

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01126 vom 30. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01126

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01126 du 30 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01126 del 30 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1959 geborene X.____ meldete sich am 3. Juli 2008 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/7). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/12) die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/14) und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/13) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/17, 7/21 und 7/24). Zusätzlich liess sie den Versicherten im Juni 2009 von den Ärzten der Medas

Y.____ begutachten (Expertise vom 21. Oktober 2009 [Urk. 7/32]). In der Folge auferlegte die Verwaltung X.____ eine Schadenminderungspflicht unter dem Hinweis, dass gemäss ihren Abklärungen die Arbeitsfähigkeit durch einen Opiat-Entzug und eine Schmerzmittelreduktion verbessert werden könne. Man erwarte, dass sich der Versicherte einer entsprechenden Behandlung unterziehe und werde dies im Rahmen des laufenden Abklärungsverfahrens überprüfen (Mitteilung vom 4. Dezember 2009 [Urk. 7/33]). Am 8. Dezember 2009 teilte die an der Z.____ tätige Dr. med. A.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit, der Versicherte nehme keine Opioide mehr ein und die Schmerzmedikation sei auf ein Minimum reduziert worden (Urk. 7/36; vgl. auch Urk. 7/38). Gestützt darauf erachtete die IV-Stelle die Schadenminderungspflicht als weitgehend erfüllt und verlangte während der nächsten sechs Monate eine fortbestehende ärztliche Begleitung zur Unterstützung bei der Opioidabstinenz (Mitteilung vom 6. Januar 2010 [Urk. 7/40]), worauf Dr. A.____ die Weiterbehandlung des Versicherten bestätigte (Urk. 7/41 und Urk. 7/43). Nachdem die Verwaltung weitere Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt hatte (Urk. 7/54-55, 7/58 und 7/59/6), hielt sie eine Verlaufsbeurteilung für angezeigt (Urk. 7/61). Die Experten der Medas

Y.____ erstatteten daraufhin ihr Gutachten am 6. Oktober 2011 (Urk. 7/71). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/84) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 19. September 2012 eine vom 1. Februar bis am 31. Dezember 2009 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 7/102 und Urk. 7/106 = Urk. 2).

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, 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. 1.4

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts begründet Medikamentenabhängigkeit (wie auch Alkoholismus und Drogensucht) für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird sie invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn die Abhängigkeit selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C_158/2010 vom 29. Juni 2010 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). 1. 5

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

E. 1.6

) und für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.2 4.2.1

Gestützt auf die Gutachten der Medas

Y.____

ist der Beschwerdeführer aus internistischer, dermatologischer und rheumatologischer Sicht in der angestammten wie auch allen übrigen Tätigkeiten nicht eingeschränkt (vgl. auch Urk. 7/94). Dies wird vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. 4.2.2

Diese Einschätzung wird durch die Berichte der Dres. B.____ und E.____ nicht in Frage gestellt. Dr. B.____ ging gestützt auf die in den Jahren zuvor gemachten Erfahrungen mit der Durchführung einer Basistherapie davon aus, dass dem Beschwerdeführer in den nächsten Monaten die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit – worunter auch die angestammte Arbeit als Unterhaltsreiniger (Urk. 7/13 S. 3) fällt – wieder uneingeschränkt zumutbar sein wird. Eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist damit nicht ausgewiesen. Sie verwies zudem auf eine Schmerzchronifizierung und Selbstlimitierung des Beschwerdeführers und eine Diskrepanz zwischen ihrer objektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und derjenigen des Versicherten (Urk. 7/17/7-10 S. 1). In diesem Zusammenhang ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass Schmerzen an sich noch keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen (Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3 mit Hinweisen). Im Übrigen konnten keine entzündlichen Zeichen im klinischen Status

festgestellt werden, was einer relevanten rheumatologischen Erkrankung respektive Autoimmunerkrankung widerspricht (Urk. 7/32 S. 40 und Urk. 7/72 S. 4 f.). Dr. E.____ wiederum nahm in seinen Berichten vom 12. November 2008 und 11. November 2010 keine einleuchtende und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor und berichtete einzig von diffusen, gelenksbetonten Schmerzen (Urk. 7/21/2-6 und Urk. 7/59 S. 6; vgl. hievorgewitztes Urteil des Bundesgerichts I 994/06 vom 29. August 2007). 4.3

4.3.1

Im Vordergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers stehen damit psychische Störungen. Die Gutachter der Medas

Y.____ führten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) mit Überlagerung durch eine Schmerzkrankheit nicht organischen Ursprungs (Urk. 7/32 S. 28 und S. 51) respektive eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4 [Urk. 7/71 S. 35]) an. 4.3. 2

Rechtsprechungsgemäss ist die Hypochondrie als Krankheitsbild dem gleichen Syndromenkomplex zuzurechnen wie die somatoforme Schmerzstörung (Urteil des Bundesgerichts 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2). Die hypochondrische Störung ist im Grenzbereich des Krankheitswertigen anzusiedeln (Urteil des Bundesgerichts 9C_750/2007 vom 18. August 2008 E. 4.1.2). 4.3. 3

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 zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_972/2012 vom 31. Oktober 2013 E. 3 ff.).

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und

Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronische Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related Fatigue stellt (BGE 139 V 346 E. 3 mit Hinweisen).

„Burn out“ als solches fällt nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). 4.3.4

Dem Beschwerdeführer ist zuzustimmen, dass die ärztlichen Stellungnahmen zum psychischen Gesundheitszustand und zu dem aus medizinischer Sicht (objektiv) vorhandenen Leistungspotential unabdingbare Grundlage für die Beurteilung der Rechtsfrage bilden, ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist. Er übersieht dabei jedoch, dass die Frage, ob eine medizinisch festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten, eine ausserhalb des ärztlichen Kompetenzbereichs liegende Rechtsfrage darstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_98/2013 vom 4. Juli 2013 E.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 19. Oktober 2012 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm vom 20. Februar bis am 31. Dezember 2009 eine ganze Rente, vom 1. Januar 2010 bis am 30. November 2011 eine Viertelsrente und ab 1. Dezember 2011 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen; eventuell sei das Gutachten der Medas

Y.____ vom 6. Oktober 2011 zu ergänzen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2012 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 27. November 2012 wurde dem Beschwerdeführer das Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Mit Beschluss vom 17. Januar 2014 setzte das hiesige Gericht dem Beschwerdeführer Frist an, um zu der in Betracht gezogenen Möglichkeit einer reformatio in peius Stellung zu nehmen oder die Beschwerde zurückzuziehen (Urk. 9). Mit Eingabe vom 11. Februar 2014 hielt der Beschwerdeführer an seiner Beschwerde fest (Urk. 11).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die befristete Rentenzusprache – unter Hinweis auf die beiden Gutachten der Medas

Y.____ vom 21. Oktober 2009 und 6. Oktober 2011 (Urk. 7/32 und Urk. 7/71) – damit, von Februar 2009 (Ablauf der Wartezeit) bis September 2009 sei dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit nicht zumutbar gewesen, weshalb für diese Zeit respektive bis Ende Dezember 2009 (vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVV]) Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Für die Zeit danach sei gestützt auf die ursprüngliche Beurteilung der Medas -Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %

in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgewiesen. Denn die in der Verlaufsbeurteilung diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung begründe als solche noch keine Invalidität und die Voraussetzungen für die Annahme einer ausnahmsweisen Unüberwindbarkeit des Schmerzsyndroms seien nicht gegeben. Nach Durchführung eines Prozentvergleichs resultiere ein rentenausschliessen der Invaliditätsgrad von 30 % (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, gestützt auf die beiden Medas -Gutachten sei von einer anfänglichen 30%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die sich im Laufe der Zeit auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % erhöht habe. Die vom psychiatrischen Experten gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung respektive deren Folgen seien mit keiner zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei mit Blick auf die – angesichts seines Alters und seiner während mehr als sechs Jahren nicht mehr ausgeübten Erwerbstätigkeit – zu erwartende Lohnminderung und den ausgewiesenen Lohnnachteil von Teilzeit arbeitenden Männern ein leidensbedingter Abzug von 25 % gerechtfertigt (Urk. 1). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Dr. med. B.____, Oberärztin am C.____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, nannte am 3. Oktober 2008 (Urk. 7/17 /7-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - Nicht klassifizierbare entzündliche Systemerkrankung (Erstdiagnose November 2006) - Differentialdiagnose: beginnende seronegative rheumatoide Arthritis, M. Still - Rheumafaktor und CCP-Antikörper negativ, antinukleärer Antikörper negativ (Mai 2008) - Synovitis

Carpus links, fragliche erosive Veränderung Metacarpophalangealgelenk (MCP) II und III links (MRI Hände vom 30. Juni 2008) - Szintigrafisch Hyperämie MCP I, II, III und V beidseits sowie Handgelenke und Handwurzel beidseits (Mai 2008) - Methotrexattherapie 20 mg subkutan (Januar 2006 bis Februar 2008) - sistiert bei klinischer Remission Februar 2008 - Wiederbeginn ab 3. Juli 2008, 25 mg subkutan bei Arthralgien und mit den Synovitiden (MCP) - erstmaliger Schub November 2006 mit - Polyarthralgien, Tendovaginitis Extensor pollicis Sehne beidseits - reaktiver Organbeteiligung (Splenomegalie, reaktive Hepatitis, Niere mit leichter Proteinurie) - intermittierendem Fieber mit flüchtigen Hauteffloreszenzen - Schmerzverarbeitungsstörung, Somatisierungsstörung - Chronische Unterschenkel Schmerzen beidseits seit Dezember 2006 - Differentialdiagnose: restless

legs - MRI Unterschenkel bland Februar 2007 - Elektroneurographie unauffällig ohne Hinweise für Polyneuropathie (Dr. D.____ November 2007)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte sie folgende Diagnosen (S. 2): - Unklare Thoraxschmerzen - u nauffällige Koronarangiografie am 18. August 2008 - Differentialdiagnose: im Rahmen von Diagnose 1, Oesophagusspasmen, idiopathisch - postinterventioneller

Inguinalabszess rechts - Nachweis von Staphylokokkus aureus - Kontaktekzem Hände beidseits - dishydriformes Ekzem Hände beidseits, oberes Sprunggelenk und Ellbogen - Steatosis

hepatitis bei Adipositas (BMI 31 kg/m²) - Nikotinabusus ca. 25 py - Gestörte Glucosetoleranz unter Steroiden

Dr. B.____

berichtete von einer beim Beschwerdeführer bestehenden entzündlichen Gelenkerkrankung der Finger-, Hand-, Sprung- sowie Kniegelenke. Die Krankheitsaktivität sei mit einer Basistherapie

bis Februar 2008 gut unter Kontrolle gewesen. Bei gutem Verlauf sei auf die Weiterführung der Behandlung verzichtet worden bis es zu einem erneuten Schub mit Gelenkschmerzen gekommen sei. Nach Wiederaufnahme der Behandlung erhoffe sie sich in ein bis zwei Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Momentan sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig. Sie könne zudem eine Schmerzchronifizierung mit einer Selbstlimitierung beobachten und es bestehe zwischen der objektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte und der subjektiven Beurteilung derselben durch den Beschwerdeführer eine Diskrepanz (S. 1).

Zwei Monate zuvor hatte ein im C.____ durchgeführtes psychiatrisches Konsilium ergeben, dass der Beschwerdeführer die von der entzündlichen Systemkrankheit (M. Still) stammenden Beschwerden im Rahmen eines Somatisierungssyndroms wahrscheinlich erheblich aggraviere. Es bestehe zudem der Verdacht auf ein Rentenbegehren (Bericht vom 12. September 2008 [Urk. 7/21/11-15 S. 5).

E. 3.2

Dr. med. E.____, Praktischer Arzt FMH, stellte am 12. November 2008 (Urk. 7/21/2-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Nicht klassifizierbare entzündliche Systemerkrankung (Erstdiagnose November 2006; für detaillierte Angaben siehe beiliegende Berichte) - Chronische Unterschenkelschmerzen beidseits seit Dezember 2006 - Unklare Thoraxschmerzen August 2008 - Postinterventioneller

Inguinalabszess rechts - Angst- und Panikstörung - Kontaktekzem Hände - Steatosis

hepatitis bei Adipositas - Nikotinabusus ca. 25 py - Adipositas - Gestörte Glucosetoleranz unter Steroiden

Dem Bericht von Dr. E.____ kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer unter diffusen Schmerzen gelenksbetont leidet (Ziff.

E. 3.3

Dr. A.____ diagnostizierte am 19. Dezember 2008 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und Panikstörung gemischt (ICD-10 F41.0). Sie berichtete von einem bewusstseinsklaren und allseits orientierten Versicherten. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit seien deutlich vermindert. Inhaltlich sei er auf seine jetzige Lebenssituation, seine verschiedenen somatischen Beschwerden, seine Angstzustände und Panikattacken eingeeengt. Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/24/1-4).

E. 3.3.1

mit weiteren Hinweisen).

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) darf sich dabei die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachefeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Letzteres gilt namentlich dann, wenn die begutachtende Fachperson allein aufgrund der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren Leidens eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind, und ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-) Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_256/2013 vom 1. Juli 2013 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

Es können sich daher Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (Urteil des Bundesgerichts 8C_98/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3.3.1 mit weiteren Hinweisen).

Gegenteiliges ergibt sich auch nicht aus BGE 137 V 64 E. 1.2 (vgl. Urk. 1 S. 5). 4.3.5

Eine schwere psychische Komorbidität ist vorliegend zu verneinen. Denn die von den Medizinalgutachtern gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (Verbitterungssyndrom, maligne Regression) stellt für sich allein keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Rechtsinne dar und ist nach den rechtlichen Kriterien zu beurteilen, die auch für somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leiden gelten (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Sie führt zudem nicht zwingend zu einer Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 4.5 mit weiterem Hinweis; vgl.

hieszu auch Nedopil, Forensische Psychiatrie, Stuttgart/New York 2007, S. 176 ff., worin der Autor

die Meinung vertritt, eine Persönlichkeitsstörung, worunter auch die Persönlichkeitsänderung subsumiert werde, bedingt als solche praktisch nie eine Arbeitsunfähigkeit [S. 194; zitiert in: Urteil des Bundesgerichts 9C_456/2007 vom 17. März 2008 E. 4.1]). Davon scheint grundsätzlich auch der Medizinalgutachter Dr. I.____ auszugehen, der das Verbitterungssyndrom als keine psychiatrische Diagnose qualifiziert

und einzig von einer Tendenz zur Bejahung einer psychischen Komorbidität spricht (Urk. 7/73 S. 5). Abgesehen davon ergeben sich auch aus den weiteren medizinischen Akten keine Anhaltspunkte für das Vorliegen des betreffenden Kriteriums :

Die von Dr. A. ___ festgestellte depressive Symptomatik (Urk.

7/54/1-5 S. 3 und Urk. 7/95 S. 1) respektive die von den Ärzten am L. ___ diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) – die von ihnen ausdrücklich in einen Zusammenhang mit den Schmerzen gestellt wird (Urk. 7/94 S. 3)

und in Kombination mit einer invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten psychosozialen Belastungssituation auftritt

– stellen

keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens dar (vgl. hierzu auch Urk. 7/73 S. 6) , der es dem Beschwerdeführer verunmöglichen würde, die Folgen der Schmerzstörung zu überwinden (Urteil des Bundesgerichts 8C_98/2013 vom 4.

Juli 2013 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen). Hinsichtlich der von Dr. A. ___ gestellten Diagnose einer Angst- und Panikstörung gemischt (ICD-10 F41.0; vgl. Berichte vom 19. Dezember 2008 [Urk. 7/24/1-4] und 3. August 2010 [Urk. 7/54/2-5]) legte der psychiatrische Mediziner - Gutachter in begründeter Weise dar, weshalb eine solche Gesundheitsstörung nicht (mehr) vorliegt. Er führte aus, dass keine Hinweise auf die entsprechenden Leitsymptome , wie etwa spezifische Auslöser oder vegetative Reaktion, ersichtlich seien (Urk. 7/32 S. 52; vgl. auch

Urk. 7/73 S. 1 ff. sowie

Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Auflage, Bern 2014, S. 196 f.). In Übereinstimmung damit beschrieb die behandelnde Psychiaterin in ihrem jüngsten Bericht die depressive Symptomatik im Vordergrund des psychischen Zustandsbilds (Urk. 7/95 S. 1). 4.3.6

Somit bleiben die Intensität und Konstanz der alternativ zu beurteilenden Kriterien zu prüfen.

Eine schwere somatische Erkrankung liegt nicht vor. Zwar wurden beim Beschwerdeführer in den letzten Jahren diverse Neuerkrankungen – so insbesondere ein Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie, ein Urothelkarzinom der Harnblase und ein beidseitiger Tinnitus – festgestellt, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist deshalb aber nicht auszumachen (Urk. 7/71 S. 35 ; siehe auch E. 4.2.1). Es bestand zudem bei der rheumatologischen Untersuchung eine erhebliche Diskrepanz im (Schmerzäusserungs-)Verhalten in beobachteten und abgelenkten Situationen (Urk. 7/32/S. 37 ff.; vgl. BGE 131 V 49 E. 2.1 und Urteil des Bundesgerichts 9C_784/2012 vom 7. Dezember 2012 E. 3.2.3). Ein sozialer Rückzug in sämtlichen Lebensbereichen ist ebenfalls zu verneinen , berichtete doch der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung im L. ___ am 5. September 2011 vom Zusammensein mit Freunden respektive von seinem grösseren Freundes- und Bekanntenkreis (Bericht vom 23. September 2011 [Urk.

7/94 S. 1 f. und S. 5]). Ein primärer Krankheitsgewinn ist nicht gegeben; vielmehr ist ein sekundärer in Form vermehrter Zuwendung seitens der Familie nicht auszuschliessen (Urk.

7/32 S. 48). Wohl unterzieht sich der Beschwerdeführer seit November 2008 einer wöchentlichen Psychotherapie bei Dr. A.____ (Urk. 7/24/1-7 S. 2 und Urk. 7/71 S. 25). Diese besteht jedoch in der Beratung von Alltagsangelegenheiten (Urk.

7/73 S. 3) und wird vom Beschwerdeführer als (noch)

nicht

erfolgreich beurteilt (Urk. 7/94 S. 6).

Die Medas -Gutachter rieten alsdann wiederholt zum Opiat-Entzug (Urk. 7/32 S. 29 f. und Urk. 7/71 S. 36) und die Ärzte am L.____ empfehlen eine begleitende Therapie mit Venlafaxin respektive eine Schmerzbehandlungstherapie . Dazu sei der Beschwerdeführer momentan aber nicht bereit (Urk. 7/94 S. 3). Eine stationäre Behandlung wurde bislang noch nicht durchgeführt. Dass die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten gänzlich ausgeschöpft sind , lässt sich unter diesen Umständen nicht sagen. Zu ergänzen bleibt zudem, dass eine Therapie, die über Jahre hinweg ohne erhebliche Fortschritte einzig dazu dient, den Patienten in seiner Krankheit zu begleiten, das Kriterium einer Behandlung nicht erfüllt, weil sie den Schmerzpatienten in seiner Überzeugung des Krankseins bestätigt, statt ihn davon abzulösen, was zumindest initial das Ziel jeder Schmerzbehandlung sein und aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht auch im weiteren Verlauf bleiben muss (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 54/04 vom 29. März 2005 E. 5.2). Ob von einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf gesprochen werden kann, kann offenbleiben. Selbst wenn die Frage – trotz der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung des Versicherten – mit dem Beschwerdeführer bejaht wird, ändert sich nichts am Ergebnis, dass eine rechtlich relevante psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu verneinen ist. Dasselbe gilt in Bezug auf die weiteren Vorbringen in seiner Beschwerdeschrift. 4.3.7

Zu ergänzen bleibt, dass die Opiatabhängigkeit vorliegend weder eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten noch Folge einer krankheitswertigen körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung ist (vgl. E. 1.4). 5.

Nach dem Gesagten ist im Falle des Beschwerdeführers von der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen und das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens im invaliden versicherungsrechtlichen Sinn zu verneinen. Hierfür spricht auch, dass die Medas -Gutachter eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht einzig mit der ständigen Beschäftigung des Beschwerdeführers mit sich und seinem Leiden und der ausschliesslichen Fokussierung auf die Krankheit begründeten (Urk. 7/32 S. 28 und Urk. 7/71 S. 33) , der Beschwerdeführer selbst eine Vermittelbarkeit von 100 % bei der Anmeldung bei der Arbeitslosenversicherung angab (Urk. 7/50 S. 4) und er aus seiner langjährigen Erwerbstätigkeit in der Schweiz nun den Schluss zieht, er habe das Recht, sein Leben noch etwas zu geniessen (Urk. 7/32 S. 49; vgl. auch Urk. 7/71 S. 36) Aus somatischen Gründen ist ebenfalls keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (vgl. E. 3.5, 3.8 und 4.1-2).

Zusammenfassend führt dies zur Abweisung der Beschwerde und zur Aufhebung der befristeten Rente . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen und die Verfügung vom 19. September 2012 wird aufgehoben mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 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: - Rechtsanwalt Thomas Schütz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 11 - 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 Gräub Locher

E. 3.4

Von den Kardiologen des C.____

und Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Neurologie, durchgeführte Untersuchungen ergaben keine Hinweise auf kardial-ischämisch (Urk. 7/21/20-21) respektive neurologisch bedingte Beschwerden (Urk. 7/21/22-23).

E. 3.5

Gestützt auf die Ergebnisse der im Juni 2009 durchgeführten internistischen, rheumatologischen, dermatologischen und psychiatrischen Untersuchungen (Gutachten vom 21. Oktober 2009 [Urk. 7/32]) stellten die Gutachter der Medas

Y.____ folgende sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose (S. 28 f.): - Hypochondrische Störung - Beschwerden überlagert durch eine Schmerzkrankheit nicht organischen Ursprungs - iatrogene Opioid-Abhängigkeit - Verdacht auf komplexes Medikamenten-Nebenwirkungssyndrom bei einer Kombination von mehreren Antirheumatika, einem Opiat, einem Opioid und einem Antidepressivum

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie folgende Diagnosen (S. 29): - Anamnestisch Status nach nicht klassifizierbarer Autoimmunerkrankung (Diagnose C.____ [27. Dezember 2006]) - aktuell in den letzten Verlaufskontrollen ohne systemische Entzündungszeichen (unter Methotrexat-Therapie) - Chronisches Ekzem, wahrscheinlich endogen (intrinsisch), Differentialdiagnose: zusätzliches seborrhoisches Ekzem - nachgewiesene Kontaktallergie auf Kaliumdichromat - Unklare, bereits länger

nachweisbare Erhöhung der Leberwerte, Abschluss einer chronischen Hepatitis und eines chronischen Äthylüberkonsums ; Differentialdiagnose: medikamentös - toxisch? - Nikotinabusus (ein Paket Zigaretten pro Tag/25py) - Adipositas (164.5 cm / 87 kg / BMI 32.5) - Anamnestic chronischer Tinnitus - Status nach Koronarangiographie am 16. August 2008 (ohne Befund), postinterventioneller

Inguinalabszess rechts , Entlastungseingriff - Status nach Colonoskopie am 9. Februar 2009 mit Entfernung von sechs kleinen sessilen , tubulären respektive hyperplastischen Colonpolypen

Die internistische Untersuchung habe – so Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin – das Bild eines 50-jährigen, etwas älter wirkenden Versicherten ergeben. Dieser leide an einem diffusen Schmerzsyndrom der Weichteile an beiden Armen und Beinen. Das Becken und die Schultern würden keinen Schiefstand aufweisen und die Wirbelsäule sei normal geformt. An Nacken und Schulter bestehe ein Mastoid-Druckschmerz und alle Endphasen der Bewegungen seien schmerzhaft. An den Fingergelenken seien keine Arthritiden beobachtbar. Die Lendenwirbelsäule, das Iliosakralgelenk und die Trochanteren seien diffus druckdolent (S. 22).

Dr. med. G.____ , Fachärztin FMH für Dermatologie und Venerologie, berichtete in ihrem dermatologischen Fachgutachten, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen Ekzem, das wahrscheinlich endogen bedingt sei. Die neu aufgetretenen Hautveränderungen im Gesicht und am Oberkörper könnten einem Pityrosporon-getriggerten endogenen Ekzem entsprechen. Der Beschwerdeführer leide zudem unter einer Kontaktallergie auf Kaliumdichromat . Aus dermatologischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die Gutachterin empfahl bei Wiederaufnahme der Arbeit das Tragen eines Hautschutzes an den Händen und eine Verbesserung der regelmässigen Hautpflege (S. 24 und S. 44 f.).

Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. H.____ , Facharzt FMH für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin und Rehabilitation, kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer während der Untersuchung ein bizarr anmutendes Schmerzverhalten mit Hyperventilationszeichen, Stöhnen und grossen Ausweichbewegungen gezeigt hat (S. 35). Dies widerspreche den funktionell unauffälligen Bewegungsabläufen bei Komplexfunktionen (Entkleiden, Lagewechsel, usw.). Die generelle „Schmerzausweitung“ werde aktenmässig gut durch die Berichte der behandelnden Rheumatologen und Psychiater dokumentiert . Die Gelenke – so der Gutachter weiter – seien aktiv kaum untersuchbar (S. 40) . Soweit untersuchbar würden sich keine Hinweise für eine funktionelle Einschränkung der Beweglichkeit am Bewegungsapparat und für objektiv fassbare Manifestationen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung finden (S.

37). Auffällig seien die Schmutzränder unter den Nägeln, besonders der rechten Hand, was im Widerspruch zum beschriebenen Alltagsablauf stehe. Bei deutlicher Schmerzüberzeichnung und fehlenden objektiven rheumatologischen Befunden könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Nicht nachvollziehbar sei die gleichzeitige medikamentöse Abgabe von verschiedenen Antirheumatika (S. 40 f.).

Dr. med. I.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem psychiatrischen Gutachten aus , die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers seien in vielen Bereichen erstaunlich pauschal und widersprüchlich gewesen. Mit eindrücklicher

emotionaler Intensität habe er Benachteiligungen, denen Ausländer ausgesetzt seien, geschildert. Emotional sei er über weite Strecken in einer resignierten, dumpfen Haltung verharret und nur vereinzelt habe er Freude gezeigt (S. 50). Die charakteristischen Symptome von Angst und Panik, wie etwa spezifische Auslöser oder vegetative Reaktionen, hätten sich nicht in Erfahrung bringen lassen, sodass sich die von der behandelnden Psychiaterin gestellte Diagnose einer Angst- und Panikstörung nicht aufrecht erhalten lasse. Die zu diagnostizierende hypochondrische Störung erlaube eine Zusammenfassung des komplexen psychiatrischen Bildes unter einem Oberbegriff. Die befundeten aggressiven Persönlichkeitszüge würden sich ohne Probleme mit dieser Diagnose vertragen (S. 52). Der Gutachter berichtete weiter, die ständige Beschäftigung des Beschwerdeführers mit sich und seinem Leiden und die ausschliessliche Fokussierung auf die Krankheit schmälere das Potenzial zur Verrichtung von Arbeit gegen Lohn. Eine Differenzierung der konkreten Einschränkungen lasse sich mit dem Beschwerdeführer nicht ausarbeiten, weshalb es in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit bei einer groben Schätzung bleiben müsse. Er erachte die Ausübung der bisherigen wie auch einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 70 %

für zumutbar (S. 52 f.).

In ihrer zusammenfassenden Beurteilung berichteten die beteiligten Spezialärzte, eine Autoimmunkrankheit habe weder serologisch noch radiologisch nachgewiesen werden können. Denkbar sei, dass ein „Status nach“ einer solchen Krankheit vorliege. Differentialdiagnostisch komme auch eine medikamentöse Nebenwirkung in Frage, was bei der verschriebenen Medikation nicht ganz unwahrscheinlich sei.

Denn der Beschwerdeführer nehme gleichzeitig drei von der Formel her verschiedene Antirheumatika ein, was nicht nachvollziehbar sei. Parallel dazu schlucke er Co-Dafalgan und Tramaltropfen. Er nehme daher zugleich ein Opiat und ein Opioid ein, was kontraindiziert sei und die Opiatabhängigkeit fördere. Eine solche sei beim Beschwerdeführer auch beobachtbar. Festzuhalten sei, dass der Explorand unter einer für ihn gefährlichen Polypharmazie stehe, dass sich bei ihm eine Abhängigkeit entwickelt habe und dass möglicherweise seine neuromuskulär präsentierten Erscheinungen ihre Grundlage in den medikamentösen Nebenwirkungen finden würden (S. 24 f.). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter zusammenfassend aus, der Beschwerdeführer sei seit 4. September 2009 – dem Tag der gutachterlichen Schlussbesprechung – in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Es sei gut möglich, dass ein (grosser) Teil der Befindlichkeitsstörungen auf Nebenwirkungen der Medikation basieren würden. Somit müsse der Beschwerdeführer von den Opioiden und den Antirheumatika entzogen werden (S. 29 f.).

E. 3.6

Dr. A. ___ nannte am 3. August 2010 (Urk. 7/54/2-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Angst- und Panikstörung gemischt (ICD-10 F41.0) - Solitäres papilläres

Urothelkarzinom, pTa, low grade, Seitenwand links (Erstdiagnose) - Flächige unspezifische blasse Rötung Hinterwand rechts - Status nach Erysipel untere Extremität rechts - Rheumatoide Arthritis - Pruritische Dermatose - Hereditäre Hämochromatose (Befund vom 9. März 2010)

Sie führte als ärztlicher Befund depressive Symptome und Angstzustände wegen der Gesundheit und einer Krebserkrankung auf und bescheinigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2).

E. 3.7

Dr. E.____ berichtete am 11. November 2010 von einem unveränderten Gesundheitszustand. Er führte aus, dass alle medizinischen Massnahmen ausgeschöpft seien. Der Beschwerdeführer sei aktuell in psychiatrischer Behandlung. Angesichts der physischen und psychischen Beschwerden bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/59 S. 6).

E. 3.8

In ihrer Verlaufsbeurteilung vom 6. Oktober 2011 (Urk. 7/71) stellten die Gutachter

Drs. F.____, I.____,

H.____ und J.____, Rheumatologie FMH, der Medas

Y.____

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

35): - Chronische Schmerzkrankheit im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung/Fibromyalgie - volle Arbeitsfähigkeit aus Optik des Bewegungsapparates - nach wie vor keine Hinweise auf eine Autoimmun- oder entzündlich-rheumatische Erkrankung - persistierender und wahrscheinlich die Arbeitsfähigkeit mit

limitieren der Opiatkonsum in der Form des Co-Dalergans - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (Verbitterungssyndrom, maligne Regression [ICD-10 F62.80]) - Persistierende Opiatabhängigkeit

Den folgenden Diagnosen massen sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 35): - Dyshidrosiformes Handekzem, wahrscheinlich kontaktallergisch mit Streuung - Differentialdiagnose: pruriginöses Ekzem, im Rahmen einer Leberpathologie, bei atopischer Diathese (Diagnose der Dermatologie des K.____ 2010) - Status nach intensiven Abklärungen und Therapien - Diffuse Hepatopathie - erhöhte Transaminasen seit Jahren; Hepatitis-Serologien 2010 negativ - Autoantikörper 2010 negativ - Differentialdiagnose: im Rahmen des metabolen Syndroms; medikamentös-toxisch - Metaboles Syndrom - Diabetes mellitus Typ II - arterielle Hypertonie - Adipositas (164 cm/88 kg/BMI 33) - Dyslipidämie - Urothelkarzinom

der Harnblase, nicht invasiver Tumor (pTa), low grade (solitär, papillär) der Seitenwand links (Erstdiagnose Juni 2010) - Status nach transurethraler Blasenresektion (TUR) und Status nach Epirubicin-Installation am 15. September 2010 - Urge-Inkontinenz - Nikotinabusus - Tinnitus beidseits - Status nach Koronarangiographie am 16. August 2008 (ohne Befund), post interventioneller

Inguinalabszess rechts, Entlastungseingriff - Status nach Kolonoskopie am 9. Februar 2009 mit Entfernung von sechs kleinen sessilen, tubulären respektive hyperplastischen Kolonpolypen

Dr. H.____ berichtete in seinem rheumatologischen Fachgutachten, der Beschwerdeführer wirke im Vergleich zur Untersuchung vor zwei Jahren deutlich kooperativer und

freundlicher, allerdings immer noch sehr schmerzorientiert. Die aktuell diagnostizierte Fibromyalgie stehe nicht im Widerspruch zur anlässlich der erstmaligen Begutachtung gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzkrankheit. Die Funktionalität des Rückens und des peripheren Bewegungsapparates sei vollständig erhalten. Hinweise auf periphere Ausfälle oder eine relevante muskuläre Dekonditionierung bestünden keine. Aus rheumatologischer Sicht schränke das chronische Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Der Gutachter empfahl,

auf die Wiedereinnahme von Opiaten und die Durchführung von interventionellen Eingriffen zu verzichten. Ein erneuter medizinischer „Abklärungsrundumschlag“ würde die Chronifizierung der Beschwerden möglicherweise weiter unterhalten (Urk. 7/72 S. 5 f.).

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I. ___ kann entnommen werden, dass sich die hypochondrische Störung zwischenzeitlich zu einer somatoformen Schmerzstörung entwickelt hat. Das Farbige und Lebhaftige, das hypochondrischen Klagen eigen sei, habe beim Beschwerdeführer in den vergangenen Jahren einem Zustand der Resignation und Verbitterung Platz gemacht. Die konsequente Fokussierung seines ganzen Denkens auf die Krankheitsprozesse, die immer zahlreicher und komplexer würden, würde einen fatalen Kreislauf in Gang setzen, dem

er sich aller Wahrscheinlichkeit nach zukünftig nicht mehr entziehen könne. Es sei praktisch undenkbar – so der Gutachter weiter –, dass der Explorand jemals wieder Lohnarbeit leisten werde. Zur Prüfung der Relevanz der Schmerzstörung verwies er auf die sogenannten „Foerster-Kriterien“ und führte aus, ob eine psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer vorliege, sei Ermessenssache. Er tendiere dazu, dieses Kriterium als erfüllt zu betrachten. Das Verbitterungssyndrom sei aber keine psychiatrische Diagnose und der ICD-10-Schlüssel enthalte dazu keine weiteren, hilfreichen Ausführungen. Bei den restlichen Kriterien seien viele Teilaspekte erfüllt, wobei auch soziokulturelle Faktoren in relevanter Art und Weise mitspielen würden. Der Beschwerdeführer habe sich immer über seine Arbeit definiert. Gleichzeitig habe er darauf hingewiesen, dass 30 Jahre Berufstätigkeit genug seien. Im Vergleich zur ursprünglichen Begutachtung sei aus psychiatrischer Sicht eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit auf 50 % anzunehmen (Urk. 7/73 S. 4 ff.).

Zusammenfassend führten die beteiligten Spezialärzte aus, der Beschwerdeführer sei zwar vom Opioid Tramal entzogen worden, zugleich nehme er aber weiterhin Co-Dafalgan ein, das ein Opiat enthalte. Er müsse darum weiterhin als opiatabhängig bezeichnet werden (Urk. 7/71 S. 31). Differentialdiagnostisch könne man die vom Beschwerdeführer geschilderte Symptomatik – die vielen diffusen Beschwerden, die Resignation und die Antriebslosigkeit – auch der kontinuierlichen Einnahme des Opiats zuschreiben. Es sei deshalb ein Opiatentzug zu empfehlen. In Bezug auf die Hepatopathie legten sie dar, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich ein eindeutiges metabolisches Syndrom entwickelt habe, weshalb eine vorbestehende Fettleber höchstwahrscheinlich für die Transaminasenerhöhung verantwortlich sei. Die Gutachter erachteten zudem die Einnahme der beiden Medikamente Dafalgan und Voltaren als deutlich kontraindiziert. Zur Behandlung der Schmerzkrankheit schlugen sie vor, das Medikament Crestor abzusetzen und die Schmerzsituation zu beobachten. Denn beim Beschwerdeführer sei es wichtig, die Medikation angesichts der potentiellen Nebenwirkungen auf ein Minimum zu reduzieren.

Eine der wichtigsten therapeutischen Massnahmen sei zudem eine drastische Gewichtsreduktion. Sie bescheinigten dem Beschwerdeführer ab 23. September 2011, und damit ab dem Tag der Schlussbesprechung, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Urk. 7/71 S. 33 f.).

E. 3.9

Die am L.____ tätigen Ärzte nannten am 23. September 2011 (Urk. 7/94) folgende Diagnosen (S. 1): - Wide spread

pain, mit Schmerzschwerpunkten über den Schultern, dem Gesäss und im Bereich der unteren Extremitäten (ICD-10 R52.1) - Verdacht auf pruritische Dermatose (ICD-10 L98.9) - Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Nicht insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) ohne Komplikationen (ICD-10 E11.9) - Verdacht auf seronegative chronische Polyarthritis (Erstdiagnose 2007 [ICD-10 M06.0]) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Die betreffenden Ärzte führten aus, weder aus anästhesiologischer noch aus neurologischer Sicht sei ein die Schmerzbilder erklärendes Korrelat erkennbar gewesen. Angesichts des orthopädischen Untersuchungsbefundes könne aktuell nicht von einer strukturellen Beeinträchtigung des Bewegungsapparates ausgegangen werden. Auffällig sei einzig der Hautbefund, der an eine Psoriasis denken lasse. Zur Schmerzzunahme würden schlechte Gedanken und Träume sowie langes Liegen, Laufen und Schlafen führen.

Schmerzlindernde Massnahmen und funktionale Bewältigungsstrategien könne der Beschwerdeführer fast keine nennen. Er sei in erster Linie darauf fixiert, mit seinem Schicksal zu hadern und bringe wiederholt zum Ausdruck, dass er nicht verstehe, warum es ihn getroffen habe. Aus psychiatrischer Sicht sei eine mittelschwere depressive Episode zu diagnostizieren (S. 1 f.).

E. 3.10

Dr. A.____ berichtete am 30. März 2012 von keiner grossen Veränderung des allgemeinen Zustandbilds. Im Vordergrund der Beschwerden stehe die depressive Symptomatik. Sie attestierte gleichentags sowohl eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % als auch von 100 % (Urk. 7/95 S. 1). 4. 4.1

Das Gutachten der Medas

Y.____ vom 21. Oktober 2009 wie auch die Verlaufsbeurteilung vom 6. Oktober 2011 (Urk. 7/32 und Urk. 7/71), auf die sich auch der Beschwerdeführer berief (Urk. 1 S. 3 f.), äussern sich umfassend zu den vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie basieren auf eingehenden internistischen, dermatologischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigen die vom Exploranden geklagten Beschwerden und ergingen in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die gezogenen Schlussfolgerungen sind aus medizinischer Sicht begründet, weshalb sie alle rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllen (vgl. E.

E. 8

ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und

nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vor handen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E).

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2011).

E. 12

E. 3.2 mit Hinweis).

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