

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01120 vom 25. März 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.01120](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01120)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01120 du 25 mars 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01120 del 25 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 11. 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. 1.2**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 13. September 2012 (Urk. 2) davon aus, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

seit der letzten Begutachtung im Jahr 2008 unverändert geblieben

sei. Dabei stütze sie sich im Wesentlichen auf das Gutachten vom 19. Oktober 2011 (Urk. 10/229 /

1-39) des A.\_\_\_\_

und die Beurteilungen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde (Urk. 1) hauptsächlich auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin

könne sich nicht auf das Gutachten vom 19.

Oktober 2011 stützen. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zur Beurteilung seines Arztes. Sein Gesundheitszustand habe sich seit 2008 verschlechtert (S. 4 f.). 2.3

Prozessthema bildet die Frage, ob sich die für die Bestimmung des Invaliditätsgrades massgeblichen Voraussetzungen seit der Bestätigung der Weiterausrichtung der halben Invalidenrente ab Mai 2009 (angefochtene Verfügung vom 26. März 2009, Urk. 10/198 und Urk. 10/213) bis zum Erlass der

Verfügung vom 13. September 2012 (Urk. 2) in revisionsrechtlich erheblicher Weise verändert haben.

3.

### **E. 1.3**

Am

### **E. 3**

). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) sprach ihm mit Verfügung vom 11. März 2002 und Einspracheentscheid vom

### **E. 3.1**

Das hiesige Gericht befand

das Gutachten vom 7. August 2008 des A.\_\_\_\_

(Urk. 10/182) als eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage und stütze sich in seinem Urteil vom 23. Dezember 2010 auf die Schlussfolgerung der Gutachter (Proz.-Nr. IV.2009.00403; Urk. 10/213). Damit bildet das erwähnte Gutachten die wesentliche medizinische Grundlage für die Bestätigung der halben Rente per 2009:

### **E. 3.2**

Die Dres . med. D.\_\_\_\_ , FMH für Allgemeinmedizin, E.\_\_\_\_ , FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und F.\_\_\_\_ , FMH für Rheumatologie, erhoben im entsprechenden Gutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 10 /182 /1-21 S. 19 f.): - Beginnende Gonarthrose rechts - Status nach arthroskopischer

Teilmeniscektomie am medialen Hinterhorn rechts 1994 - Status nach arthroskopischer

Teilmeniscektomie bei Meniskusläsion medial rechts 1999 - ICD-10 M17.5 - Chronisches Lumbovertebral -Syndrom bei multisegmentalen mässiggradigen degenerativen Lendenwirbelsäulen (LWS)-Veränderungen ( Spondylarthrosen , Chondrosen und Diskusprotrusion

Lendenwirbelkörper (LWK) 5/S1: CT der LWS vom 6. September 2006) - begleitende Ansatzentzündung am Beckenkamm beidseits - ICD-10 M54.5 - Arthrose am Humeroulnargelenk links mit Gelenkchondromen (CT des Ellenbogens vom 26. Oktober 2007) - Epicondylopathia

humeri

ulnaris und radialis links sowie ulnaris rechts ICD-10 M77.1, M77.0 - Rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) - Differenzialdiagnose: Dysthymie (ICD-10 F34.1), rezidivierende Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie Spreizfüsse, einen beginnenden Hallux

valgus beidseits sowie einen Status nach zweimaliger Hämorrhoiden-Operation (S. 20).

Zusammenfassend hielten sie fest, dass die allgemein-medizinisch erhobene Zwischenanamnese keine neuen wesentlichen Aspekte mit Ausnahme einer zweimaligen Hämorrhoiden-Operation

zeige. Die psychiatrische Abklärung habe das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer rezidivierenden, aktuell remittierten, depressiven Störung bestätigt. Daneben wurden rezidivierende Anpassungsstörungen diagnostiziert. Aus psychiatrischer Sicht bestehe nach wie vor eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Schwere körperliche Arbeiten könnten dem Beschwerdeführer jedoch aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht zugeordnet werden. Die rheumatologische fachärztliche Abklärung habe keine relevante Befundänderung ergeben und es könne im Jahr 2003 eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bestätigt werden. Lediglich körperliche Schwerarbeit mit ständiger Belastung der Kreuzregion, des rechten Kniegelenkes und des linken Ellenbogengelenkes seien aus rein rheumatologischer Sicht ungeeignet. Jegliche leichte und mittelschwere Tätigkeit mit Wechselbelastung sei jedoch mit Einschränkungen zu 80 % zumutbar (S. 21 f.). 4.

#### **E. 4**

Juni 2002 (Urk. 10/90/1-6) eine Invalidenrente der Unfallversicherung basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 20 % zu. Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich errechnete mit Urteil vom 23. Juni 2003 (Proz.-Nr. UV.2002.00128; Urk. 10/90/7 ff.) aufgrund der vorgenannten Beschwerden einen Invaliditätsgrad von 35,22

% und sprach ihm eine entsprechende Rente zu. Nach durchgeführter Abklärung bei der Medizinischen Begutachtungsstelle des Y.\_\_\_\_ (Urk. 10/64) wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 19. Mai 2003 (Urk. 10/77) sowie

Einspracheentscheid vom 17. November 2003 (Urk. 10/94) ab. Mit Urteil vom 10. Mai 2004 (Proz.-Nr. IV.2003.00502; Urk. 10/100) hob das hiesige Gericht diesen Einspracheentscheid auf und wies die Sache zwecks weiterer psychiatrischer Abklärungen an die IV-Stelle zurück. In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine entsprechende Begutachtung

(Expertise vom

19. April 2005; Urk. 10/110) und sprach dem Versicherten ausgehend von einem Invaliditätsgrad von zuerst 40 % und später 56 % mit Verfügung vom 27. Oktober 2005 (Urk. 10/127) mit Wirkung ab 1. November 2003 eine Viertelsrente und ab 1.

Februar 2004 eine halbe Invalidenrente zu, wobei sie diesen Entscheid mit Einspracheentscheid vom 9. Januar 2006 (Urk. 10/143) bestätigte. Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 31. Juli 2006 (Proz.-Nr. IV.2006.00185; Urk. 10/153) ab,

was vom Bundesgericht mit Entscheid vom 28. Februar 2007 (Urk. 10/159) geschützt wurde.

#### **E. 4.1**

Im Zuge des im Mai 2011 eingeleiteten Revisionsverfahrens sind folgende Berichte eingegangen:

#### **E. 4.2**

Im Bericht des B.\_\_\_\_

vom 31. März 2011 (Urk. 10/221/1-2) über die tagesklinische Behandlung vom 22. November 2010 bis 14. Januar 2011 nannten Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. phil. H.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, und lic. phil. I.\_\_\_\_, Klinische Psychologin FSP, folgende Diagnosen: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Stenosierung der Arteria

carotis im kavernösen Abschnitt rechts mit/b ei - dopplersonographisch ohne sicheren hämodynamischen Einfluss (Dr. C.\_\_\_\_ vom 9. September 2010) - im Übrigen unauffällige n Arterien im Bereich der Schädelbasis und in intrakraniell. Insbesondere keine Hinweise auf ein Aneurysma. Nachweis von einigen alten Mikroinfarkten im Gehirn, wobei der markanteste Befund frontal links liegt. Keine Hinweise auf eine frische vasculäre Läsion (Neuroradiologe Schanze vom 15. Juli 2010) - Adipositas - Knieschmerzen mit/b ei - Unfall 1997 - Unfall 1999 - Gesichtsschmerzen mit/b ei - Unfall 1993

Sie führten aus, der Beschwerdeführer könne keine Tätigkeiten über längere Zeit ausüben und brauche immer wieder Pausen, gehe am Stock und reagiere auf Belastung mit verstärkten Schmerzen. Aufgrund der neuropsychologischen Einschränkungen (Depression) sowie der Leistungsbilder sei er auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei als negativ einzu stufen. Ungünstig seien die fortgeschrittene Chronifizierung und die anhaltende eingeschränkte Belastbarkeit sowie der ungenügende Therapieerfolg der Schmerzbehandlung.

### E. 4.3

Am 11. April 2011 ( Urk. 10/221/3- 8 ) berichteten dieselben Fachpersonen des B.\_\_\_\_ zuhänden des behandelnden Psychiaters ,

Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , über den Therapieverlauf des Beschwerdeführers . Unter dem Titel Sozialmedizinische Beurteilung und Empfehlungen (S. 5) führten sie aus, sie hätten den Beschwerdeführer am 14. Januar 2011

mittelgradig gebessert und zu 100 % arbeitsunfähig nach Hause entlassen . Zwar habe die Depression durch die Tagesstrukturierung und therapeutische Massnahmen leicht reduziert werden können, doch sei sie

nach wie vor mittelgradig ausgeprägt. Prognostisch günstig sei seine Motivation ; prognostisch negativ jedoch der chronifizierte Verlauf der Schmerzen so wie der mangelnde Erfolg der bisherigen Schmerzbehandlung. 4. 4

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, berichtete am 12. Mai 2011 ( Urk. 10/221/9-10) zuhänden des Hausarztes Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, und nannte die Diagnosen Kopfschmerzen (mit migräniformem Charakter) und eine Stenose der Arteria

carotis im kavernösen Abschnitt rechts ( dopplersonographisch ohne sicheren hämodynamischen Einfluss, in der heutigen Untersuchung keine Veränderung zur Voruntersuchung) . Er führte aus, dass es trotz intensiver Behandlung in einem ambulanten Rehabilitationszentrum zu keiner nachhaltigen Verbesserung der Kopfschmerzen gekommen sei. Diese könnten bis zweimal wöchentlich relativ stark und von grosser Heftigkeit, begleitet von Augenflimmern und/oder Schwindel, auftreten .

4. 5

Am 28. August, 14. und 22. September 2011 wurde der Beschwerdeführer durch die Dres . med. K.\_\_\_\_ , FMH für Allgemeine Innere Medizin, L.\_\_\_\_ , FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und F.\_\_\_\_ , FMH für Rheumatologie, vom A.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet.

Im entsprechenden Gutachten vom 19. Oktober 2011 ( Urk. 10/229/1-39) erhoben die Fachärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

(S. 34): - Beginnende Gonarthrose rechts - Status nach arthroskopischer

Teilmenskektomie am medialen Hinterhorn rechts 1994 - Status nach arthroskopischer

Teilmenskektomie bei Meniskusläsion medial rechts 1999 - ICD-10 M17.5 - Chronisches Lumbovertebralsyndrom bei multisegmentalen mässiggradigen degenerativen Lendenwirbelsäulen (LWS)-Veränderungen ( Spondylarthrosen , Chondrosen und Diskusprotrusion

Lendenwirbelkörper

[ LWK ] 5/S1: CT der LWS vom 6. September 2006) - begleitende Ansatzentzündung am Beckenkamm beidseits - ICD-10 M54.5 - Arthrose am Humeroulnargelenk links mit Gelenkchondromen (CT des Ellbogens vom 26. Oktober 2007) - Epicondylopathia

humeri

radialis sowie ulnaris beidseits ICD-10 M77.1 und M77.0 - Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger Remission (ICD-10 F33.4)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 34): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger Remission (ICD-10 F33.4) - Muskuläre Dysbalance der Knieflexoren beidseits - Spreizfüsse - Beginnender Hallux

valgus beidseits - Metal I splitterverletzung am rechten Auge 1997 - Status nach zweimaliger Hämorrhoiden-Operation 2008 - Adipositas - Stenosierung der Arteria

carotis im cavernösen Abschnitt rechts ohne hämodynamischen Einfluss

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, dass sich gemäss psychiatrischer

Beurteilung

ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen unterschiedlicher Intensität im Bereich des gesamten Rückens, des rechten Knies, des linken Ellbogens sowie in weniger deutlichem Ausmass auch im Bereich des rechten Ellbogens und manchmal im Bereich des Kopfes sowie

Symptome des Schwindels, der Taubheitsgefühle sowie des Kribbelns im ganzen Körper nachweisen lassen. Die Schmerzen seien nur teilweise hinreichend durch körperliche Störungen zu erklären.

Aus psychiatrischer Sicht sei daher festzuhalten, dass die nachgewiesenen Belastungen als schwerwiegend genug zu werten seien, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen (S. 35). Der Schweregrad

der

somatoformen Schmerzstörung sei insgesamt als leichtgradig zu beurteilen. Die Symptome würden die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht erfüllen. So lassen sich insbesondere keine anhaltende bedrückt-traurige, nervöse oder gereizt-aggressive Stimmung feststellen, zumal sich der Beschwerdeführer auch nicht über eine Freudlosigkeit beklagen habe. Aufgrund der im Verlauf zeitweise aufgetretenen Beschwerden sowie der festgestellten Vulnerabilität von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtiger Remission lassen sich in den letzten Jahren aus rein psychiatrischer Sicht insgesamt eine gemittelte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründen. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht. Aufgrund der aktuellen Untersuchung erscheine die im Jahr 2008 attestierte 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als doch eher etwas hoch gegriffen (S. 36). Seit der Begutachtung im 2008 sei es zu keiner wesentlichen Veränderung der psychopathologischen Befunde gekommen. Die aktuelle rheumatologische Beurteilung habe ergeben, dass die therapeutischen Bemühungen und die medikamentöse Therapie seit 2008 reduziert worden seien. Die praktisch fehlende Wirksamkeit aller therapeutischen Massnahmen passe zur Beurteilung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung. Zwar liessen sich morphologisch durchaus Korrelate im Sinne von degenerativen Veränderungen finden, doch sei in der klinischen Untersuchung ersichtlich, dass eine teilweise grosse Diskrepanz zwischen den Spontanbewegungen und den Befunden bestehe. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe medizinisch-theoretisch

weiterhin eine 80% ige Arbeitsfähig keit in leidensangepasster Tätigkeit (jegliche leichte bis mittel schwere wechselbelastende Tätigkeit ohne Belastung der Kreuzregion oder des rechten Kniegelenks oder des linken Ellbogengelenks). Eine körperliche Schwer arbeit mit ständiger Belastung der Kreuzregion oder des rechten Kniegelenks oder des linken Ellbogengelenks sei ungeeignet (S. 37) . Gesamtmedizinisch w ürden sie zum Schluss kommen, dass sei t ihrer Begutachtung im Jahr 2008 ein mehr oder weniger unveränderter Gesundheitszustand vorliege, weshalb weiter hin von einer 40%igen Arbeits un fähigkeit für adaptie rte Tätigkeiten auszugehen sei (S. 38). 4. 6

Auf entsprechende Rückfragen der Beschwerdegegnerin führten die Gutachter des A.\_\_\_\_ am 5. Dezember 2011 ( Urk. 10/232) klärend aus, dass , weil bei der Diagnoseerhebung der somatoformen Schmerzstörung nunmehr die Foerster-Kriterien geprüft und verneint worden seien, diese kein en Ein fluss auf die Ar beitsfähigkeit mehr habe . Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsunfähig keit aus psychiatrischer Sicht ergebe sich deshalb, weil aufgrund der aktuellen Untersuchung eine durchgehende, mi thin über die vergangenen Jahre gemittelte Einschränkung von 40 % doch etwas zu hoch gegriffen gewesen sei. Vielmehr sei daher

von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen. Weiter führten sie aus, dass sie aufgrund der gegenseitig negativen Beeinflussung eine Addition der somatisch und psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vorgenommen hätten , wobei sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert habe. Da im Vorgutachten die psychiatrische Einschränkung mit 40 % beurteilt worden sei, sei damals – in Anbetracht des damaligen klinischen Gesamtbildes – keine zu sätzliche somatisch bedingte Einschränkung gerechtfertigt gewesen. 4. 7

Auf weitere Rückfrage der Beschwerdegegnerin führten die Gutachter am 5 .

Januar 2012 ( Urk. 10/23 6 ) aus, dass seit ihrer Begutachtung im Jahr 2008 keine Verbesserung des Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe fest gestellt werden können. Die somatoforme Schmerzstörung sei deshalb ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weil sie die Foerster-Kriterien nicht erfüllt sähen . Es handle sich vorliegend

lediglich um eine andere Beurteilung des glei chen Sachverhalts. Die Frage, ob die psychiatrisch begründete Arbeitsunfähig keit ebenfalls zur rheumatologischen addiert worden sei, beantworteten sie da mit, dass im Vorgutachten die chronische Schmerzproblematik in der psychiat rischen Arbeitsunfähigkeit von 40 % schon genügend berücksichtigt worden sei. Eine rheumatologische Arbeitsunfähigkeit habe damals nicht noch zusätzlich additiv berücksichtigt werden können. Da im aktuellen Gutachten jedoch die psychiatrische Arbeitsunfähigkeit ohne Mitberücksichtigung der somatoformen Schmerzstörung beurteilt worden sei, sei eine Addition der rheumatologischen und der psychiatrischen Arbeitsfähigkeit gerechtfertigt. 4. 8

Am 23. April 2012 ( Urk. 10/242) berichtete der behandelnde Psychiater Dr. med. Z.\_\_\_\_ zuhanden des Beschwerdeführers über dessen Therapieverlauf und nahm überdies Stellung zum A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 19. Oktober 2011. Er führte aus, dass sich die Depression beim Beschwerdeführer in Niedergeschlagenheit, inne rer Spannung, Antriebslosigkeit, Anhedonie , Konzentrationsschwierigkeiten und starker Müdigkeit manifestiert habe. Der Beschwerdeführer leide zeitgleich unter Schlafstörungen, Albträumen, frühmorgigem Erwachen und Angst vor dem neuen Tag. Er habe sich sozial isoliert und Kontakte auf ein

Minimum reduziert. Zeitweise hätten sich die Symptome verstärkt, so dass es zu einer akuten depressiven Phase gekommen sei. Die Symptome seien zwar milder geworden, doch nie ganz verschwunden. Belastend komme seine zwanghafte Natur hinzu. Diagnostisch handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.11, F33.2), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine anankastische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5). Der Beschwerdeführer sei in seiner bis herigen Tätigkeit zu 100 % und in adaptierter Tätigkeit zu 75 % arbeitsunfähig. Sein Zustand habe sich nicht gebessert. Die Beurteilung im Gutachten sei falsch, sei doch den beobachteten Symptomen wenig Gewicht beigemessen worden. 4. 9

Am 24. Juni 2012 ( Urk. 10/247) nahmen die Dres . med. L.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ des A.\_\_\_\_

Stellung zu den Einwänden des Beschwerdeführers sowie dem Bericht des

Dr. Z.\_\_\_\_ und wiederholten im Wesentlichen das bereits Ausgeführte (vgl.

E. 4.5 und E. 4.6) . Weiter betonten sie , dass beim Beschwerdeführer in keiner Art und Weise von einem sozialen Rückgang gesprochen werden könne und weder eine

Anhedonie noch eine Freudlosigkeit zu bestätigen sei. Überdies sei die Diagnostik einer andauernden Persönlichkeitsstörung vor dem Hintergrund der Schmerzstörung per definitionem nicht möglich (S. 3). 5. 5.1

Das Gutachten vom 19. Oktober 2011 des A.\_\_\_\_ ( Urk. 10/229 /1-39 ) entspricht in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Es beantwortet die gestellten Fragen umfassend , erging nach einlässlicher Abklärung der Vorgeschichte und Befunderhebung in Kenntnis der Vorakten , ist sorgfältig abgefasst, berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und setzt sich damit auseinander. Insbesondere wird im Gutachten auch zu früheren ärztlichen Einschätzungen detailliert Stellung genommen und nachvollziehbar dar gelegt , dass gesamtmedizinisch von keiner relevanten Änderung der gesundheitlichen Situation auszugehen ist .

So zeigten die Gutachter aus psychiatrischer Sicht schlüssig auf, dass – unter Beachtung der „ Foerster-Kriterien “ – die

somatoforme Schmerzstörung nunmehr keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zeitigt und deshalb nicht mehr zu berücksichtigen ist . Ebenso legten sie stichhaltig dar, dass – wie bereits im Jahr 2008 – mangels Vorhandenseins einschlägiger Symptome keine Depression objektiviert werden kann, weshalb von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtiger Remission auszugehen

ist . Da

der Beschwerdeführer

aber aufgrund der remittierten depressiven Störung besonders leicht emotional verwundbar ist, attestieren sie ihm eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Das erscheint durchaus plausibel. Gleiches gilt für ihre rheumatologische Beurteilung, wonach – bei identisch gebliebenen Diagnosen und Beschwerden, für welche sich nur teilweise ein entsprechendes morphologisches Korrelat finden liess – der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit nach wie vor gering eingeschränkt und weiterhin zu 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist. Schlüssig legten sie sodann dar, dass sich wegen des klinischen Gesamtbildes ( gegenseitig negative Beeinflussung )

nunmehr eine Addition der somatisch und psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit rechtfertigt und der Beschwerdeführer damit zu 40

% arbeitsunfähig ist . 5.2 5.2. 1

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet 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, so: 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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. 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 (BGE 130 V 352; vgl. auch BGE 139 V 547 E. 3 ff.). 5.2.2

Vorliegend führten die Gutachter aus, dass die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung aufgrund der verneinten Foerster-Kriterien weder von erheblicher psychiatrischer Komorbidität sei, einen chronifizierten Krankheitsverlauf aufweise noch Rückzugstendenzen vorlägen (Urk. 10 / 229/ 1-39 S. 23 )

und deshalb keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe .

Bei der Frage, ob die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (Vorliegen einer psychischen Komorbidität und der Intensität der weiteren Kriterien), handelt es sich um eine ausserhalb des Kompetenzbereichs des Arztes liegende Rechtsfrage

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.3.2, unter Hinweis auf BGE 130 V 352). Inwieweit die somatoforme Schmerzstörung von versicherungsrechtlicher Bedeutung ist, ist daher nachfolgend zu prüfen. 5.2.3

Wie aufgezeigt, steht beim Beschwerdeführer eine anhaltende Schmerzverarbeitungsstörung im Vordergrund, wobei die Gutachter keine weitergehende psychiatrische Diagnose stellten, mithin die depressive Störung als remit tierend beurteilten und das Bestehen einer Depression klar verneinten (vgl. E. 4.4 ) . Demnach liegt keine psychiatrische Störung vor, die als eigenständiges, von der Schmerzsymptomatik losgelöstes Beschwerdebild die Schmerzverarbeitung beeinträchtigen könnte. Es fehlt damit an einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Folglich müssten die übrigen qualifizierten Kriterien mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllt sein. Vorliegend sind die Kriterien

der chronischen körperlichen Begleiterkrankung sowie – aufgrund der Tatsache, dass bereits im Jahr 2005 eine Schmerzstörung diagnostiziert wurde ( vgl. Gutachten des Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Urk. 10/110

S. 7 ) - eines chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung zu bejahen. Gänzlich zu verneinen ist jedoch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens. So geht der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben zufolge gerne mit seinen guten Freunden spazieren oder spielt Karten

mit ihnen . Zwei- bis dreimal im Jahr fährt er mit dem Zug und dem Auto nach N.\_\_\_\_ und geht dort im Meer mit ihnen baden. Im Sommer geht er auch gerne in O.\_\_\_\_ schwimmen. Er geht auch gerne mit seiner Frau spazieren und mit ihr auf den Marktplatz. Überdies ist er an Sport (Fussball und Tennis) interessiert und liest diverse Zeitungen ( vgl. Teilgutachten des Dr. L.\_\_\_\_ , Urk. 10 / 229/40-51 S. 4).

Weiter gibt es keine Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf, den die Schmerzsymptomatik als Ausdruck einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit") erschienen liesse. Auch kann nicht vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung des Beschwerdeführers die Rede sein.

Vor diesem Hintergrund ist offenkundig, dass die Kriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeitsvermutung erlauben, nicht erfüllt sind. Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung vermag keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden im Sinne der Rechtsprechung zu begründen. 5.3.5.3.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass in psychiatrischer Hinsicht der gleiche Sachverhalt wie im Jahr 2008 vorliege und mangels nachvollziehbarer Begründung nicht von einer diesbezüglichen Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen sei . Überdies müsse die Objektivität des Gutachtens aufgrund der Diskrepanz zu den Schilderungen des Dr. Z.\_\_\_\_ bezweifelt werden. Weiter sei es unbestritten, dass sich der physische Gesundheitszustand verschlechtert habe ( Urk. 1 S. 4).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat sich der Sachverhalt in psychiatrischer Hinsicht dahingehend geändert, dass die Gutachter – anders als im Vorgutachten – die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nunmehr als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten . Eine unterschiedliche Beurteilung der daraus abgeleiteten Arbeitsunfähigkeit ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – nachvollziehbar und plausibel. Macht der Beschwerdeführer weiter eine Verschlechterung seines rheumatologischen Zustands geltend, ist solches nicht nachgewiesen. Zwar liessen sich morphologische Korrelate im Sinne von degenerativen Veränderungen finden , doch führt deren Ausmass zu keiner

Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit . Letztere

liegt weiterhin bei

20 % ( Urk. 10/229/ 1-39 S. 32 f. ).

5.3.3

Dr. Z.\_\_\_\_ berichtet e am 23. April 2012 ( Urk. 10/242), dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung, einer Panikstörung sowie einer anankastischen Persönlichkeitsstörung leide und sich sein Zustand nicht ver bessert habe. Im Gutachten seien d en Depressions s ymptomen (Niedergeschla genheit, innere Spannung, Antriebslosigkeit, Anhedonie , Konzentrations schwi erigkeiten und starke Müdigkeit ) wenig Gewicht beigemessen worden, weshalb die Beurteilung der Gutachter falsch sei. Es sei von einer Arbeitsunfä higkeit von 75 % im adaptierten Bereich auszugehen.

Hinsichtlich der Abweichungen der Beurteilung im Gutachten des A.\_\_\_\_ und derjenigen des Dr. Z.\_\_\_\_ ist auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzu weisen, wonach in Bezug auf Bericht von Hausärzten grundsätzlich der Erfah rungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Dabei handelt es sich aber um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweis würdigung

(Art. 61 lit . c ATSG) vereinbar ist. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass sich eine abweichende Beurteilung im Sinne des behandelnden Psychiaters aufdrängt, si nd vorliegend nicht ersichtlich. Die Gutachter haben sich einge hend mit den Angaben und Diagnosen von Dr. Z.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und festgehalten, dass beim Beschwerdeführer in keiner Art und Weise von einem sozialen Rückgang gesprochen werden kann und weder eine A n hedonie noch eine Freudlosigkeit zu bestätigen ist ( Urk. 10/247/3). Das Bestehen einer De pression verneinen sie mit aller Deutlichkeit ( Urk. 10/229/1-39 S. 36). In der Tat vermitteln die im Gutachten festgehaltenen Beobachtungen (ausgeglichene Stimmung, einige Lächeln und herzhafte Lacher , vgl. Urk. 10/ 229 / 1-39 S. 22 ; Nichtvorhandensein einer andauernde n bedrückt-traurige n , nervöse n oder ge reizte n Stimmung, S. 24 ) nicht den Eindruck, der Beschwerdeführer sei – wie von Dr. Z.\_\_\_\_ beschrieben – niedergeschlagen, leide an Anhedonie und Freud losigkeit. Die Beurteilung des behandelnden Psychiaters erscheint daher weniger plausibel. Überdies legten die Gutachter stichhaltig dar, weshalb sie die Diag nose einer andauernden Persönlichkeitsstörung nicht verwirklicht sehen ( Urk. 10/247/3). In Anbetracht des Dargelegten ist der Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_

vom 23. April 2012 ( Urk. 10/242) nicht geeignet, das Gutachten vom 19.

Oktober 2011 des A.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. 5.4

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass auf das überzeugende und sorgfältige Gutachten vom 19. Oktober 2011 abzustellen ist. Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus gesa mtmedizinischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin zu 60 % arbeitsfähig ist. Der medizini sche Sachverhalt ist in dem Sinne als erstellt zu betrachten. Von weiteren medi zinischen Abklärungen, wie in Ziffer 3 der Beschwerdeschrift beantragt wurde, sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). So wur den die organischen Befunde vollständig erhoben und es ist nicht ersichtlich, welche abweichenden Resultate eine weitere interdisziplinäre Begutachtung er geben könnte. 5 .5

Da auch in erwerblicher Hinsicht keine Veränderungen ersichtlich sind und keine solchen geltend gemacht wurden, hat es mit der Feststellung sein Bewen den, dass von einem unveränderten Invaliditätsgrad auszugehen ist. Dem Be schwerdeführer steht damit keine

höhere Rente zu, weshalb die Beschwerde ab zuweisen ist. 6. 6.1

Vorliegend sind die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) erfüllt, so dass das Gesuch des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu be willigen ist ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 4, vgl. dazu auch Urk. 7, Urk. 8/2-10). Der Be schwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. 6.2

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.3

Mit Honorarnote vom 18. März 2014 machte Rechtsanwalt Bernhard

Zollinger, Zürich, Aufwendungen von insgesamt 7.58 Stunden sowie Auslagen von 45.30 geltend ( Urk. 12). Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist ihm eine Entschädigung von Fr. 1'686.20 auszu richten. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 18. Oktober 2012 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. Sodann erkennt das Gericht:

#### **E. 9**

.00 403 ; Urk. 10/ 213) teilweise gut, hob die Verfügung vom 26. März 2009 auf und stellte fest, dass der Versicherte ab dem 1. Mai 2009 weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe. Am 17. März 2011 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Urteils ( Urk. 10/218 und Urk. 10/220 ).

#### **E. 11**

. Mai 2011 ( Urk. 10/ 223 ) reichte der Versicherte

– unter Verweis auf zwei Berichte des B.\_\_\_\_ vom 31. März 2011 ( Urk. 10/221/1-2) und 11. April 2011 ( Urk. 10/221/3- 8 ) sowie eines Berichts des

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 12. Mai 2011 ( Urk. 10/221/9-10) –

einen Antrag auf Zusprache einer ganzen Invalidenrente ein .

In der Folge holte die IV-Stelle wiederum ein polydisziplinäres Gutachten beim A.\_\_\_\_ ( Urk. 10/229/1-39) sowie Ergänzungen zum Gutachten ( Urk. 10/232, Urk. 10/236) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 10/239, Urk. 10/241 ), in dessen Verlauf zusätzliche Berichte aufgelegt wurden ( Urk. 10/240 und Urk. 10/242) und eine weitere Gutachtungsergänzung erfolgte ( Urk. 10/ 247 ), verfügte die IV-Stelle am 13. September 2012 die Abweisung des Gesuchs um Erhöhung der Invalidenrente ( Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 13. September 2012 ( Urk. 2) erhob der Versicherte am 18. Oktober 2012 ( Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1) und es sei das Erhöhungsgesuch vom 20. Mai 2011 gutzuheissen ( Ziff. 2). Eventualiter sei die Sache an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung zurückzuweisen ( Ziff. 3). Ferner sei ihm

die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und in der Person von Rechtsanwalt Bernhard Zollinger

ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen ( Ziff. 4).

In der Beschwerdeantwort vom 22. November 2012 ( Urk. 9) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 28. November 2012 ( Urk. 11) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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