus der diagnostischen Fehlbeurteilung (Urk. 11/226/7), kann dem nicht gefolgt werden. Die von allen gutachterlichen Psychiatern geschilderten Befunde einschliesslich der wiedergegeben, sehr wohl beachteten, subjektiven Beschwerden lassen es gegenteils nachvollziehbar erscheinen, dass es dem Beschwerdeführer nach wie vor zumutbar bleibt, wenn auch mit zeitlich bzw. leistungsmässig eingeschränktem Rendement, eine Arbeitsleistung zu erbringen, welche einer 70%igen Arbeitsfähigkeit entspricht. Auch der behandelnde Psychiater Dr. L.\_\_\_\_ erachtet immerhin eine Arbeitsfähigkeit von um die 50 % als zumutbar (Urk. 11/226/7). Hierbei ist festzuhalten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und der begutachtenden Person deshalb praktisch ein gewisser Spielraum - innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind - zu gewähren ist, sofern dabei lege artis vorgegangen wurde, worüber vorliegend kein Zweifel besteht. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4 in fine mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu. Weder nennen die behandelnden Ärzte wesentliche, objektivierbare oder zumindest subjektiv glaubhaft dargestellte Symptome (beispielsweise aufdringliche Nachhallerinnerungen, Vermeidungsverhalten, andauerndes Gefühl der Entfremdung), welche von den Gutachtern bei ihrer Einschätzung der Leistungsverminderung nicht berücksichtigt worden wären, noch belegen sie, wie sich solche im Alltag und insbesondere bei einer allfälligen erwerblichen, den somatischen wie psychischen Belastungsgrenzen angepassten Tätigkeit zu mehr als 30 % der Leistungsfähigkeit hindernd auswirken müssten.

4.1.3?? Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, die gutachterlichen Feststellung und Einschätzungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit durch die Experten des H.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Eine Verschlechterung ist weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht ausgewiesen.

4.2???? Andererseits lassen die Ausführungen im Gutachten H.\_\_\_\_ vom 2. August 2010 jedoch auch nicht den Schluss zu, dass sich der Gesundheitszustand und seine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessert hätten. In rheumatologischer Hinsicht wird deutlich, dass sich die objektiv feststellbaren Gesundheitsschäden kaum verändert haben, auch wenn die Auswirkungen im MEDAS-Gutachten Z. 2003 anders als im H.\_\_\_\_-Gutachten 2010 gewichtet wurden. Im psychiatrischen Teil des H.\_\_\_\_-Gutachtens wird auf die Vorgutachten sowie die Berichte der behandelnden Ärzte seit 2004 Bezug genommen, jedoch nicht dargelegt, dass sich die depressive Symptomatik oder die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wesentlich verbessert hätten seit der letzten Begutachtung in der MEDAS Z. (2003) bzw. seit Behandlungsaufnahme im C.\_\_\_\_ (2004). Auch wenn die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nunmehr bei 70 % (MEDAS Z. sprach noch von 60%iger Arbeitsfähigkeit, allerdings eingeschränkt aus rheumatologischen Gründen) liegt und diese nunmehr einzig mit den psychischen Befunden erklärt wird, so kann darin keine Verbesserung erkannt werden, sondern ist davon auszugehen, dass eine andere Gewichtung der rheumatologischen und psychischen Befunde bzw. ihrer Auswirkungen vorliegt. Lässt sich aus medizinischer Sicht jedoch keine wesentliche Veränderung des Gesundheitsschadens und seiner Auswirkungen darlegen, so liegt kein Revisionsgrund vor. Eine Neu Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit bzw. des Rentenanspruchs hat somit zu unterbleiben.

???????? Zusammenfassend kann daher auch nicht der Beschwerdegegnerin gefolgt werden, die gestützt auf das H.\_\_\_\_-Gutachten eine reduzierte Erwerbsunfähigkeit von 38 % bemass und damit auf einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad schloss.

## **E. 5**

5.1???? Diese Erwägungen führen zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde und Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 5. Oktober 2011 mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer über die Rentenaufhebung hinaus Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

5.2???? Der Beschwerdeführer obsiegte bloss teilweise (Rentenaufhebung). Die angebotene Rentenerhöhung ab September 2007 führte zu einem nicht unwesentlichen Mehraufwand, so dass ihm eine um die Hälfte gekürzte Parteientschädigung zuzusprechen ist. Nach Einsicht in die Honorarnote vom 8. Oktober 2012 (Urk. 21), worin ein Zeitaufwand von 12 Stunden und Barauslagen von Fr. 25.-- geltend gemacht werden, ist diese auf Fr. 1?100.--(inkl. Barauslagen und MWSt)? festzusetzen.

5.3???? Die Gerichtskosten (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und den Parteien ausgangsgemäss je zur Hälfte (Fr. 400.--) aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird der Anteil des Beschwerdeführers jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf ? 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen.

Das Gericht erkennt:

1.???????? In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verf?gung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, vom 5. Oktober 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdef?hrer ab dem 1. Dezember 2011 weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Im ?brigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2.???????? Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur H?lfte auferlegt. Zufolge Gew?hrung der unentgeltlichen Prozessf?hrung werden die dem Beschwerdef?hrer auferlegten Kosten von Fr. 400.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdef?hrer wird auf ? 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Rechnung und Einzahlungsschein f?r Fr. 400.-- werden der Beschwerdegegnerin nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.???????? Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdef?hrer eine Prozessentsch?digung von Fr. 1?100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.???????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsdienst Integration Handicap
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle
- Bundesamt f?r 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht ver?ffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.