

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01105 vom 23. Dezember 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.01105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01105)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01105 du 23 décembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01105 del 23 dicembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1962 geborene X.\_\_\_\_ meldete sich am 20. Juli 2009 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Rentenbezug an (Urk. 8/2). Die IV-Stelle traf daraufhin medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten am 13. April 2010 von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, begutachten (Expertise vom 30. April 2010 [Urk. 8/26]). In Bestätigung ihres Vorbescheids vom 11. Mai 2010 (Urk. 8/30) verfügte sie am 22. Juni 2010 – unter Hinweis auf das Fehlen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens – die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 8/35).

Am 28. März 2011 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 8/37-38) und legte Arztberichte der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 20. Oktober, 5. und 29. November 2010 (Urk. 8/36/1-6), der Klinik A.\_\_\_\_ vom 6. und 25. Januar 2011 (Urk. 8/36/14-18) und von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 21.

Februar 2011 (Urk. 8/36/19-21) sowie den Konsiliarbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 17. Januar 2011 (Urk. 8/36/7-13) auf. Die IV-Stelle

veranlasste in der Folge eine rheumatologisch-psychiatrische Abklärung (Urk. 8/43). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, und der Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie E.\_\_\_\_ erstatteten am 26. Oktober 2011 ihr Gutachten (Urk. 8/44). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/58) verneinte die Verwaltung den Leistungsanspruch des Versicherten mit Verfügung vom 7. September 2012 abermals (Urk. 8/64 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

### **E. 1.2**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin 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 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze 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 prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und

Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gebe nenfalls deutlich macht (BGE

134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. Oktober 2012 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2012 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 22. November 2012 wurde dem Beschwerdeführer das Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 9).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die erneute Verneinung des Leistungsanspruchs damit, dem Beschwerdeführer sei – wie bereits im Zeitpunkt der erstmaligen Leistungsabweisung – die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Die neu diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung sei überwindbar und bei der mittelgradigen depressiven Episode handle es sich um ein vorübergehendes Leiden, weshalb keine Invalidität bestehe (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die somatoforme Schmerzstörung sei nicht überwindbar. Nebst einer erheblichen psychischen Komorbidität würden eine chronische körperliche Begleiterkrankung sowie ein verfestigter, therapeutisch kaum mehr beeinflussbarer Konflikt vorliegen. Die vom psychiatrischen Gutachter aufgestellte Prognose über den weiteren Verlauf der Erkrankung habe sich ausserdem bis anhin nicht bewahrheitet. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, weshalb er Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung habe (Urk. 1). 3.

## **E. 3**

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Die Verfügung vom 22. Juni 2010 (Urk. 8/35) erging im Wesentlichen gestützt auf das rheumatologische Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 30. April 2010 (Urk. 8/26). Der Experte stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18): - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts (ICD-10 M54) mit/bei - initial

radikulärem sensorischen Reizsyndrom S1 rechts wahrscheinlich (dies gemäss Aktenlage) - derzeit keinem Hinweis für eine radikuläre Reizsituation und eine spondylogene Symptomatik rechts - kleiner breitbasiger medianer Diskushernie L5/S1 ohne Nervenkompression (MRT Lendenwirbelsäule vom 15. Januar und 17. September 2009)

Dem Status nach rezidivierenden Ulcera duodeni mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 18).

Der Gutachter berichtete nebst einem lumbovertebralen Syndrom von einer leicht höhengeminderten Bandscheibe L5/S1 mit einer kleinen, medianen Diskushernie, wie sie bei etwa 30 % der gesunden Bevölkerung vorliege. Dieser Befund sei nicht geeignet, das vom Beschwerdeführer beklagte Schmerzbild zu erklären, weshalb eine massive Diskrepanz zwischen dem subjektiven Schmerzerleben und den objektiven Befunden bestehe (S. 20). Für eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, die ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten über zehn Kilogramm – gelegentlich von 15 Kilogramm – und ohne Zwangshaltungen verrichtet werden könne, bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 21).

### **E. 3.2.1**

Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 7. September 2012 (Urk. 2) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberärztin in Vertretung an der Klinik Z.\_\_\_\_, stellte am 5. November 2010 (Urk.

### **E. 3.2.2**

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 13. Dezember 2010 bis 8. Januar 2011 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 25. Januar 2011 (Urk. 8/36/16-18) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.5) - Differentialdiagnose: intermittierend radikuläres Reizsyndrom S1 rechts - leichtgradig degenerative Bandscheibenveränderungen L5/S1 und kleine breitbasige mediane Diskushernie mit knapper Tangierung von S1 beidseits - Status nach Sturz am 12. Februar

(richtig: Januar) 2009 als Auslöser - Status nach Sacralblock mit 80

mg Kenacort am 15. Juli 2009 ohne deutliche Schmerzminderung - CT-kontrollierte epidurale Steroidinfiltration Höhe L5/S1: Reduktion von VAS 8 auf VAS 6 - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2 [Dr. B.\_\_\_\_]) - rezidivierende Suizidalität - Status nach Ulcus duodeni (ICD-10 Z87.1), letztmalig 1995

Ihrem Bericht kann entnommen werden, dass sie den Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand und ansatzweise verbesserter psychophysischer Belastbarkeit in das häusliche Umfeld und die ambulante Weiterbehandlung entlassen haben. Der Versicherte habe im Rehabilitationsverlauf zunehmend Vertrauen gefasst und Strategien im Umgang mit Gedankenkreisen und innerer Anspannung erlernt (S. 2).

### **E. 3.2.3**

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in seinem am 17. Januar 2011 im Auftrag der Taggeldversicherung erstatteten Konsiliarbericht (Urk. 8/36/7-13) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 f.): - Diskopathie im Segment L5/S1 mit MRI-dokumentierter medianer Diskushernie ohne Kompression der Nervenwurzel mit - höchstens möglicher, zeitweise auftretender S1-Wurzelreizung rechts - ohne Hinweise für eine Facettengelenks- oder radikuläre Ausfallsymptomatik mit - klinisch reproduzierbarer korrespondierender Ligamentose

interspinal L5/S1, aber - inkonstant reproduzierbaren Schmerzpunkten paralumbal-paralumbal mit Ausweitung bis in die mittlere Brustwirbelsäule mit höchstens angedeuteter Hartspannbildung paralumbal beidseits und - bewusstseinsnaher Verdeutlichung mit

Diskrepanzen und Inkonsistenzen bei - Verdacht auf ein dysfunktionales Krankheitsverhalten - Anamnestisch ängstlich-depressive Entwicklung

Der betreffende Arzt berichtete, das vom Beschwerdeführer präsentierte Ausmass des Schmerzleidens könne rheumatologisch-somatisch nicht nachvollzogen werden. Er könne sich rheumatologisch nicht erklären, wieso trotz der bis herigen therapeutischen Massnahmen keine Besserung des Gesundheitszustands erreicht worden sei (S. 5). Er hielt die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 50 %

für zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit müsse jedoch nach oben angepasst werden, sofern Hinweise auf eine Somatisierungsstörung respektive ein dysfunktionales Krankheitsverhalten bestünden (S. 6).

#### **E. 3.2.4**

Dr. med. B. \_\_\_ diagnostizierte am 21. Februar 2011 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Er attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/36/19-21).

#### **E. 3.2.5**

Gestützt auf die Ergebnisse der im Juni und Juli 2011

durchgeführten rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung (Gutachten vom 26. Oktober 2011 [Urk. 8/44]) stellten die Gutachter

D. \_\_\_ und E. \_\_\_ folgende sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (S. 12): - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei: - chronischem lumbospondylohem Syndrom rechts - geringgradiger

Diskopathie L5/S1 - Status nach Sturz 2009 - verschiedenen einflussnehmenden psychosozialen Belastungsfaktoren (ICD-10 Z59 und Z63.0)

Aus rheumatologischer Sicht – so Dr. D. \_\_\_ – müsse aufgrund der Befunde von einem nicht somatisch verursachten Schmerzleiden ausgegangen werden. Weder der Sturz vor zwei Jahren ohne strukturelle Verletzung der Wirbelsäule noch die minimale Diskopathie L5/S1 seien als Ursache für dauerhafte lumbale oder spondylogene Beschwerden plausibel. In einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm respektive von Einzellasten über 20 Kilogramm bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 7 und S.

12).

Der Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie E. \_\_\_ berichtete in seinem psychiatrischen Teilgutachten, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung im psychopathologischen Untersuchungsbefund ein depressives Beschwerdebild mit depressiver Stimmungslage, affektiver Instabilität und emotionaler Labilität sowie vermindertem Antrieb und Belastbarkeit mit einem sich zudem andeutenden, latenten Fremdgefährdungsmoment im Rahmen einer gesteigerten Impulsivität bei zusätzlich vermitteltem Angsterleben gezeigt. Hinsichtlich der Ausgestaltung der Beschwerden des Versicherten sei es eine ausgeprägte demonstrativ-aggravierende Komponente mit Hinweisen für das Schmerzerleben potentiell mitbeeinflussender innerpsychischer

Konfliktdynamiken und psychosoziale Belastungsfaktoren (Erkrankung der Ehefrau und Verschuldung des Sohns [S.

7]) ersichtlich gewesen. Gegen Ende der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer verzweifelt weinend gezeigt, wobei auch diesbezüglich im Rahmen des ausdrücklich zu objektivierenden affektiven Krankheitsgeschehens eine demonstrative Komponente deutlich geworden sei (S. 8). Das depressive Krankheitsgeschehen habe sich im Vergleich zu den im April 2010 vorgelegenen Verhältnissen entsprechend der aktuell objektivierbaren mittelgradigen depressiven Episode verschlechtert (S. 11). Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei einem nicht erreichten medizinischen Endzustand und nicht optimaler Behandlung aktuell eine prognostisch vorübergehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Angesichts der Behandlungs- und Besserbarkeit der Depression sei nach optimierter Therapie keine versicherungsmedizinisch relevante dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S.

## **E. 8**

/36/3-4 ) folgende Diagnosen (S. 1): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, Differentialdiagnose: intermittierend radikuläres Reizsyndrom S1 rechts mit/bei: - leichtgradig degenerativen Bandscheibenveränderungen L5/S1 und kleiner breitbasiger medianer Diskushernie mit knapper Tangierung der Nervenwurzel S1 beidseits (MRI Lendenwirbelsäule Januar 2009) - Status nach Sturz am 12. Januar 2009 - Status nach Sacralblock mit 80

mg Kenacort am 15. Juli 2009 ohne deutliche Schmerzregredienz - Depression - Nikotinabusus (über 30 py) - Status nach Ulcus duodeni (letztmals 1995)

Sie führte aus, in der neurophysiologischen Untersuchung habe kein fokales neurologisches Defizit nachgewiesen werden können. Sie bescheinigte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Chauffeur (S. 2).

## **E. 11**

und S. 13). 4.

### 4.1 4.1.1

Nach Lage der Akten ist keine anspruchsbefreiende Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit Erlass der (unangefochten in Rechtskraft erwachsenen) Verfügung vom 22. Juni 2010 (Urk. 8/35) ausgewiesen. Aus physischer Sicht präsentiert sich die Situation im Wesentlichen unverändert. So stellten die behandelnden Ärzte wie auch die Gutachter E.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ – entsprechend den vom Experten Dr.

Y.\_\_\_\_

schon am 30. April 2010 gestellten Diagnosen (Urk. 8/26 S. 18) – hauptsächlich ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit einer geringgradigen

Diskopathie L5/S1 fest und attestierten eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit (Urk. 8/36/1-6, 8/36/16-18 und 8/44 S. 12). Was die von Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigte 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit betrifft (Urk. 8/36/7-13 S. 6), ist festzuhalten, dass es sich dabei lediglich um eine revisionsrechtlich nicht relevante andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt (vgl. E. 1.2), konnte er doch keine abweichenden Befunde nennen.

#### 4.1.2

Nachdem der Beschwerdeführer bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 22. Juni 2010 (Urk. 8/35) aktenkundig ausschliesslich unter physisch bedingten Beeinträchtigungen gelitten hatte, weist er mittlerweile auch einen psychischen Gesundheitsschaden auf. Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Gutachten vom Facharzt E.\_\_\_\_ und von Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 8/44) davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar sei (Urk. 2).

Die fragliche Expertise äussert sich umfassend zu den vorhandenen psychischen (und auch physischen) Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie beruht auf am 22. Juni und 27. Juli 2011 durchgeführten eingehenden Untersuchungen, berücksichtigt die vom Exploranden geklagten Beschwerden und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Die Gutachter begründeten ihre Beurteilung des psychischen (und physischen) Gesundheitszustands beziehungsweise der Auswirkungen der festgestellten Defizite auf die Leistungsfähigkeit ausführlich und nachvollziehbar. So legten sie einleuchtend dar, dass die eigentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands in der aktuell objektivierbaren mittelgradigen depressiven Episode bestehe und diese hauptsächlich für die vorübergehend eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verantwortlich sei. Aus der neu diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung leiteten sie keine eigenständige Einschränkung im Leistungsvermögen ab (Urk. 8/44 S. 11 und S. 13). Die von den Gutachtern nach optimierter Therapie prognostizierte 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/44 S. 11) steht sodann mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in Einklang: Bei der mittelgradigen depressiven Episode handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, das im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauert und bei längerem Anhalten anderweitig zu subsumieren ist (vgl. hierzu etwa Urteile des Bundesgerichts I 510/06 vom 26. Januar 2007 E. 6.3 mit Hinweis auf Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 5. Aufl., Bern 2005, S. 142 ff.; und 8C\_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2) und dessen Folgen willentlich überwindbar sind (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_213/2012 vom 13. April 2012 E.

3.2).

Der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_

vom 21. Februar 2011 (Urk. 8/36/19-21) stellt die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage.

Seine Diagnosestellung beruhte nicht auf objektiven Befunden, sondern wurde mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers begründet. Die Anpassungsstörung gilt rechtsprechungsgemäss zudem als vorübergehendes und damit nicht invalidisierendes psychisches Leiden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Auf die Beurteilung von pract. med. G.\_\_\_\_ vom 5. Oktober 2012 (Urk. 3) kann schon deswegen nicht abgestellt werden, da sie keine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem enthält (BGE 130 V 398 E.

5.3 und 6) und er auch nicht darlegt, inwieweit sich die chronifizierte Schmerzproblematik – im Einzelnen – auf das funktionelle Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirkt. Im Gegenteil wäre gar auf eine Verbesserung der Symptomatik zu schliessen, da er im

Wesentlichen von einer chronifizierten Schmerzproblematik und von keinen depressiven Beschwerden mehr berichtete (Urk. 3). Im Übrigen wird das Beschwerdebild in beträchtlichem Masse von – grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden (BGE 127 V 294 E. 5a; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_285/2013 vom 16. September 2013 E. 2.1) – psychosozialen Belastungsfaktoren geprägt.

In diesem Zusammenhang ist ausserdem darauf hinzuweisen, dass das Gericht der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung tragen soll und darf (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005 E. 5.1; vgl. auch BGE 125 V 353 E. 3b/cc). 4.2

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer zwar gesundheitliche Beeinträchtigungen hinnehmen musste, eine die Arbeitsfähigkeit massgeblich weiter einschränkende Verschlechterung des Gesundheitszustands aber nicht ausgewiesen ist.

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich in Bezug auf die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung auch eine Prüfung der in BGE 130 V 352 festgehaltenen, sogenannten „Foerster-Kriterien“. Im Übrigen wären selbst bei Anwendung der Überwindbarkeitsrechtsprechung die Voraussetzungen für die Annahme einer ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit des Schmerzsyndroms nicht gegeben.

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4) ist eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer nicht ausgewiesen (vgl. hierzu z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C\_979/2008 vom 1. Juli 2009 E. 5.1, 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1 und 9C\_942/2011 vom 6. Juli 2012 E. 5.3.3, je mit weiteren Hinweisen). Zutreffend ist zwar, dass das Bundesgericht im Urteil 8C\_958/2010 vom 25. Februar 2011 davon ausging, dass mit der neben der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diagnostizierten leichten depressiven Episode eine psychische Komorbidität vorliegen könne. Gleichzeitig äusserte das Bundesgericht aber gewisse Zweifel bezüglich der Erheblichkeit dieser Störung, d.h. der Eignung, ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen zu lassen, und ging einzig aufgrund der besonderen Umstände des Falls – der Versicherte befand sich seit geraumer Zeit in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, hielt sich während zweieinhalb Monaten während fünf Tagen pro Woche teilstationär in einer psychiatrischen Tagesklinik auf und unterzog sich einer regelmässigen antidepressiven Medikation – von einer verminderten zumutbaren Willenskraft, derer es für eine Schmerzüberwindung bedarf, aus (E. 6.2.2.2). Insoweit unterscheidet sich der vorliegende von dem in jenem Urteil beurteilten Sachverhalt. Dies zeigt sich auch darin, dass der behandelnde Psychiater einzig noch von der Schmerzproblematik – und nicht von der depressiven Symptomatik –

und deren Behandlung berichtete (Urk. 3).

Weitere Kriterien, welche die Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung ausschliessen, sind nicht gegeben. So liegt insbesondere keine schwere somatische Erkrankung vor. Es bestand zudem eine erhebliche Diskrepanz im (Schmerzäusserungs-)Verhalten bei der rheumatologischen Untersuchung in beobachteten und abgelenkten Situationen (Urk. 8/36/7-

## E. 13

S. 3 ff. und Urk. 8/44 S. 25 f.; vgl. BGE 131 V 49 E. 2 . 1 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_784/2012 vom 7. Dezember 2012 E. 3.2.3). Schliesslich sind auch die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft. Im Rahmen des mehrwöchigen Aufenthalts in der Klinik A.\_\_\_\_ konnte eine ansatzweise verbesserte psychophysische Belastbarkeit erreicht werden und die behandelnden Ärzte empfahlen die Fortsetzung der physiotherapeutischen und der psychiatrischen Behandlung (Urk. 8/36/16-18 S. 2 f.). Auch Facharzt E.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die psychiatrische Behandlung intensiviert werden müsste, und schlug eine Behandlung in einer Tagesklinik vor (Urk. 8/44 S. 13 f.). Ob von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens gesprochen werden kann, kann offenbleiben. Selbst wenn die Frage mit dem Beschwerdeführer bejaht wird, ändert sich nichts am Ergebnis, dass eine rechtlich relevante psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu verneinen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_784/2012 vom 7. Dezember 2012 E. 3.2.3). Dasselbe gilt in Bezug auf die weiteren Vorbringen in seiner Beschwerdeschrift. Damit sind die Voraussetzungen für die Annahme einer ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit des Schmerzsyndroms nicht gegeben. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne I. Sieger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GräubLocher

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