

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01273 vom 19. März 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.01273](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01273)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01273 du 19 mars 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01273 del 19 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein ( 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 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. 1.3**

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des Invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmelungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer

Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis - vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E.

2c mit Hinweisen) - bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2 in fine).

#### **E. 1.5**

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

#### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom

7. November 2012 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 5. Dezember

2012 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2). Eventuell sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und zum Neuentcheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2013 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 29. Januar 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen von einem unverändertem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus. Die psychiatrischen Eskalationen seien als temporäre Krisensituationen zu betrachten und würden keine dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Ein durchgehendes psychiatrisches Krankheitsbild liege nicht vor. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen (S. 1).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die diametrale Diskrepanz in der psychiatrischen Beurteilung in den verschiedenen Berichten der Ärzte der A.\_\_\_\_ und des psychiatrischen Teilgutachtens B.\_\_\_\_ falle auf. Auf diese massive Diskrepanz sei im B.\_\_\_\_ -Gutachten explizit hingewiesen worden. In Bezug auf diese völlig unterschiedliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und der

Arbeitsfähigkeit werde in der angefochtenen Verfügung darauf verwiesen, dass das B.\_\_\_\_-Gutachten die Abweichung von der Beurteilung durch die behandelnden Ärzte diskutiere. Aufgrund des besonderen Vertrauens- und Auftragsverhältnisses des behandelnden Arztes zu seinen Patienten sei es möglich und nachvollziehbar, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch einen unabhängigen medizinischen Gutachter abweiche. Die Dauer des Explorationsgesprächs spiele für die Nachvollziehbarkeit keine Rolle, wenn die Beurteilung auf einer eigenen Untersuchung basiere, alle strittigen Punkte untersuche, objektive Befunde erhebe und abweichende Beurteilungen und Meinungen nachvollziehbar diskutiere (S. 8 Ziff. 5).

Diese Begründung greife aber zu kurz und vermöge nicht zu überzeugen. Es sei darauf hinzuweisen, dass die Behandlung in einer Institution wie der A.\_\_\_\_ nicht verglichen werden könne mit einer Psychotherapie bei einem selbstständig tätigen Facharzt. Während in letzterer Konstellation durchaus die Gefahr eines engen Patienten-Arzt-Verhältnisses mit der Folge der eingeschränkten Objektivität des behandelnden Arztes bestehen könne, sei bei der Behandlung in einer psychiatrischen Klinik wie der A.\_\_\_\_ von einem distanzierteren Verhältnis zwischen Arzt und Patient auszugehen, dies unter anderem auch bedingt durch häufigeren Wechsel des zuständigen Arztes, wie dies auch im vorliegenden Fall geschehen sei. Es könne ausgeschlossen werden, dass die A.\_\_\_\_ Gefälligkeitszeugnisse zu Gunsten ihrer Patienten abgebe (S. 8 f.). Gemäss einschlägiger Literatur seien Persönlichkeitsstörungen auch durch psychiatrische Fachärzte nicht ohne weiteres, sondern in der Regel nur in intensiven und zeitaufwendigen Explorationen zu diagnostizieren. Die entsprechende Abklärung sollte zudem auch Fremdauskünfte beinhalten. Es sei fast immer zur Beurteilung mehr als ein Gespräch notwendig. Die Ärzte der A.\_\_\_\_ hätten ihre Diagnosestellungen auf Beobachtungen im Rahmen verschiedener, teilweise mehrwöchiger stationärer Behandlungen sowie zahlreichen Therapiegesprächen im Rahmen der ambulanten Behandlung abgegeben. Seine Ehefrau sei auch miteinbezogen worden (S. 9 Mitte). Aus den Berichten der Ärzte der A.\_\_\_\_

lasse sich nachvollziehbar und ein drücklich in zeitlicher Hinsicht von Beginn der Behandlung im Herbst 2009 bis Anfang 2012 eine eigentliche Entwicklung im psychischen Krankheitsbild feststellen. Aus dem zeitlichen Verlauf der geänderten Diagnosestellung gehe hervor, dass es sich um ein fluktuierendes Beschwerdebild handle, welches aber jederzeit seit Ende 2009 als in höchstem Masse die Arbeitsfähigkeit einschränkend zu betrachten sei (S. 9 unten). Insgesamt vermögen somit die Einschätzungen der Ärzte des A.\_\_\_\_ erheblich mehr zu überzeugen als das psychiatrische Teilgutachten B.\_\_\_\_. Es sei von einer psychisch bedingten Vollinvalidität gestützt auf die zuletzt erfolgte Einschätzung der Ärzte des

A.\_\_\_\_, welche durch frühere Berichte ohne weiteres gestützt werden, auszugehen (S. 10 Mitte).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist damit, ob seit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 11. Mai 2009 (Urk. 6/75), welche auf einer materiellen Prüfung des Rechtsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung (inklusive Begutachtung) und Beweiswürdigung beruhte (vgl. vorstehend E. 1. 4), eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist.

Dabei sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Verfügung vom 11. Mai 2009 mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. November 2012 zu vergleichen. 3.3.1

Dr. med. C. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 13. Februar 2007 (Urk. 6/13/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - unklare Knie- und Fusschmerzen rechts - rezidivierende spondylarthropathisches Syndrom nach Auffahrkollision am 16. Oktober 2004

Er attestierte dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gipser eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 18. Oktober 2004 (lit. B). Der Gesundheitszustand sei stationär (lit. C.1). Er behandle den Beschwerdeführer seit 1999 (lit. D.1). Seit dem Unfallereignis würden die Rückenschmerzen persistieren und erweisen sich als auf sämtliche therapeutischen Massnahmen absolut resistent. Im Vordergrund stünden allerdings seit Mai 2005 die Fuss- und Kniebeschwerden rechts, die während der Rehabilitation in D. \_\_\_\_, aufgetreten seien und für die nie ein morphologisches Korrelat habe gefunden werden können (lit. D.3). 3.2

Im Bericht vom 3. September 2008 (Urk. 6/43/7-8) nannten die behandelnden Ärzte der E. \_\_\_\_, folgende Diagnose (S. 1): - unklare Kniegelenksbeschwerden Knie rechts

Sie hätten ein deutliches Schonhinken rechts mit dem rechten Fuss in starker Supination des Beschwerdeführers feststellen können. Auffällig sei die symmetrisch stark ausgeprägte Muskulatur an beiden unteren Extremitäten. Der Beschwerdeführer sei mit stark schmerzverzerrtem Gesicht zur Liege gegangen (S. 1 unten). Es seien weiter keine objektivierbaren pathologischen Befunde gefunden worden. Zudem bestehe kein morphologisches Korrelat zu den angegebenen Beschwerden. Die funktionellen Tests des rechten Kniegelenkes seien schmerzbedingt nicht verwertbar (S. 2). 3.3

In seinem Bericht vom 22. November 2008 (Urk. 6/39) stellte Dr. med. F. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen (S. 2): - mittelgradige depressive Störung (F32.1) - somatoforme Störung/ Somatisierungsstörung (F45.0)

Der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Störung im Kontext mit psychosozialen Belastungen (finanzielle Probleme und familiäre Konflikte). Die ätiologische Einordnung der Beinfehlstellung und des Schmerzsyndroms sei schwierig und bedürfe einer ausführlichen gutachterlichen Stellungnahme. Er gehe als behandelnder Arzt derzeit von einer somatoformen Störung/ Somatisierungsstörung aus, die angesichts des bereits chronifizierten Verlaufs eine eher ungünstige Prognose haben dürfte. Ungeachtet der Ätiologie hätten die Beschwerden invalidisierenden Charakter. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfgipser sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Umschulungsmassnahmen erachte er (Dr. F. \_\_\_\_) als indiziert und eine Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von 80 - 100 % später für möglich (S. 2 Mitte). 3.4

Dr. med. G. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 12. Dezember 2008 (Urk. 6/43/2-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - unklare Kniebeschmerzen, Kontraktur - Status nach Knie Trauma, HWS-Distorsion 2005 bei Autounfall

Er habe den Beschwerdeführer vom 14. März bis 7. Mai 2008 behandelt (Ziff. 1.2). Er attestierte dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 16. April 2004 ( Ziff. 1.6). 3.5

Die behandelnden Ärzte der E .\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 15. Dezember 2008 ( Urk. 6/42/6-7 = Urk. 6/43/5-6 ) folgende Diagnose: - unklare Kniegelenksbeschwerden mit Flexionskontraktur rechts

Aus orthopädischer und chirurgischer Sicht können die vom Beschwerdeführer angegebenen Kniebeschwerden keinem anatomischen oder pathologischen Korrelat zugeordnet werden. Aufgrund der fehlenden Objektivierbarkeit mit zum Teil diskrepantem klinischen Befund können die Beschwerden deshalb nicht einer entsprechenden Therapie zugeführt werden (S. 2 oben). 3.6

Dr. med. H .\_\_\_ , Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 28. Februar 2009 ( Urk. 6/57) sein psychiatrisches Gutachten gestützt auf die Vorakten und der ausführlichen psychiatrischen Untersuchung am 16. Februar 2009 (S. 1 ff.).

Er nannte keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41 Ziff. 4.1). Ferner stellte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41 Ziff. 4.2): - Somatisierungsstörung (F45.0) - leichte depressive Episode (F32.0) - Abhängigkeitssyndrom durch Tabak, ständiger Substanzgebrauch (F17.25) - anamnestic schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1).

Die multiplen, wiederholt auftretenden und häufig wechselnden körperlichen Symptome des Beschwerdeführers, welche mit somatischen Befunden nicht vollständig und nicht ausreichend erklärt werden können, wie aus den zahlreichen vorliegenden Berichten hervorgeht, die ständige Beschäftigung des Beschwerdeführers mit seinen körperlichen Symptomen, die Weigerung die medizinische Feststellung zu akzeptieren, sprechen auf das Vorliegen einer Somatisierungsstörung (S. 44 Mitte).

Im Verlaufe der Somatisierungsstörung seien beim Beschwerdeführer psychosoziale Belastungsfaktoren in Form von finanziellen Schwierigkeiten und Eheproblemen und depressive Beschwerden aufgetreten (S. 44 unten). In Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht stelle sich die Frage, ob und inwieweit der Beschwerdeführer bei den vorliegenden körperlichen Symptomen, die von

ihm als ausgeprägt empfunden würden, eine Symptomüberwindung zugemutet werden könne. Es liege beim Beschwerdeführer keine Komorbidität mit einer anderen psychischen Störung vor. Es bestehe lediglich ein leichter sozialer Rückzug. Einen verfestigten, nicht mehr therapierbaren Verlauf einer Konfliktbewältigung sehe er beim Beschwerdeführer nicht und chronische körperliche Begleiterkrankungen lägen nicht vor. Die leichte depressive Episode sei als Begleiterscheinung der Somatisierungsstörung zu verstehen und nicht als selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität. Es bestehe keine Unzumutbarkeit der Symptomüberwindung (S. 45 f.). Es bestünden Symptome einer Somatisierungsstörung und einer leichten depressiven Episode, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen würden. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar und dies ganztags (S. 47 Ziff. 2). 3.7

Gestützt auf die Arztberichte und das psychiatrische Gutachten ging die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 11. Mai 2009 davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig und kein versicherungsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei ( Urk. 6/75 S. 2

Mitte). 4.

#### **E. 4**

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art.

#### **E. 4.1**

Seit der Verfügung vom 1. Mai 2009 ergingen folgende Arztberichte und folgendes Gutachten:

Dr. med. I. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. J. \_\_\_\_, Assistenzärztin, K. \_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 10. Juni 2009 ( Urk. 6/82/1-3) folgende Diagnosen (S. 1): - Angst und depressive Reaktion, gemischt (F43.22) - Verdacht auf akute vorübergehende psychotische Störung (F23.9) - Probleme bei Arbeitslosigkeit (Z23.9) - Probleme in der Beziehung zur Ehefrau (Z63.0)

Der Beschwerdeführer wurde vom 15. Mai bis 29. Mai 2009 stationär behandelt (S. 1 oben). Er habe berichtet, dass er seit 3 Monaten ab und zu eine Stimme höre, die mit ihm rede. Diese Stimme sei in seinem Kopf. Letztes Jahr sei ein Freund im L. \_\_\_\_, gestorben. Er habe nun das Gefühl, dass dieser ihn zu sich rufe. In den letzten 4 Tagen habe er diese Stimme viel stärker und fordernder gehört als gewohnt. Wenn er in Gesellschaft sei, höre er die Stimme nicht (S. 1 unten). Beim Eintritt habe eine akute Suizidalität aufgrund der imperativen Stimmen bestanden. Der Eintritt habe aber eine wesentliche Entlastung gebracht, sodass sich der Beschwerdeführer davon habe distanzieren können und er habe in verbessertem Gesundheitszustand ohne Anhalt auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Verhältnisse austreten können (S. 3 Mitte).

#### **E. 4.2**

Die behandelnden Ärzte der A. \_\_\_\_

nannten in ihrem Bericht vom 18. Juni 2010 ( Urk. 6/102) folgende Diagnosen (S. 1): - Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom mit reizbar im pulsiven Verhalten, intermittierend Suizidgedanken, Selbstverletzungen und Stimmenhören (F62.80). - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Status nach Halswirbelsäulen (HWS)-Distorsion, Kniekontusion rechts nach Autounfall 2004

Der Beschwerdeführer sei am 6. Mai 2010 bei zunehmendem imperativem Stimmenhören mit Aufforderung zum Suizid in die Klinik eingetreten. Er sei zuvor nach zweifachem Suizidversuch zuerst auf die Akutstation aufgenommen und danach auf die Akut-Rehabilitationsstation verlegt worden. Zum momentanen Zeitpunkt werde eine Verbesserung der oben beschriebenen Symptomatik durch eine Neueinstellung mit neuroleptischer Medikation umgesetzt (S. 2).

#### **E. 4.3**

Im Bericht vom 8. Oktober 2010 ( Urk. 6/106) nannten die behandelnden Ärzte des A. \_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit schizoiden und emotional-instabilen Zügen, bestehend seit Adoleszenz - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (F43.21) - anhaltende

somatoforme Schmerzstörung (F45.4) bei Status nach HWS-Distorsion und Kniekontusion rechts bei Autounfall 2004

Sinnestäuschungen würden häufig in Stresssituationen auftreten. Inhalt der impe rativen Stimmen seien meist Aufforderungen zum Suizid . Es handle sich um eine komplexe psychische Störung, die sowohl die Persönlichkeit wie auch die Verhaltensmuster und Beziehungsgestaltung des Beschwerdeführers betreffe, die Prognose sei ungünstig ( Ziff. 1.4). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit 2009 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig ( Ziff. 1.6). Aufgrund der Verhaltensstörungen in verschiedenen Funktionsbereichen (Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken sowie in den Be ziehungen zu andern) komme es im Arbeitsumfeld immer wieder zu Konflik ten, analog zu den während der stationären Behandlung aufgetretenen Schwie rig keiten. Im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik sei der Beschwer deführer körperlich eingeschränkt. Weiter würden Einschränkungen in der Konzentration sowie eine rasche Ermüdbarkeit im Zusammenhang mit der de pressiven Symptomatik bestehen. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar ( Ziff. 1.7).

#### **E. 4.4**

Die behandelnden Ärzte des A.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 2 6. Januar 2012 ( Urk. 6/120) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - Verdacht auf dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt (F44.7) - vorbeschriebene anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - vorbeschriebene Anpassungsstörung bei anhaltender psychosozialer Belas tungssituation (F43.2) - vorbeschriebene kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0), Differential diagnose (DD) vorbeschriebene Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8)

Sie führten aus, sie behandelten den Beschwerdeführer ambulant seit 1 5. Dezember 2009 ( Ziff. 1.2). Seit der letzten stationären Behandlung habe keine weitere stationäre Therapie stattgefunden ( Ziff. 1.3). Hinsichtlich der Schmerzsymptomatik persistiere eine verminderte Kniebelastbarkeit rechts mit eingeschränkter Kniefunktion, darüber hinaus eine deutliche Bewegungsein schränkung im Bereich des rechten Fusses. Der Beschwerdeführer gehe weiter hin mit einer Gehhilfe und berichte über Nackenbeschwerden beziehungsweise Nackensteifigkeit. Bezüglich der Knie- beziehungsweise Fussproblematik sollte eine ergänzende orthopädische Beurteilung erfolgen. Aus psychiatrischer Sicht zeige sich weiterhin ein komplexes Beschwerdebild mit erheblicher alltagsrele vanter Beeinträchtigung. Es p ersistierten eine affektive Instabilität, vermehrt e Reizbarkeit, verminderte Stresstoleranz bei insgesamt dominierender passiv-resig nativer Haltung. Es komme wiederholt zu familiären Spannungen, der Be schwerdeführer sei mit der Versorgung der Kinder deutlich überfordert, dabei auf die Hilfe der Ehefrau angewiesen. Im weiteren Behandlungsverlauf hätten sich Hinweise auf dissoziative Symptome im Sinne von intermittierend auftre tenden Bewegungsstörungen im Kopfbereich, kurzzeitige Trancezustände bezie hungsweise amnestische Episoden ergeben. Der Beschwerdeführer berichte über eine inzwischen eingetretene leichte Verbesserung mit nachlassender Frequenz der auftretenden Stimmen. Insgesamt zeige sich eine Zunahme der Stimmen bei Stress und Anspannung . Unter Berücksichtigung des komplexen psychischen Erkrankungsbildes mit inzwischen chronifiziertem Verlauf sei insgesamt von einer ungünstigen Prognose auszugehen ( Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser bis auf Weiteres zu 100 % ar beits unfähig ( Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit se i aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Bezüglich der

körperlichen Einschränkungen sei eine ergänzende somatische Beurteilung vorzunehmen (Ziff. 1.7).

#### **E. 4.5**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Prof. Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, und Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, B.\_\_\_\_, erstatteten am 15. Juni 2012 ihr Gutachten (Urk. 6/124/1-27) gestützt auf die Vorakten und die fachärztlichen Untersuchungen (S. 1). Sie nannten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 1). Ferner stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 2): - anamnestisch wiederholte Anpassungsstörung mit kurzen depressiven Reaktionen bei sozialer Konfliktsituationen (F43.20) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Z56) - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (Z59) - Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (Z63.0) - Status nach HWS-Distorsion bei Heckaufprall 2004 ohne erkennbares persistierendes, anatomisch, pathologisches und radiologisches Substrat - Status nach Schädelkontusion und HWS-Distorsion anlässlich eines Verkehrsunfalls September/Oktober 2007

Aus interdisziplinärer Sicht könnten keine wesentlichen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsstörungen respektive Funktionseinschränkungen nachgewiesen werden. Sowohl aus somatisch-orthopädischer als auch aus psychiatrischer Sicht bestünden ausreichende Ressourcen und Kräfte des Beschwerdeführers, um seine angegebenen Beschwerden zu überwinden. Auffällig seien Inkonsistenzen bezüglich der dramatisch vorgetragene Beschwerden des Beschwerdeführers und den objektiven Befunden. Es bestehe eine vollständige Invalidisierungsüberzeugung des Beschwerdeführers. Die psychiatrisch in den Unterlagen und vom Beschwerdeführer dargestellten Krisensituationen würden auf sozialen invaliditätsfremden Faktoren begründet. Die Arbeitsfähigkeit sei hierdurch objektiv psychopathologisch nicht eingeschränkt. Eine Verschlechterung gegenüber dem Referenzzeitpunkt 2009 sei aus interdisziplinärer Sicht nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer sei für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar (S. 20 lit. F).

Zu den Berichten der Ärzte des A.\_\_\_\_ führten die Gutachter aus, in den dargestellten psychischen Befunden fänden sich keine Hinweise für eine psychotische Erkrankung; aus ihrer Sicht werde die angegebene nächtliche Stimme als Pseudohalluzination angesehen. Auch habe der Versicherte laut den vorliegenden Berichten immer wieder geordnet, durchsetzungsfähig und kontrolliert gewirkt. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, wie im A.\_\_\_\_-Bericht vom Oktober 2010 attestiert, könne weder aus orthopädischer noch aus psychiatrischer objektiver Sicht nachvollzogen werden. Die unstreitig bestehende soziale Konfliktsituation sei als invaliditätsfremd zu beurteilen (S. 21 unten).

Zum A.\_\_\_\_-Bericht vom Januar 2012 (vorstehend E. 4.4) führten die Gutachter aus, die dort beschriebenen Einschränkungen des Versicherten seien aus objektiver Sicht so nicht nachvollziehbar. Im psychischen Befund zeige sich der Versicherte kontrolliert, durchsetzungsfähig, autonom. Er wirke in der Angabe seiner Beschwerden überlegt; zudem bestünden erhebliche Inkonsistenzen zwischen der vorgetragene Beschwerdesymptomatik und dem objektiven Befund. Auch die beschriebenen Symptome von Müdigkeit und verminderter Anpassungsfähigkeit seien jetzt so nicht nachweisbar. Dissoziative

Phänomene seien nicht feststellbar. Das Handeln des Versicherten sei bewusstseinsnah. Es zeigten sich auch keine Hinweise für eine tiefgreifende Strukturstörung der Persönlichkeit. Insofern bestehe aus objektiver Sicht gegenüber dem A.\_\_\_\_ -Bericht eine deutliche Diskrepanz. Aus gutachterlicher Sicht - unter Berücksichtigung des Befundes und nicht allein der Beschwerden des Versicherten - sei dieser für alle Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einsetzbar (S. 22).

Zusammenfassend könne aus psychiatrischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Morbidität diagnostiziert werden. Es lägen soziale Invaliditätsfremde Faktoren vor, die jeweils kurzfristig zu eskalierenden Anpassungsstörungen führen würden. Hinweise für eine psychotische oder affektive Erkrankung lägen nicht vor. Es zeigten sich im psychischen Befund auch keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer aus psychischer Sicht nicht in der Lage wäre, seine angezeigten Beschwerden zu überwinden (S. 18 Ziff. 1.2).

Im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 6/124/28-35) führte Dr. P.\_\_\_\_ aus, zusammenfassend könne aktuell für die den Bewegungsapparat betreffenden Beschwerden im Bereich der HWS, des Nackens, des rechten Kniegelenkes mit Ausstrahlung hüft- und fusswärts sowie des handgelenknahen Vorderarmes rechts kein verwertbares anatomisch-pathologisches Substrat gesehen werden. Die Beschwerden würden damit orthopädisch ungeklärt bleiben. Die seitengleiche und kräftige Muskulatur beider Arme und beider Beine sprächen gegen eine wesentliche zum Beispiel beschwerdebedingte Schonung sowohl des rechten Armes als auch des rechten Beines. Auch sei die Fusssohlenbeschwellung rechts wie links physiologisch auszumachen. Eine Schonung und Entlastung beim Gehen und Stehen mit dem rechten Bein spiegle sich somit nicht zum Beispiel in einer seitendifferenten Beinmuskelminderung und oder in einer Minderbeschwellung der rechten Fusssohle wieder. Zusammenfassend resultiere orthopädisch somatisch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Das Ausmass, die topographische anatomische Zuordnung und die Intensität der subjektiv vorgetragenen Beschwerden liessen sich orthopädisch somatisch nicht erklären (S. 33 Mitte). Der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter und Reiniger wieder zu 100 % arbeitsfähig. Rückblickend seien die Folgen der Ereignisse Dezember 2004 und September/Oktober 2007 nicht mehr auszumachen. Somit sollte spätestens sechs Monate nach dem Ereignis September/Oktober 2007 eine volle Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt gewesen sein. Der Beschwerdeführer sei für alle Tätigkeiten geeignet, welche einem altersgleichen gesunden 35-jährigen Mann zumutbar sei. Auch diese Einschätzung gelte rückblickend ab zirka sechs Monaten nach dem Ereignis September/Oktober 2007, somit ab zirka April 2008 (S. 34 oben). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 11. Mai 2009 (vgl. Urk. 6/75) davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen wie in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob sich der Sachverhalt seither in relevanter Weise verändert hat.

Den medizinischen Berichten ist zu entnehmen, dass sich aus somatischer Sicht keine relevanten Änderungen ergeben haben. Die B.\_\_\_\_ -Gutachter (vorstehend E. 4.5) nannten aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im orthopädischen Teilgutachten führte Dr. P.\_\_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig aus, dass sich das Ausmass, die topographische anatomische Zuordnung und die Intensität der subjektiv vorgetragenen Beschwerden nicht orthopädisch somatisch erklären liessen. Aus

orthopädischer Sicht attestierte Dr. P.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit. Dies stimmt weitgehend mit den Einschätzungen der Ärzte der E.\_\_\_\_ (vorstehend

E. 3.2, E. 3.5) überein, welche der Verfügung vom 11. Mai 2009 zugrunde lagen. Die behandelnden Ärzte konnten keine objektivierbaren pathologischen Befunde erheben und stellten kein morphologisches Korrelat zu den angegebenen Beschwerden fest.

Nach dem Gesagten, konnten bereits im Jahr 2009 die behandelnden Ärzte die geklagten Beschwerden somatisch nicht zuordnen. Seither hat sich die Situation nicht geändert und die B.\_\_\_\_-Gutachter konnten die Beschwerden ebenfalls orthopädisch nicht klären. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus orthopädischer Sicht ist damit nicht ausgewiesen. 5.2

Die B.\_\_\_\_-Gutachter nannten auch aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.5). Sie führten nachvollziehbar und schlüssig aus, dass keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychiatrische Morbidität diagnostiziert werden könne.

Die Gutachter nannten als psychisches Leiden eine wiederholte Anpassungsstörung mit kurzen depressiven Reaktionen bei sozialen Konfliktsituationen. Diese Diagnose begründeten sie aber mit den vorliegenden sozialen invaliditätsfremden Faktoren, welche jeweils kurzfristig zu eskalierenden Anpassungsstörungen führen würden. Der Beschwerdeführer hat in der persönlichen Anamnese im Gutachten selber angegeben, die häufige Anspannung, Gereiztheit, Nervosität, werde insbesondere durch die schlechte finanzielle Situation der Familie ausgelöst (vgl. Urk. 6/124 S. 12 Mitte). Zudem bekundete der Beschwerdeführer Mühe damit, dass er als Ernährer derzeit für die Familie nicht zur Verfügung stehe. Wegen des Geldmangels komme es immer wieder zu Spannungen. Zudem sei er gegenüber seiner Ehefrau gelegentlich schon verbal aggressiv (vgl. Urk. 6/124 S. 14 unten). Diese familiären Spannungen hielten auch die behandelnden Ärzte des A.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 26. Januar 2012 (vorstehend E.

4.4) fest. Das Verhalten des Beschwerdeführers findet somit in soziokulturellen Umständen seine Erklärung und stellt keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden dar (vgl. E.

1.5). Die Gutachter nannten nebst der Anpassungsstörung auch noch weitere Diagnosen mit Z-Kodierungen. Gemäss der Rechtsprechung handelt es sich nach dem internationalen Klassifikationssystem bei den sogenannten Z-Kodierungen um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Sie werden als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben, aber sind nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache klassifizierbar (Urteile des Bundesgerichts 8C\_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.3; 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Der Beschwerdeführer ist bereits seit zirka sechs Jahren nicht mehr arbeitstätig, was nachvollziehbarerweise zu finanziellen Problemen und Spannungen in der Ehe führen und den Gesundheitszustand beeinflussen kann. Jedoch haben solche Diagnosen rechtsprechungsgemäss keinen Krankheitswert und sind damit auch nicht invalidisierend.

Die Einschätzung der B.\_\_\_\_-Gutachter stimmt zudem weitgehend mit der Einschätzung des psychiatrischen Gutachtens von Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) überein. Dr. H.\_\_\_\_ konnte ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Als

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. H.\_\_\_\_ unter anderem eine Somatisierungsstörung und eine leichte depressive Episode. Er führte dazu aus, die leichte depressive Episode sei als Begleiterscheinung der Somatisierungsstörung zu verstehen und nicht als selbständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität. Es bestehe keine Unzumutbarkeit der Symptomüberwindung und die Diagnosen würden die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. 5.3

Aus den Berichten des A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2 - 4) ergeben sich - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers - keine Hinweise für eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes. Hinsichtlich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist die eine Frage, ob die entsprechende Diagnose als begründet und gesichert zu erachten ist; die andere Frage ist, ob eine daraus folgende Arbeitsunfähigkeit bei der rechtlichen Leistungsprüfung relevant und deshalb zu berücksichtigen ist. Im Regelfall gilt die Willensanstrengung, die schmerzbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu überwinden, als zumutbar. Eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit ist anzunehmen, wenn entweder eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, oder - alternativ - bestimmte weitere Kriterien darauf schliessen lassen.

Die behandelnden Ärzte des A.\_\_\_\_ äusserten sich bei der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung nicht weiter zur Überwindbarkeit. Bei den von ihnen gestellten Diagnosen fällt auf, dass sie diese nicht näher begründeten und sie mangels Begründung schlecht nachvollziehbar sind. Im Bericht vom Juni 2010 gingen die Ärzte von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die Neueinstellung der neuroleptischen Medikation aus (vorstehend E. 4.2). In den nachfolgenden Berichten (vorstehend E. 4.3 und E. 4.4) äusserten sich die Ärzte des A.\_\_\_\_

nicht mehr zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Sie attestierten ihm eine volle Arbeitsunfähigkeit.

Die Unterschiede zwischen A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ in der Befunderhebung weisen auf die in ständiger Rechtsprechung anerkannte Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hin (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen). So beruht das B.\_\_\_\_-Gutachten auf einer Momentaufnahme, während die Ärzte des A.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer seit Jahren behandeln. Es ist das Wesensmerkmal einer jeden Begutachtung, dass sie nicht auf einem derart langen Beobachtungszeitraum beruhen kann wie die Berichte behandelnder Ärzte, ohne dass dies allein ihrem Beweiswert abträglich wäre (Bundesgerichtsurteil 9C\_866/2012 vom 21. November 2012 E. 3.2.1). Ausserdem verfolgen die Berichte der behandelnden Ärzte rechtsprechungsgemäss nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). 5. 4

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Juni 2012 für die Beantwortung der Frage umfassend ist. Es beruht auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der Vorakten

und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Das Gutachten trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten erfüllt damit entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers die praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung und insbesondere für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers darauf abgestellt werden kann. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als hinreichend und klar und ist in diesem Sinne als erstellt zu betrachten. 5.5

Aus medizinischer Sicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht geändert. Das B. \_\_\_ -Gutachten vom 15. Juni 2012 bestätigt im Wesentlichen die seinerzeitigen Feststellungen sowie die volle Arbeitsfähigkeit in angepasster und angepasster Tätigkeit.

Die Verfügung vom 7. November 2012 erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind 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 zu gestellt. 3.

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

Gegen diese Entscheidung 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 dem 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 Disler

**E. 7**

Abs. 2 ATSG).

**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 her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungen zu ständ en klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der sozio kulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne ver selbst ändigte 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 eigentli chen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen ver selbst ändigten 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 20

## **E. 12**

E. 3.2 mit Hinwei sen ). 1. 6

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 Zu sammenhänge 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.

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