

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00690 vom 20. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00690

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00690 du 20 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00690 del 20 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

8. Mai 2011 respektive

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung 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.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 28. Juni 2012 Beschwerde und beantragte, es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 5. September 2012 (Urk. 5) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 14. September 2012

(Urk. 7)

zur Kenntnis gebracht wurde.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 29. Mai 2012

(Urk. 2) dafür, dass aus medizinischer Sicht kein nennenswerter Gesundheitschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege und einzig während der Spitalaufenthalte kurzfristige Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen hätten. Dem Beschwerdeführer sei es weiterhin zumutbar, den bisherigen Tätigkeiten als Bauarbeiter und Reiniger zu 100% nachzugehen. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte des B.____

seien nicht nachvollziehbar.

E. 2.2

Diesen Entscheid liess der Beschwerdeführer unter verschiedenen Aspekten rügen (Urk. 1) und äusserte Kritik am

A.____-Gutachten. Insbesondere führte er an (S. 7 unten), dieses stelle keine genügende Entscheidungsgrundlage dar und stehe im Widerspruch zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte.

Ansichts der zwischen dem A.____-Gutachten und praktisch allen übrigen ärztlichen Berichten massiv divergieren den Befunde und Diagnosestellungen sowie Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit

erscheine es angezeigt, nochmals eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen und den Leistungsentscheid

neu zu fällen (S. 8). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Im Bericht vom 3. September 2009 (Urk. 6/19/12) hielt Dr. med. C.____, Facharzt für Radiologie, D.____, gestützt auf die Magnetresonanztomographie (MRI) des Schädels vom 3. September 2009 fest, das cerebrale MRI sei normal ausgefallen. Insbesondere habe sich kein Nachweis einer Ursache für den Schwindel oder die Kopfschmerzen gezeigt.

E. 3.2

hievor) und von Dr. M.____ und Dr. N.____ vermögen an der Beurteilung der A.____-Gutachter nichts zu ändern. Die behandelnden Ärzte nannten in ihren Berichten lediglich Diagnosen, ohne nähere Angaben zu funktionellen Einschränkungen beziehungsweise zur Arbeitsfähigkeit in bisheriger sowie beziehungsweise angepasster Tätigkeit zu machen. Schliesslich äusserten sich auch die Fachpersonen des O.____ (E. 3.7 hievor) nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.4

4.4.1

Die Sachverständigen des B.____

machten geltend, die Annahme, dass der Beschwerdeführer regelmässigen Kontakt zu Kollegen, Freunden und Geschwister habe, sei falsch. Zudem sei auch der Tagesablauf im Gutachten unvollständig wieder gegeben worden und die Aktivitäten deutlich überzeichnet. In Bezug auf diesen Kritikpunkt kann mit den A.____-Gutachtern davon ausgegangen werden,

dass Kontakte, Tagesablauf und Aktivitäten vom Beschwerdeführer

so geschildert wurden. 4.4.2

Soweit moniert wird, es hätte sowohl eine Fremdanamnese als auch eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt werden sollen, ist festhalten, dass im Hinblick auf eine neuropsychologische Testung respektive Einholung fremdanamnestischer Auskünfte kein der Expertise anhaftender Mangel zu erblicken ist, sind doch gemäss Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 Fremdauskünfte nicht in jedem Fall zwingend erforderlich (vgl. dazu Ziff. 5, vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2 mit Hinweisen) und ein (neuro-)psychologischer Zusatzuntersuchungen lediglich bei begründeter Indikation wie Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektifizierbaren Beschwerden beziehungsweise geklagten Funktionseinbüssen zu veranlassen (Ziff. 4.3.2.2). Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen Bemühungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die

Gesamtbeurteilung einzubeziehen ist. Generell kann einem testmässigen Erfassen

der Psychopathologie

im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur ergänzende Funktion beigemessen

werden; ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C_44/2007 vom 7. April 2008 E. 3.2 mit Hinweisen). 4.4.3

Der Beschwerdeführer macht ebenfalls geltend (Urk. 1 S.

6), die

A.____-Begutachtung sei nicht legitim

durchgeführt worden,

insbesondere weil

kein Bericht der behandelnden Therapeuten des B.____

eingeholt worden sei. Die nachträgliche Stellungnahme des A.____ vom 22. Februar 2012 zum ärztlichen Bericht des B.____

könne diesen Mangel nicht beheben, weil stets die (fast unüberwindbare) Tendenz bestehe, an einer einmal geäußerten Meinung festzuhalten. In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist festzuhalten, dass es zwar zutrifft, dass den A.____-Gutachtern anlässlich der Begutachtung vom 18. Mai respektive 29. Juli 2011 die Berichte des B.____ nicht vorgelegen hatten, sie in

ihrer Beurteilung aber die Berichte der früher behandelnden (Fach-)Ärzte berücksichtigten, die wie bei spielsweise Dr. L.____ (E.

E. 3.3

PD Dr. med. G.____, Leitender Arzt,

und Dr. med. H.____, Assistenzärztin, I.____, Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie, nannten im Austrittsbericht vom 2. März 2010 (Urk. 6/26/8-9)

über die Hospitalisation vom 28. Januar bis 15. Februar 2010 als Diagnose eine Somatisierungsstörung (ICD-

E. 3.4

Dr. med. J.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, äusserte im Bericht vom

12. März 2010 (Urk. 6/19/7-9) den Verdacht auf eine depressive Entwicklung mit somatischen Beschwerden seit zirka 2007, nannte rezidivierende Kopfschmerzen vom Spannungstyp und attestierte dem Beschwerdeführer folgende Arbeitsunfähigkeiten: 100 %

am 2. Februar 2009, 100 % vom 4. bis 19. Juni 2009, 100 % vom 18. August bis 4. September 2009.

Es bestünden rezidivierende depressive Verstimmungen zu Ständen mit multiplen somatischen Beschwerden, aufgrund derer sich der Beschwerdeführer als subjektiv arbeitsunfähig erachte. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne im Umfang von 100 % ab 5. September 2009 gerechnet werden. 3. 5

Der vom 7. September 2009 bis 11. Januar 2011 behandelnde med. pract. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierte dem Beschwerdeführer am 16. April 2010 (Urk. 6/20, vgl. dazu auch Urk. 6/12/8 und Urk. 6/12/9) als Bauhilfsarbeiter und Schaler eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von August 2009 bis Januar 2010 und nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45) und einen Verdacht auf Aggravation (ICD-10 F68.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er Probleme in kultureller Eingewöhnung (ICD-10 Z60) an.

Die aktuellen Muskelschmerzen am ganzen Körper verhinderten eine Arbeitsfähigkeit. Bereits das Aufstehen vom Stuhl bereite dem Beschwerdeführer sichtlich grosse Schwierigkeiten. Ferner führte med.

pract.

K.____ Kopfschmerzen, Schlafstörungen und Schwindel als aktuelle Symptome auf. Laut Beschwerdeführer hätten etliche Medikamentenversuche nicht gewirkt; einzig Trittico habe seinen Schlaf etwas verbessert. Insgesamt sei der Symptomverlauf jedoch unverändert. Der Beschwerdeführer interpretiere seine Lage als schwere Depression, kriege aber seine "Sammlung an AUF-Zeugnissen

gut geregelt" und wirke nicht depressiv. Es sei kaum eine Besserung als Folge der Therapie zu erwarten. Wegen Verständigungsschwierigkeiten habe er ihn an Dr. med. L.____ weiter verwiesen.

Einschränkungen bestünden in Form von Kraftlosigkeit, Schmerzen beim Bewegen der Glieder, einer subjektiven Depression und Kopfschmerzen sowie Schlafstörungen. Er vermöge die Schalbretter nicht mehr zu tragen. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden.

Dem Beschwerdeführer seien rein „sitzende“ und wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit sowie Belastbarkeit seien uneingeschränkt. Beim Beschwerdeführer seien weder Motivation noch ein Verbesserungswunsch noch Bestrebungen hinsichtlich einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit vorhanden. Es sei schwierig, die Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht zu beurteilen.

E. 3.6

Dr. med. M.____, Assistenzarzt, und Dr. med. N.____, Leitender Arzt, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, O.____, berichteten am 29. Juni 2010 (Urk. 6/31/18), dass keine Hinweise auf degenerative Veränderungen beziehungsweise entzündliche ossäre Veränderungen der Halswirbelsäule ersichtlich seien. Hinsichtlich der Brustwirbelsäule hielt er im Vergleich mit der Voruntersuchung vom 11. Februar 2004 eine stationär diskret skoliotische Fehlhaltung fest. Die Zwischenwirbelräume seien ohne pathologische Veränderungen. In der Lendenwirbelsäule habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 11. Februar 2004 eine Chondrose L1/2 gezeigt, im Übrigen aber eine normale Haltung der Lendenwirbelsäule. Die ossäre Struktur der Wirbelkörper sowie der Dorn- und Querfortsätze seien regelrecht und in den Zwischenwirbelscheiben L3-S1 habe sich keine pathologische Veränderung gezeigt. Es bestünden auch keine Hinweise für eine Iliosakralgelenks-Arthritis beidseits.

E. 3.7

Im Bericht vom 8. Juli 2010 (Urk. 6/26/10-16) stellten die Fachpersonen des O.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, gestützt auf ihre ambulante, vom 29. Juni bis 8. Juli 2010 stattgefundenen ärztlichen, physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und psychologischen Abklärungen im Rahmen der Rheumatologischen Interdisziplinären Schmerz-Sprechstunde (RISS) folgende Diagnosen: - Verdacht auf generalisierte Angststörung (Differentialdiagnose: Schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Differentialdiagnose: im Rahmen der Diagnose eins) - generalisiert gesenkte mechanische Schmerzschwelle - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (Erstmanifestation mindestens seit Juli 2003) mit Spannungskopfschmerzen - degenerative Veränderungen - Haltunginsuffizienz, muskuläre Dekonditionierung, Skoliose der Brustwirbelsäule nach links - Epicondylopathia

hum er oradialis - Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom - fremdanamnestisch Schnarchen mit Apnoephasen und Arousals - begünstigende Faktoren wie Adipositas, Nikotinkonsum - Anamnestisch chronische wässrige Diarrhoe unklarer Genese - wahrscheinlich bedingt durch tägliche Einnahme von zwei Sachets

Mo vicol - Differentialdiagnose: Reizdarmsyndrom vom Diarrhoe-Typ

Die Sachverständigen des O. ___ hielten in ihrer gemeinsamen Beurteilung fest (S.

1

ff.), der Beschwerdeführer habe ein besonders ausgeprägtes in validieren des, demonstratives, regrediertes Verhalten sowie eine enorme Dependenz gegenüber der Familie entwickelt und scheine keinerlei Verantwortung mehr im Leben zu übernehmen.

Aufgrund der Schmerzen und dem Angstvermeidungsverhalten sei er in allen Lebensbereichen sehr stark eingeschränkt. Copingstrategien seien keine erkennbar. Es scheine auch eine gewisse Überbehütung durch die Ehefrau statt zuzufinden, die eine Aktivierung zurück zur Selbständigkeit erschwere beziehungsweise verhindere. Zudem sei die letzte aktive Arbeitserfahrung in der Baubranche sehr negativ geprägt gewesen, so dass die Motivation, in den angestammten Job zurückzukehren, gering sein dürfte.

Aus rheumatologischer Sicht habe sich eine physische Konditionierung, jedoch kein somatischer Befund gezeigt, der die Intensität der Schmerzproblematik erklären würde.

Eine Diskrepanz sei auch während der klinischen Untersuchung deutlich geworden: Als der Beschwerdeführer aufgefordert worden sei, die Arme über den Kopf zu heben und zu strecken beziehungsweise den Nackengriff zu machen, habe er dies äusserst langsam und erst nach mehrmaligem Nachhelfen richtig gemacht. Als jedoch in Bauchlage der umgekehrte Lasègue geprüft worden sei, habe er beidseits mit den problemlos über den Kopf gelegten Armen ebenso problemlos und mit rascher Bewegung anzeigen können, wo er lumbale Schmerzen verspüre. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nahmen sie keine Stellung.

E. 3.8

hievor) oder Dr. T. ___

(E. 3.10 hievor) bereits eine schwere depressive Episode als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt hatten, welche allerdings weder im A. ___ - Gutachten vom 14. Juli 2011 (E. 3.11 hievor) noch in der Stellungnahme vom 22. Februar 2012 (E. 3.14) bestätigt

werden konnte . 4.5

Nach dem Gesagten ist auf das A. ___ - Gutachten vom

14. Juli 2011 (inklusive ergänzende Stellungnahme vom 22. Februar 2012) abzustellen. Der medizinische Sachverhalt ist als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer so wohl in bisheriger wie auch in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

Von weiteren Abklärungsmassnahmen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. 5.

Was die erwerbliche Seite angeht, ist die bisherige Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter und Reiniger dem Beschwerdeführer weiterhin zumutbar (vgl. dazu Urk. 6/ 33 S. 16).

Bei einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in ursprünglicher und angepasster Tätigkeit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 6 .

Damit erweist sich die rentenabweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. Mai 2012 (Urk . 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7 .

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die

Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 9 00.-- fest zu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Gabathuler - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Gräub-Dietrich

E. 3.9

Dr. med. Q.____, Assistenzarzt, und Dr. med. R.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Therapeutischer Leiter, S.____, diagnostizierten im Bericht vom 30. November 2010 über den Klinikaufenthalt

vom 13. September bis 11. November 2010

(Urk. 6/28/1-6; vgl. dazu auch Urk. 6/28/7-12) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei selbstunsicherer und vermeidender Persönlichkeitsstruktur ungefähr seit dem Jahr 2000, eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.1), ein chronisches panvertebrales Schmerzsymptom mit Spannungskopfschmerzen bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, einer Skoliose der Brustwirbelsäule, einer Halsungsinsuffizienz und muskuläre Dekonditionierung

sowie eine Epicondylopathia

radialis. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie eine Adipositas, einen

Nikotinabusus und einen Verdacht auf Schlafapnoesyndrom fest.

Der Beschwerdeführer sei als Bauarbeiter seit August 2009 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des Schmerzsyndroms bei Dekonditionierung und degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie der schweren psychischen Störung sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im zuletzt ausgeübten Beruf gegeben. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei derzeit zu 25 % möglich. Mittelfristig werde eine mehr als 50%ige Arbeitsfähigkeit in einem behinderungsangepassten Rahmen angestrebt. Obwohl mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werde, sei nicht absehbar, wann und in welchem Umfang damit zu rechnen sei. Bei anhaltender Beschäftigungs- und Strukturlosigkeit zu Hause bestehe die Gefahr einer weiteren regressiven Entwicklung und Verstärkung der depressiven Symptomatik sowie der Schmerzsymptomatik bei anhaltender muskulärer Dekonditionierung. Diese Angaben gälten seit dem stationären Aufenthalt; vermutlich aber bereits seit mindestens acht bis zehn Monaten.

E. 3.10

hievord) ist anzumerken, dass

Dr. T.____ als Facharzt für Allgemeine Medizin nicht über die nötigen Fachkenntnisse verfügt, um eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Bezüglich Befunderhebung verwies er denn auch auf weitere medizinische Berichte und führte zudem aus, dass keine gesicherte Einschätzung bezüglich einer medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Arbeiter möglich sei; der Beschwerdeführer sei durch andere Ärzte krankgeschrieben worden.

Im Übrigen darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten, der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt analog für die behandelnden Fachärzte. 4.3

Auch die weiteren im Recht liegenden Berichte von Dr. G.____ und Dr. H.____ ,

Dr. C.____ (E. 3.1 hievord), Dr. E.____ (E.

E. 3.11

hievord).

Es ist für die Beantwortung der sich hier stellenden Fragen umfassend und gibt namentlich Auskunft über die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in Verweistätigkeiten unter Berücksichtigung der Schmerzkomponente und weiterer die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende r

Faktoren .

Die Expertise basiert auf einlässlichen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Insbesondere zeigten die Ärzte auf, dass die objektive Beurteilung in deutlichem Gegensatz zur Auffassung des Beschwerdeführers steht, der sich für vollständig invalide hält (S.

15) , und dass die Inkonsistenzen und demonstrativen Elemente weder in der rheumatologischen noch in der psychiatrischen Untersuchung aufgelöst werden konnten. Das Gutachten wurde weiter in Kenntnis der Vorakten abgegeben, die Ärzte nahmen Einblick in die Vorberichte und würdigten die Ergebnisse im Rahmen ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese .

Im Einzelnen wurde nachvollziehbar dargestellt, dass objektive psychopathologische Merkmale einer Depression nicht zu erheben gewesen waren und auch aus rheumatologischer Sicht keine Erkrankung

vorgelagert, die zu Funktions- und Bewegungseinschränkungen führt (S.

14 f. lit F , S. 26 Ziff. 4 unten) . Bezüglich des Lumbovertebralsyndroms wurden eine konsequente Gewichtsabnahme, konditionierende Massnahmen sowie ein muskuläres Aufbautraining als notwendig erachtet und es als unverständlich und kaum nachvollziehbar bezeichnet , weshalb sich der Beschwerdeführer so viel hinlegen müsse. Die Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer

aus interdisziplinärer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer Vertätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, ist plausibel begründet.

Das A.____-Gutachten vom 14. Juli 2011 respektive 22. Februar 2012

entspricht damit den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Expertise. Der Umstand, dass gemäss BGE 139 V 349 (Bundesgerichts urteil 9C_207/2012 vom 3. Juli 2013) die Anforderungen an die medizinische Begutachtung, wie sie in BGE 137 V 2010 für polydisziplinäre MEDAS-Begutachtungen umschrieben worden sind, grundsätzlich sinngemäss auf mono- und interdisziplinäre

Expertisierungen anwendbar sind, bedeutet nicht, dass solche nach

altem Standard eingeholte Gutachten ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert einbüssten (analog Bundesgerichts urteil 9C_148/2012 vom 17. September 2012 E. 1.3 und 1.4).

Dass der Beschwerdeführer

(nach kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten) wieder voll arbeitsfähig sei , bestätigte auch der behandelnde Hausarzt Dr. J.____ , der in seinem Bericht vom 12. März 2010 (E. 3.4 hievore) ausführte, dass trotz subjektiver Arbeitsunfähigkeit mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit im Umfang von 100 % ab 5. September 2009 gerechnet werden könne.

Dass Divergenzen zwischen den geklagten Beschwerden und den erhobenen Befunden bestehen, zeigte auch Dr. K.____ in seinem Bericht vom 16. April 2010 (E. 3.5 hievore) auf und befand den Beschwerdeführer trotz subjektiv geklagter Depression als nicht depressiv ; dieser interpretiere seine Lage zwar als schwere Depression, kriege aber seine

„Sammlung an AUF-Zeugnissen gut geregelt“ und wirke nicht depressiv .

Zudem führte Dr. K.____ eben falls Probleme in Zusammenhang mit der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60) auf. Auch die Fachpersonen des O.____ bestätigten Divergenzen im vorerwähnten Sinne (E.

3. 7 hievor). 4.2

Was den Bericht der behandelnden Fachpersonen des B.____ vom 28. November 2011 (E.

E. 3.12

hievor) und das andere Mal eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome als Diagnosen genannt wurden.

Zu den von Dr. L.____

am

28. September 2010 (E. 3.8 hievor) gestellten psychiatrischen Diagnosen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome seit mindestens Januar 2010 und einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bestehend seit August 2009 ist anzumerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht er mes sens frei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 mit Hinweis). Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr.

med. U.____ unerkannt geblieben und geeignet gewesen wären, zu einer Abweichung der Beurteilung zu führen, sind nicht ersichtlich. Hinzu kommt, dass Dr. L.____

das Ergebnis der stationären psychiatrischen Therapie abwarten wollte und damit die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilte. Die A.____ -Gutachter ihrerseits befanden, eine entscheidende Depression könne nach den Schilderungen des Beschwerdeführers daraus nicht abgeleitet werden (Urk. 6/33 S.

16).

Was die Einschätzungen von Dr. Q.____ und Dr. R.____

vom 30. November 2010 (E. 3.9 hievor) anbelangt , ist festzuhalten, dass im besagten Bericht nicht schlüssig dargelegt wurde, weshalb die gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers nicht überwindbar sei (vgl. hierzu auch Urk. 6/26 S. 16). Hinzu kommt, dass sie dem Beschwerdeführer seit August 2009 und damit bereits vor Eintritt in die stationäre Behandlung eine

Arbeitsunfähigkeit attestierten, was nicht ohne Weiteres nachvollziehbar ist.

Hinsichtlich des Berichtes vom 12. März 2011 (E.

E. 3.13

hievor) anbelangt, wonach dem Beschwerdeführer - bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, ein chronisches

Panvertebralsyndrom , ein

epicondylopathia

humeroscapularis und einem Verdacht auf Schlafapnoesyndrom - eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit seit 15. August 2009 und auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten in der freien Marktwirtschaft sowie zu Hause attestiert wurde, ist festzuhalten, dass die genannten Befunde und Einschränkungen betreffend die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen den vom Beschwerdeführer berichteten subjektiven Beschwerden entsprechen. Eine Auseinandersetzung mit einer möglichen Beschwerdeausweitung respektive Selbstlimitierung oder allfälligen willensnah ausgestalteten Inkonsistenzen fand – wie die A.____-Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 22. Februar 2012 (E. 3.14 hievore) geltend machten - ausweislich des besagten medizinischen Berichtes nicht statt, was aber angesichts

der dafür vorliegenden Anhaltspunkte in den Vorberichten so wie im A.____-Gutachten angezeigt gewesen wäre. Hinzu kommt, dass sie dem Beschwerdeführer bereits eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 15. August 2009 attestierten, obwohl er dazumal noch gar nicht beim B.____ in Behandlung stand.

Erwähnenswert erscheint

auch, dass in den zeitnahen Berichten vom 16. und vom 28. November 2011 einmal eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (E.

E. 3.14

In der Stellungnahme vom 22. Februar 2012 (Urk. 6/52) zu den Berichten des B.____ führten die A.____-Gutachter in Ergänzung zu ihrem Gutachten vom 14. Juli 2011 aus, die Symptome des Beschwerdeführers seien nicht oberflächlich aufgenommen worden, sondern hätten auf einer umfassenden psychiatrischen Exploration beruht. Die im Bericht dargelegten Halluzinationen seien nicht als echte Halluzinationen im Sinne eines psychotischen Geschehens zu werten. Für ein psychotisches Geschehen ergäben sich keinerlei Anhaltspunkte in der Anamnese oder im psychiatrischen Befund. Auch sei der Beschwerdeführer – im Gegensatz zu den Ausführungen des Berichtes aus dem B.____ - vollumfänglich orientiert gewesen. Der Tagesablauf des Beschwerdeführers sei von ihm so dargestellt worden.

Es handle sich dabei im Wesentlichen um subjektive Angaben, die gegenüber dem Behandler und dem Gutachter sowie gegenüber anderen Menschen immer wie der einmal differieren könnten. Eine neuropsychologische Abklärung sei für eine Diagnosestellung und eine sozialmedizinische Beurteilung nicht erforderlich. Diese würde keine näheren Aufschlüsse bringen, zumal die vollständige Invaldisierungsüberzeugung des Beschwerdeführers sich auch in der entsprechenden Kooperation und Motivation bei den subjektiv gestalteten Tests niederschlagen dürfte.

Die leider zum Teil wertend gehaltenen Äusserungen der Behandler aus dem B.____ könnten nach nochmaliger, ausführlicher Durchsicht des vorliegenden Gutachtens nicht zu zusätzlichen fachlichen Erkenntnissen beitragen. Zudem fehlten die willensnah ausgestalteten, deutlichen Inkonsistenzen, die beim Beschwerdeführer beobachtet worden seien, in den Fachangaben des B.____ völlig.

Auch der weitere Bericht des B.____ vom 28. November 2011 könne so aus objektiver Sicht nicht nachvollzogen werden. Ebenfalls fehlten hier vollständig die bewussteinnahen Anteile des Beschwerdeführers, die Inkonsistenz im Abgleich mit der Beschwerdeschilderung, dem Verhalten des Beschwerdeführers und dem psychischen Befund. Insofern sei der vorgelegte Bericht aus gutachterlicher Sicht unvollständig. Die Diagnose einer echten affektiven Erkrankung könne aus unabhängiger Sicht nicht gestellt werden.

Am Begutachtungsergebnis vom 29. Juni 2011 werde somit vollumfänglich festgehalten.
4.4.1

Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer so wohl somatische als auch gewisse psychische Beeinträchtigungen bestehen. Für die Frage, ob beziehungsweise inwieweit der Beschwerdeführer deswegen in seinem Leistungsvermögen eingeschränkt ist, kann auf das bi-disziplinäre

A.____-Gutachten vom 14. Juli 2011 (inklusive Ergänzung vom 22. Februar 2012, E. 3.14 hier vor) abgestellt werden (E.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

F54.0) sowie als Differentialdiagnose eine depressive Störung.

E. 12

In der Stellungnahme vom 16. November 2011 (Urk. 8/43) diagnostizierten die Sachverständigen des B.____

eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10, F32.2 [richtig: F32.3]), ein chronisches Panverbales Syndrom (O.____ vom 8. Juli 2010), eine Epicondylopathia

humero scapularis (O.____ vom

8. Juli 2010) und einen Verdacht auf ein

Scapuloapnoe Syndrom (O.____ vom 8. Juli 2010) . Ferner äusserten sie Kritik am

A.____-Gutachten vom 14. Juli 2011 (E.

E. 13

Im Bericht vom 28. November 2011 (Urk. 6/45)

wiederholten die Sachverständigen des B.____

ihre in der Stellungnahme vom 16. November 2011 (E.

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