

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01021 vom 16. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01021

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01021 du 16 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01021 del 16 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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.

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Strittig ist die revisionsweise Erhöhung der bis anhin ausgerichteten halben Rente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verschlechtert hat respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat. Für die Beurteilung der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, wird der Sachverhalt zur Zeit der strittigen Verfügung (September 2014) verglichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenrevision (Verfügung vom Juni 2010, Urk. 8/125) bestanden hat. 2.2

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2)

fest, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen sei . Als einzige neue Diagnose sei eine chronische Schmerzstörung dazugekommen. Diese gehöre zu den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage. Die Überprüfung der Försterkriterien habe ergeben, dass die Beschwerden aus objektiver Sicht überwindbar seien (S. 2 oben).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin an, dass die im MEDAS-Gutachten angegebenen psychiatrischen Störungen bereits in den vorliegenden

Berichten abgebildet worden seien, wenn auch teilweise anderen Diagnosen zugeordnet. Der Schweregrad sei etwa ähnlich den Vorberichten. Insofern sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nicht plausibel. Anzumerken sei zudem, dass dem Beschwerdeführer nach Ansicht des rheumatologischen Teilgutachters leichte Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar seien (S. 1 unten). 2.3

Der Beschwerdeführer macht in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass gestützt auf das MEDAS-Gutachten aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % bestehe (S. 3 oben). Die in der Verfügung gemachte Aussage, dass keine Anhaltspunkte für einen sozialen Rückzug und einen primären Krankheitsgewinn vorlägen, sei nicht korrekt (S. 4 oben).

Der rheumatologische Gutachter sei zum Schluss gekommen, dass für schwere bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben sei. Leichte Tätigkeiten seien zwar grundsätzlich zumutbar, zu welchem Prozentsatz könne in dessen Ermangelung früherer Arbeitsplatzprofile nicht entschieden werden (S. 4 unten). Zudem sei zu berücksichtigen, dass jede einzelne, durch die Osteoporose neu bedingte Fraktur gemäss Gutachten eine volle Arbeitsunfähigkeit während rund dreier Monate nach sich ziehe (S. 5 unten).

Schliesslich seien zu den im Hauptgutachten festgehaltenen Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch die HIV-Infektion, die durch die HIV-Medikamente bedingten zahlreichen Nebenwirkungen, die Adipositas sowie die Hepatitis C-Erkrankung zu zählen. Das Zusammenkommen all dieser einzelnen schweren, jede für sich die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Krankheiten wirke sich in seiner Gesamtheit nochmals zusätzlich negativ auf seine Arbeitsfähigkeit aus (S. 5 Mitte).

Die Prognosepunkte Eingliederung werde von allen Gutachtern sowie den behandelnden Ärzten Dr. C.____ und Dr. D.____ einheitlich als schlecht beurteilt. Mit Blick auf die zahlreichen Komorbiditäten sei nicht davon auszugehen, dass er je wieder werde arbeiten können (S. 6 Mitte). 3.

E. 3

-15). Per September 1998 meldete sich der Versicherte in der Schweiz ab und zog nach Z.____, A.____ (Urk. 8/74).

Nach einem Gesuch des Versicherten um Rentenerhöhung im Mai 1999 (Urk.

E. 3.1

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. Januar 2013 (Urk. 8/156) wurden die damals vorliegenden medizinischen Akten wie folgt gewürdigt

(S. 8 f. E.

4.1 - E.

4.4):

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte ist eine Veränderung im Gesundheitszustand ausgewiesen und unbestritten, da der Beschwerdeführer neu an Osteoporose und dadurch bedingten Wirbelfrakturen leidet. Es stellt sich allerdings die Frage, ob es sich dabei um eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes handelt, welche sich zusätzlich auf die zumutbare Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit – von bis

anhin 50 % – auswirkt. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit finden sich die Einschätzungen des Hausarztes Dr. C.____ sowie des RAD-Arztes Dr. E.____ . Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens Dezember 2011. Er bezweifelte eine genügende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch eine Vertebroplastie . Demgegenüber verneinte Dr. E.____ eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes, da eine Vertebroplastie die Beschwerden innerhalb von wenigen Stunden abklingen lasse, und ging (weiterhin) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit aus. (...)

Angesichts der vorliegenden Akten ist nicht klar, wie sich die neu aufgetretene Osteoporose mit ihren Begleiterscheinungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Auch lässt sich nicht sagen, inwiefern ein operativer Eingriff (Vertebroplastie) den Gesundheitszustand und entsprechend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würde. Die diesbezüglichen Einschätzungen des Hausarztes Dr. C.____ und des Anästhesisten Dr. E.____ stehen sich diametral entgegen. Von einer kurzfristigen Verbesserung kann auf grund des Berichtes des Swiss Medical Board wohl ausgegangen werden. Massgebend wäre indessen nur eine dauernde Verbesserung.

Nach dem Gesagten ist eine Beurteilung der aktuellen Beeinträchtigungen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, und somit auch die Beantwortung der Frage, ob eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, anhand der vorliegenden Berichte nicht möglich.

(...) Angesichts der Aktenlage sind weitere Abklärungen erforderlich, um den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht zu vervollständigen. Fraglich sind die Auswirkungen einer Vertebroplastie auf die Arbeitsfähigkeit respektive die aktuelle Arbeitsfähigkeit und die nach Durchführung einer Vertebroplastie zu erwartende Arbeitsfähigkeit. Falls durch den Eingriff eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten ist, ist ausserdem zu klären, ob dem Beschwerdeführer eine entsprechende Operation aus medizinischer Sicht zumutbar ist, zu mal er sich nach dem traumatischen Vertebroplastieversuch nicht erneut einem solchen Eingriff unterziehen möchte.

Die vorliegende Streitsache erweist sich folglich als nicht spruchreif. (...)

E. 3.2

Dr. med. C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hatte

am 8. Mai 2012 (Urk. 8 /1 31 /1-4) festgehalten, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit seinem letzten Bericht vom März 2010 deutlich verschlechtert.

Im Dezember 2011 hätten sich die lumbalen Beschwerden rasch verstärkt. Es seien Wirbelfrakturen bei ausgeprägter Osteoporose festgestellt worden (S. 3 lit . D.3). Seit mindestens Dezember 2011 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 lit . B).

Dem aktuellen Bericht von Dr. C.____

vom 15. April 2013 zuhanden der Beschwerdeführerin (Urk. 8/161) ist zu entnehmen, dass seit her keine wesentliche Änderung stattgefunden hat (S. 1 oben).

Dr. C.____ nannte folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1):
- HIV-Infektion (Erstdiagnose 1986, Infektion durch Injektionsdrogenkonsum) -
chronische Hepatitis C - Osteoporose - Deckplatteneinbruch BWK7 - Bodenplatteneinbruch

LWK3 und LWK5 - depressive Störung und dissoziale Persönlichkeitsstörung

Dr. C.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer immer sehr kooperativ sei. Im Dezember 2012 habe er einen erneuten Wirbelkörperbruch erlebt. Weiterhin bestehe eine ausgeprägte Adynamie im Rahmen einer chronischen Depression, Vereinsamung und Deprivation. Mit illegalem Drogenkonsum habe er aufgehört (S. 2 Ziff. 3). Ein aktueller Konsum von psychotropen Substanzen spiele keine Rolle für die andauernde Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 4).

Der Beschwerdeführer brauche lebenslang antiretrovirale Medikation und vermutlich ebenso lange eine genügend dosierte Opioidsubstitution und genügende Analgesie (S. 3 oben).

E. 3.3

Zur weiteren Abklärung des entscheiderelevanten Sachverhaltes holte die Beschwerdeführerin ein

Gutachten der Ärzte der MEDAS B.____ ein. Das Gutachten vom 22. Januar 2014 (Urk. 8/178 /1-26)

basiert auf einer internistischen, einer rheumatologischen und einer psychiatrischen Beurteilung sowie den vorhandenen Akten. Die begutachtenden Ärzte nannten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24

Ziff. 4 .1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, mit - residual-affektivem Zustandsbild - anderen anhaltenden kognitiven Beeinträchtigungen, bei persistieren der Opiatabhängigkeit (episodischer Gebrauch von Heroin trotz Therapie mit 60 mg Methadon/Tag), persistierender Nikotinabhängigkeit (mit [Raucher-] Bronchitis) und früherer langjähriger Polytoxikomanie - intermittierendes lumbovertebrales, teils thorakolumbales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, linksbetont, bei - deutlichen Spondylarthrosen im kaudalen Lumbalbereich - deutlicher Osteoporose lumbal (behandelt), bei Risikofaktoren Nikotinabusus und HIV-Positivität/AIDS (behandelt) - Status nach Impressionsfrakturen des 12. Brustwirbels und, weniger, der Lendenwirbelkörper

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurden im Wesentlichen eine HIV-Infektion, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie, eine Unterschenkelvarikose beidseits sowie eine chronische Hepatitis C genannt (S. 24 Ziff. 4.2). Gemäss eigenen Angaben leide der Beschwerdeführer unter ständigen Schmerzen. Im Vordergrund stünden die Rückenschmerzen, welche seit zwei bis drei Jahren, ohne Auslöser, langsam aufgetreten seien und seither ständig zugenommen hätten. Des Weiteren leide er an chronischen Bauchschmerzen und – seit Januar 2000 – an Schmerzen im linken Bein. Schliesslich sei die Einsamkeit ein grosses Problem (S. 16 ff. Ziff. 1.2.4).

Im rheumatologischen

Teilgutachten der Klinik F.____ in G.____ vom 22. Oktober 2013 (Urk. 8/178/43-48) wurde ausgeführt, dass die Untersuchung sehr kooperativ durchgeführt werden können. Die Befunde seien relativ gering. Zusammengefasst bestehe ein leichtes vertebrales Schmerzsyndrom (S. 4 Ziff. 5).

Aus rheumatologischer Sicht führe die verminderte segmentale Belastbarkeit vertebraal zu einer Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten. Leichte Tätigkeiten seien rheumatologisch zumutbar. Nicht zumutbar sei das repetitive Heben und

Tragen von Gewichten über 10 kg über Gürtelhöhe sowie von mehr als 5 kg über Schulterhöhe. Aufgrund des Frakturrisikos sei auch das vereinzelte Tragen von schweren Lasten nicht zumutbar. Ebenfalls nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Sicherungsfunktionen. Die Arbeitsfähigkeit gelte retrospektiv seit etwa einem Jahr. Nach durchgemachten Frakturen sei von einer Rehabilitationsphase von etwa drei Monaten auszugehen (mit daraus folgender voller Arbeitsunfähigkeit). Der Hausarzt berichte in ausführlichen und konklusiven Berichten über eine volle Arbeitsunfähigkeit. Interdisziplinär, unter Berücksichtigung der erheblichen Komorbiditäten, sei seine Beurteilung sehr gut nachvollziehbar (S. 5 Ziff. 6). Seit September 2010 seien osteoporotische Frakturen im vertebrealen Bereich dazugekommen. Dementsprechend habe sich der Gesundheitszustand aus rein rheumatologischer Sicht verschlechtert (Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten; S. 6 Ziff. 8). Die Therapieoption der Vertebroplastie sei zum heutigen Zeitpunkt nicht (mehr) sinnvoll; dadurch sei auch keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 6 Ziff. 7).

Pract. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 13. November 2013 (Urk. 8/178/31-40) aus,

der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung liege nahe, aufgrund Aktenlage und Anamnese könne eine solche aber nicht schlüssig belegt werden. Bei der genauen Überprüfung des psychischen Status Quo mit dem Psychostatus ergebe sich nur ein sehr geringes depressives Syndrom, was auch dem psychiatrisch-klinischen Eindruck entspreche. Aufgrund des prominenten Drogenkonsums über eine sehr lange Zeitspanne sei es aus seiner Sicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Depressivität und Psychoorganizität Restzustände nach ICD 10 bei Drogenkonsum seien (S. 8 Mitte). Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei anzunehmen (S.

8 unten). Zu den Kriterien für die Anerkennung chronischer Schmerzkrankheiten ohne adäquates somatisches Korrelat gab pract. med. H.____ an, psychische Komorbiditäten seien vorhanden, ebenfalls somatische (gemäss rheumatologischem Teilgutachten). Ein sozialer Rückzug liege vor. Ein primärer Krankheitsgewinn wäre allenfalls darin zu vermuten, dass der Beschwerdeführer in einem Land lebe, in dem er sich nicht mehr wohl fühle; dies scheine ihm aber ein eher schwacher Aspekt zu sein. Der Beschwerdeführer unterziehe sich keiner psychiatrischen Behandlung. In der Gesamtschau sei ein Teil der Kriterien erfüllt, ein kleiner Teil nicht. Die Ausprägung der Kriterien sei eher nicht stark. Insofern liege aus seiner Sicht ein schwacher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 9 oben). Letztlich seien bis auf die somatoforme Störung die angegebenen Störungen bereits in den vorliegenden Berichten abgebildet worden, wenn auch teilweise anderen Diagnosen zugeordnet. Der Schweregrad sei etwa ähnlich den Vorberichten (S. 9 Mitte). Im Jahr 2008 sei die I.____ von einer Arbeitsfähigkeit von etwa 20 Stunden pro Woche, mithin etwas weniger als 50 % ausgegangen.

Damals sei die somatoforme Störung noch nicht angeführt worden. Dennoch erscheine diese Einschätzung nachvollziehbar, weniger aufgrund der Diagnosen als auf Basis des angeführten Befundes. Aufgrund der dazugekommenen somatoformen Störung sei von einer Verschlechterung auszugehen und unter Berücksichtigung vor allem des ICF erscheine eine Arbeitsfähigkeit von 40 % aus versicherungsmedizinischer Sicht realistisch.

Aus psychiatrisch-klinischer Sicht erachte er einen erfolgreichen Wiedereinstieg für überwiegend unwahrscheinlich (S. 10 Ziff. 5.1).

Im Rahmen der zusammenfassenden Beurteilung im Hauptgutachten (Urk. 8/178/1-26) wurde festgehalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit September 2010 verschlechtert habe, somatisch jedoch nur vorübergehend, in dem leichtgradige

osteoporotische

Wirbelkörper-Impressionsfrakturen hinzugekommen seien, wofür der Beschwerdeführer inzwischen entsprechend behandelt werde. Aus psychiatrischer Sicht sei die klare Diagnose „chronische Schmerzstörung“ neu hinzugekommen, welche die somatisch adaptierte Arbeitsfähigkeit auf 40 % der Norm vermindert habe (S. 26 Ziff. 6.1). Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde ausgeführt, dass körperlich leichte Arbeiten ohne Heben und Tragen von mehr als 10 kg kranial der Gürtellinie und von mehr als 5 kg kranial der Schulterhorizontalen sowie ohne kraftherheischende Sicherungsfunktionen zu 40 % der Norm zumutbar seien, wobei vor allem die psychischen Befunde limitierend wirkten (S. 25 Ziff. 5.2).

Die Prognose punkto Wiederaufnahme einer Arbeit sei düster, vor allem aus psychiatrischen Gründen (S. 26 Ziff. 5.5). 4. 4.1

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit liegen die Einschätzungen von Dr. C.____ sowie der Ärzte der MEDAS B.____ vor. Während der Hausarzt Dr. C.____ – wie offenbar auch dessen Nachfolger, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (vgl. Telefonnotiz der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Urk. 3/6) – von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging, attestierten die Ärzte der MEDAS B.____ dem Beschwerdeführer eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. 4.2

Die neu vorliegende, ausführliche Expertise der MEDAS B.____ erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1. 3) vollumfänglich. Sie setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte.

Darauf kann abgestellt werden. Die Diagnosen und Befunde sind denn auch grundsätzlich unbestritten.

Soweit der Hausarzt Dr. C.____ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte, vermag diese Einschätzung die eingehend begründeten Untersuchungsergebnisse der Ärzte der MEDAS B.____

nicht in Zweifel zu ziehen. So begründete Dr. C.____ die von ihm attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht näher.

Auch machte er keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Im Übrigen ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 352 ff.). 4.3

In Würdigung der Akten zeigt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Juni 2010 verändert hat. Neu sind eine chronische Schmerzstörung sowie leichtgradige

osteoporotische

Wirbelkörper-Impressionsfrakturen hinzugekommen. Aus dem MEDAS- Gutachten ergibt sich, dass aufgrund der osteoporotischen Frakturen nicht von einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. So besteht zwar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten; in Bezug auf eine angepasste, körperlich leichte Tätigkeit bleiben diese indessen ohne (dauerhaften) Einfluss. Damit bleibt zu prüfen, ob die aufgrund der chronischen Schmerzstörung attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsrechtlicher Sicht berücksichtigt werden kann. 4. 4

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, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener 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“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative 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, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Aufgabe des begutachtenden Arztes im Rahmen der Invaliditätsbemessung bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist, sich dazu zu äussern, ob eine psychische Komorbidität oder weitere Umstände gegeben sind, welche die Schmerzbewältigung im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit behindern. Gestützt darauf haben die rechtsanwendenden Behörden zu entscheiden, ob der Gesundheitsschaden invalidisierend ist, das heisst zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob ein zehne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (Urteil 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.3). Die Prüfung schliesst die Beurteilung der Frage ein, inwiefern die ärztliche Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt (Urteil 9C_651/2009 vom 7. Mai 2010 E. 5.1).

4. 5

Das zentrale Kriterium einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist vorliegend nicht gegeben. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. ___ führte zwar aus, dass psychische Komorbiditäten vorhanden seien, machte aber keine näheren Angaben dazu. Das von ihm fest gestellte depressive Syndrom beurteilte er selbst als gering und sah dieses als Restzustand nach Drogenkonsum (Urk. 8/178/31-40 S. 8 Mitte) . Von einem selbstständigen, vom Schmerzsyndrom losgelösten psychischen Leiden kann somit nicht ausgegangen werden. Damit bleibt zu prüfen, ob in Würdigung der alternativen Kriterien insgesamt auf die ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Schmerzbewältigung zu schliessen ist.

Im MEDAS -Gutachten wurde ein lumbovertebrales , teils thorakolumbales bis lumbospondylogenes

Syndrom diagnostiziert, wobei die Befunde als relativ gering beurteilt wurden

(Urk. 8/178/43-48 S. 4 Ziff. 4.1 und Ziff. 5) . Dies führt zum Schluss, dass zwar eine chronische körperliche Erkrankung vorliegt, diese jedoch nur mässig ausgeprägt ist.

Von einem chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ist vorliegend wohl noch nicht auszugehen, da sich die Schmerzstörung beim Beschwerdeführer erst vor kurzem entwickelt hat.

Betreffend Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ist zu bemerken, dass im MEDAS-Gutachten zusätzliche medizinische Massnahmen empfohlen wurden, nämlich eine ambulante psychiatrische Ergotherapie sowie eine muskelaufbauende Physiotherapie (Urk. 8/178 /1-26 S.

25 Ziff. 5.3).

Somit sind nicht alle zumutbaren Behandlungsoptionen ausgeschöpft. Insbesondere unterzog sich der Beschwerdeführer bisher keiner psychiatrischen Behandlung.

Angesichts der Tatsache, dass die Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft sind, kann auch nicht von einem therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) ausgegangen werden.

Angesichts der Angaben im MEDAS-Gutachten ist zwar ein leichtgradiger Rückzug anzunehmen, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt indessen nicht vor. Der Beschwerdeführer steht in regelmässigem , gutem Kontakt mit seinem Vater, der in derselben Strasse wohnt, geht oft spazieren und tätigt seine Einkäufe selbst (Urk. 8/178 /1-26 S. 15 unten).

Ebenfalls steht er in Kontakt mit seinen beiden Brüdern, der Tochter und dem Sohn sowie einer Kollegin, welche ihm gelegentlich im Haushalt hilft (Urk. 8/178 /1-26 S. 15 oben; Urk. 8/178/31-40 S. 3 oben und S. 4 Mitte) . Auch seine Arzttermine nimmt er offenbar wahr. Dass er nur noch wenige Aussenkontakte hat, beruht nicht nur auf seinem eigenen Wunsch; vielmehr leidet er unter der Einsamkeit (vgl. Urk. 8/ 178 /1-26 S. 18 unten) .

Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden massgebenden Kriterien ergibt, dass lediglich von einer zwar chronischen, aber mässig ausgeprägten somatischen Begleiterkrankung

und einem leichtgradigen sozialen Rückzug

auszugehen ist. Angesichts dessen kann nicht gefolgert werden, eine Schmerzbewältigung sei ausnahmsweise unzumutbar.

Zu bemerken ist, dass der psychiatrische Gutachter pract . med. H. ____

davon ausging, dass zwar ein Teil der Kriterien erfüllt sei, die Ausprägung aber eher nicht stark sei und somit nur ein schwacher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Somit ist der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben, so dass die aufgrund der chronischen Schmerzstörung attestierte Minderung der Arbeitsfähigkeit im versicherungsrechtlichen Rahmen ausser Betracht bleiben muss. 4.6

Zusammenfassend ist in Bezug auf die Diagnosen und Befunde auf das MEDAS -Gutachten abzustellen. Wie soeben dargelegt, vermag die chronische Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit aus versicherungsrechtlicher Sicht indessen nicht zusätzlich einzuschränken. Demnach liegt keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vor

und es ist weiterhin von einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % auszugehen.

4.7

Nach dem Gesagten hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

seit der letzten Rentenrevisio n zwar verändert, in Bezug auf die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit ist indessen keine Änderung eingetreten . Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5 .

Die Kosten gemäss Art. 69

Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Aids-Hilfe Schweiz - 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 Mosimann Neuenschwander-Erni

E. 8

/ 152/3-6) hiess das hiesige Gericht im Verfahren Nr. IV.20

E. 12

.0 10 41 mit Urteil vom 23. Januar 20

E. 13

in dem Sinne gut, als es die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 8 / 156).

E. 17

Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Entscheid, 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).

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