

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01032 vom 30. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01032

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01032 du 30 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01032 del 30 settembre 2014

Erwägungen

E. 1

Mai 2002 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/159 , 7/161, 7/163 und 7/165) .

E. 1.1

Zu beurteilen ist eine Rentenanmeldung vom 8. November 2001 und ein Sachverhalt, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2013 erstreckt.

Es sind daher die allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln heranzuziehen, gemäss welchen in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes galten (BGE 130 V 446 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Am 1. Januar 2003 ist das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in Kraft getreten. Mit ihm sind zahlreiche Bestimmungen im Sozialversicherungsbereich geändert worden. Der materielle Anspruch auf eine Invalidenrente für die Zeit bis zum 31. Dezember 2002 ist aufgrund der damals gültig gewesenen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (BGE 130 V 446 E. 1.2, 127 V 467 E. 1). Für den Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2004 sind im Weiteren die Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), die im Zuge der 4. Revision der Invalidenversicherung in Kraft getreten sind, zu beachten. Für den Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2008 respektive ab dem 1. Januar 2012 gelten die im Rahmen der 5. respektive 6. IV-Revision teilweise erneut geänderten Normen des IVG und der IVV sowie die damit einhergehenden Anpassungen des ATSG.

Da sich hinsichtlich des gesetzlichen Invaliditätsbegriffes etc. keine materiellen Änderungen ergeben haben, werden im Folgenden die aktuell gültigen Normen zitiert, soweit nichts anderes vermerkt ist.

E. 1.2

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. 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. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 1.3

Die von der E.____ Pensionskasse da gegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/166) wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 30. September 2011 ab (Urk. 7/177). Diesen Entscheid zog die E.____ Pensionskasse mit

Beschwerde ans Bundesgericht weiter (vgl. Urk. 7/178), welches am 18. April 2012 das sozialversicherungsgerichtliche Urteil vom 30. September 2011, den Einspracheentscheid der IV-Stelle vom 11. Mai 2009 und deren Verfügungen vom 20. Januar 2010 aufhob und die Sache zu weiteren Abklärungen und neuem Entscheid an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 7/182).

E. 1.4

Die IV-Stelle gab darauf ein bi-disziplinäres Gutachten in Auftrag (vgl. Urk. 7/188 und 7/189), welches am 21. September 2012 von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, erstattet wurde (Urk. 7/191). Mit Vorbescheid vom 28. März 2013 stellte die IV-Stelle

die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk.

7/196). Dagegen liess X.____ unter Einreichung eines Berichtes von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Februar 2013 (Urk. 7/202) Einwände erheben (Urk. 7/203).

Mit Verfügung vom 11. Oktober 2013 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk.

E. 2

Gegen diese Verfügung

erhob die Rechtsvertreterin von

X.____ mit Eingabe vom 14. November 2013 Beschwerde und beantragte im Wesentlichen, es sei

dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2002 eine ganze, mindestens aber eine Dreiviertelsrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2). Zusammen mit der Beschwerdeschrift reichte sie einen weiteren Bericht von Dr. I.____ vom 28. Oktober 2013 ein (Urk. 3). Die IV-Stelle schloss am 17. Dezember 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 18. Dezember 2013 Kenntnis erhalten (Urk. 8).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die neu eingereichte Unterlage wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3

Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - primäres Fibromyalgie-Syndrom - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrations-

störungen, Juckreiz, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Atembeschwerden, Schmerzen der Augen und Ohren, Schlafstörungen, Müdigkeit, traurige Verstimmungen, Lichtempfindlichkeit

E. 3.1

In Nachachtung des bundesgerichtlichen Urteils vom 18. April 2012 wurde ein bidisziplinäres Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ vom 21. September 2012 eingeholt. Dieses enthält die folgenden Diagnosen (Urk. 7/191/8):

„ - mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode und Panikstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. G.____, Burgdorf - ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. G.____, Burgdorf

E. 3.2

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 21. September 2012

hielt Dr. G.____ fest, dass er anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers ein depressives Zustandsbild festgestellt habe. Da der Gutachter Dr. F.____ im Jahr 2009 keine depressive Symptomatik ausgemacht habe, sei von einem phasenhaften Verlauf depressiver Episoden auszugehen. Beim Beschwerdeführer bestehe auch eine familiäre Vorbelastung in Bezug auf Depressionen. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F. 33.1) auszugehen. Der Beginn der rezidivierenden depressiven Störung sei auf etwa 2003 festzulegen. Die aktuelle depressive Episode habe wahrscheinlich im Jahr 2010 begonnen (Urk. 7/191/54).

Anamnestisch leide der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2011 unter zeitweise auftretenden panikartigen Angstzuständen, welche von einer subjektiven Atemnot ausgelöst würden und neben der panikartigen Angst zu Herzrasen führten. Diese Angstzustände hinderten den Beschwerdeführer jedoch offensichtlich nicht daran, alleine kurze Strecken mit dem Auto zu fahren oder sich ohne Begleitung mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Zürich zur Untersuchung nach Burgdorf zu begeben. Anlässlich der aktuellen klinischen Untersuchung seien keine panikartigen Angstsymptome feststellbar gewesen. Es sei diagnostisch von einer Panikstörung (ICD-10: F. 41.0), bestehend seit etwa 2011, auszugehen, wobei die diesbezügliche Symptomatik als nicht sehr ausgeprägt zu bewerten sei (Urk. 7/191/54).

Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzen in diversen Körperbereichen liessen sich aus somatischer Sicht nicht vollständig und nicht ausreichend erklären. Aus psychiatrischer Sicht sei als Erklärung für die subjektiv als invalidisierend erlebten Schmerzen differentialdiagnostisch an eine somatoforme Schmerzstörung, an eine Symptomausweitung, an Schmerzen im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen oder an eine Simulation seitens des Beschwerdeführers zu denken (Urk. 7/191/54). Die somatisch nicht ausreichend erklärbaren Schmerzsymptome fluktuierten in Bezug auf Intensität, Lokalisation und Schmerzcharakter.

Im Zeitpunkt von deren Entstehung hätten auch psychosoziale Belastungen bestanden, mangelnde Coping-Strategien im Umgang mit einer nachlassenden körperlichen

Leistungsfähigkeit in Verbindung mit einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung, langdauernde Probleme in der Ehe aufgrund von Kinderlosigkeit, in der Folge Trennung von der Ehefrau). Überdies bestehe beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte gedankliche Beschäftigung mit Krankheitsvorstellungen. Es könne deshalb aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F. 45:4), mindestens seit dem Jahr 2000 bestehend, gestellt werden. Die Auffassung von Dr. F.____, wonach eine Somatisierungsstörung vorliege, sei nicht zu teilen, da beim Beschwerdeführer im gesamten Verlauf die Schmerzsymptomatik immer klar im Vordergrund gestanden habe (Urk. 7/191/55). Es fänden sich auch keine Hinweise für das Vorliegen einer Symptomausweitung oder einer Simulation. Das aktuelle Schonverhalten des Beschwerdeführers lasse sich im Sinne einer zunehmenden Verfestigung der Schmerzsymptomatik verstehen. Die depressiven Beschwerden würden das Ausmass der Schmerzsymptomatik nicht erklären, zumal die depressiven Beschwerden erst nach den Schmerzen entstanden seien (Urk. 7/191/55).

Das soziale und berufliche Funktionsniveau des Beschwerdeführers sei in der Vergangenheit zu hoch gewesen, als dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen liesse. Es sei deswegen diagnostisch von einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z 73.1) auszugehen, welcher kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (Urk. 7/191/56).

Dr. G.____ gelangte zum Schluss, aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und aufgrund der Panikstörung bestehe eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/191/6 und 7/191/62). 4.

E. 4

Nikotinkonsum von circa 25 pack years

E. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. H.____ und Dr. G.____

vom 21. September 2012 beruht auf rheumatologisch-internistischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 6. und 18. September 2012 (vgl. Urk. 7/191/2, 7/191/6 und

7/191/4). Es wurde in Kenntnis der umfangreichen medizinischen Vorakten erstellt und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen. Die gestellten Fragen beantwortet es umfassend. Überdies setzt es sich detailliert mit anderslautenden Beurteilungen auseinander und begründet die eigene einleuchtend und nachvollziehbar. Es kann deshalb darauf abgestellt werden (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte

Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Ins besondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

E. 4.3

Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. G.____ vom 21. September 2012 liegt zur somatoformen Schmerzstörung eine Komorbidität mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F 33.1), mit einer Panikstörung (ICD-10: F 41.0), mit einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen sowie mit einem schädlichen Gebrauch von Tabak vor (Urk. 7/191/59).

Nach der Rechtsprechung werden leicht-mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglichte, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2004 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit zahlreichen Hinweisen). Ebenso wenig stellt die Diagnose der Panikstörung (ICD-10: F 41.0), die einzig auf den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers beruht (vgl. Urk. 7/191/43 und 7/191/54), einen komorbiden Gesundheitsschaden im Sinne der Rechtsprechung dar, der es dem Beschwerdeführer ausnahmsweise verunmöglichte, in den Arbeitsprozess wieder einzusteigen (Urteil des

Bundesgerichts 8C_61/2010 vom 25. Mai 2010 E. 2.3.2.2). Dass elbe gilt bezüglich der Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen und des schädlichen Gebrauchs von Tabak. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, welche ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen liesse, liegt mit den gestellten Diagnosen somit nicht vor.

Während des hier zu beurteilenden Zeitraumes klagte der Beschwerdeführer über verschiedene, sich abwechselnde diffuse Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (Urk. 7/5/5), im Arm-, Brust-, Schulter- und Nackenbereich, im Kopf, in den Ohren, im Hüft- und Beckenbereich und in den Beinen (Urk. 7/25/2 f., 7/105/13, 7/129/21, 7/132/2 und 7/191/3). Zum Teil konnte mit einer entsprechenden Behandlung, namentlich mit dem Tragen eines Kragens, der Einnahme von Analgetika und Antidepressiva eine Verbesserung erzielt werden (vgl. Urk. 7/5/5, 7/7/7 und 7/25/6 f.). Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung ist aus den vorhandenen Akten nicht ersichtlich. Ebenso wenig eine konsequent durchgeführte Behandlung der beschriebenen Schmerzen, denen kein organisches Korrelat gegenübersteht. Vielmehr geht aus den medizinischen Unterlagen hervor, dass

mit Unterbrüchen verschiedene medikamentöse und

physiotherapeutische Behandlungsversuche unternommen wurden, die vereinzelt auch an der Compliance des Beschwerdeführers scheiterten

(vgl. Urk. 7/5/5, 7/25/7, 7/120/5, 7/129/7 f., 7/129/14

und 7/191/3).

Eine durchgehende psychiatrische Behandlung fand ebenfalls nicht statt, wobei einige Behandlungsabbrüche auf Initiative des Beschwerdeführers erfolgten (vgl. Urk. 7/129/18 f.).

Dr. G.____

stellte einen leichten sozialen Rückzug des Beschwerdeführers fest (Urk. 7/191/59).

Dies stimmt insofern mit der Darstellung in der Beschwerdeschrift überein, als der Beschwerdeführer nach wie vor mit seiner Partnerin und den gemeinsamen Kindern zusammen lebt und der rege gepflegte Kontakt zu seinem Bruder wegen dessen Todes im Frühling 2012 abgebrochen ist (Urk. 1 S. 15).

Gemäss der Einschätzung von Dr. G.____

liegt ferner zwar ein verfestigter, aber durchaus therapierbarer Verlauf einer Konfliktbewältigung vor (Urk. 7/191/59).

Auch wenn vereinzelte Kriterien in leichtem Grade erfüllt sind, sind diese nicht derart zu werten, dass sie die Schmerzüberwindung als unzumutbar erscheinen liessen. Der somatoformen Schmerzstörung des Beschwerdeführers kommt invalidenversicherungsrechtlich folglich keine Relevanz zu.

E. 4.4

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers macht geltend, die diagnostizierte depressive Störung sei nicht nur als Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung, sondern als eigenständige Erkrankung zu beachten (Urk. 1 S.

E. 4.5

Zur Panikstörung bleibt zu bemerken, dass Dr. G.____ die diesbezügliche Symptomatik als nicht sehr ausgeprägt bewertet, zumal der Beschwerdeführer ohne Weiteres in der Lage ist, kurze Strecken sein Auto zu lenken und ohne Begleitung mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Zürich zur Untersuchung nach Burgdorf zu fahren (Urk. 7/191/54). Dieser Diagnose kann in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht jedoch ohnehin keine Relevanz zukommen, da sie lediglich auf den subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers basiert.

E. 4.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht das Vorliegen eines invaliditätsrelevanten Gesundheitsschadens verneint und dem entsprechend das Rentenbegehren abgewiesen hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Laur - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

E. 5

Gestörte Gluconeogenese

E. 6

Anamnestic Reizmagen-Syndrom. “

Gemäss Einschätzung der Gutachter war die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die von ihm bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt (Urk. 7/191/17). Dies steht im Einklang mit dem Gutachten

des O.____ (O.____) vom 12. Dezember 2006 samt Ergänzung vom 23. April 2007, in welchem die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers allein wegen psychiatrischer Befunde als eingeschränkt erachtet wurde (vgl. Urk. 7/105/25 ff. und 7/114). Lediglich das Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle am Kantonsspital A.____ (MEDAS) vom 6. Februar 2003 attestiert dem Beschwerdeführer – ohne die geklagte Beschwerdesymptomatik einer spezifischen pathologischen Veränderung oder einer rheumatologisch-entzündlichen Erkrankung zuordnen zu können – aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit als Servicemitarbeiter und eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % (vgl. Urk. 7/26/5 und 7/27/9 f.).

Weil diese Einschätzung nicht mit einem organischen

Korrelat begründet wurde, ist auf die beiden erstgenannten Gutachten abzustellen, gemäss welchen aus somatischer

Sicht keine Arbeitsunfähigkeit besteht.

E. 10

ff.). Hierzu gilt es zu bemerken, dass die depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, für sich allein invalidenversicherungsrechtlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermag, da sie therapierbar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_474/2013 vom 20. Februar 2014 E. 5.4 mit zahlreichen Hinweisen).

In diesem Zusammenhang hat Dr. G.____ auch ausdrücklich festgehalten, dass das Behandlungspotenzial noch nicht optimal ausgeschöpft ist (Urk. 7/191/63). Er empfahl zwar die Weiterführung der bereits etablierten ambulanten und psychiatrischen Behandlung. Gleichzeitig wies er

aber auch darauf hin, dass er nicht nachvollziehen könne, weshalb der Beschwerdeführer mit dem Medikament Ritalin, welches zur Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen bei Kindern und Jugendlichen zugelassen sei, behandelt werde. Weder klinisch noch anamnestisch habe er Hinweise für solche Beschwerden erheben können. Insbesondere habe auch eine Berücksichtigung der Biographie des Beschwerdeführers keine solchen ergeben. Gemäss den Angaben im Arzneimittelkompendium der Schweiz könne das Medikament Ritalin als unerwünschte Wirkungen unter anderem zu Schlaflosigkeit, Nervosität, Affektlabilität, Aggression, Unruhe, Angst, Depression und Reizbarkeit führen, so dass sich ein Teil der vom Beschwerdeführer beschriebenen Symptomatik auch damit erklären liesse (Urk. 7/191/57 und 7/191/63 f.). Darüber hinaus stellte Dr. G.____ die abendliche Einnahme des dual wirksamen Antidepressivums Cymbalta in Frage. Dieses Medikament könne vor allem wegen seiner noradrenergen Wirkung zu Schlafstörungen führen, insbesondere wenn es abends eingenommen werde. Er erachtete die Einnahme eines eher sedierenden Antidepressivums als eine gute Alternative (Urk. 7/191/60 und 7/191/63 f.).

Aus der Erklärung von Dr. I.____ vom 27. Februar 2013, weshalb er Ritalin verordnet habe (Urk. 3 S. 3 f. = 7/202), geht nichts hervor, woraus sich schliessen liesse, dass die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers im hier relevanten Zeitraum optimal behandelt wurde.

Ebenso wenig vermag der Verweis der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers auf einen Bericht von Dr. I.____ vom 28. Oktober 2013, gemäss welchem der Beschwerdeführer das Antidepressivum Cymbalta nicht mehr abends, sondern neu morgens einnehme und dies zu keiner Änderung seines Gesundheitszustandes geführt habe, etwas in dieser Hinsicht zu bewirken (Urk. 1 S. 14 f. mit Hinweis auf Urk. 3).

Gegen die Annahme, die therapeutischen Möglichkeiten seien stets vollständig und optimal ausgeschöpft worden, ohne dass sich die depressive Symptomatik verbessert habe, sprechen auch die weiteren vorhandenen medizinischen Unterlagen. So ist dem psychiatrischen Teilgutachten der Medizinischen Abklärungsstelle am Kantonsspital A.____ (MEDAS) vom 6. Januar 2003 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter der vormals eingenommenen antidepressiven Medikation eine leichte Besserung der „Verspannungen“ sowie der psychischen Anspannung verspürt habe, weshalb eine konsequente antidepressive Medikation empfohlen werde. Da er auch die vormals durchgeführten psychotherapeutischen Gespräche als erleichternd empfunden habe, sollte eine entsprechende Behandlung, insbesondere mit kognitiver Restrukturierung, wieder aufgenommen werden. Die Behandlungsmöglichkeiten seien insgesamt noch nicht voll ausgeschöpft (Urk. 7/25/6 f.). Auch anlässlich seiner Untersuchung durch das O.____

berichtete der Beschwerdeführer, dass die psychiatrische Behandlung durch Dr. J.____ und die Einnahme von Antidepressiva zu einer Besserung seines Zustandes geführt hätten (Urk. 7/105/11). Im betreffenden Gutachten vom 12. Dezember 2006 wurde die aktuelle medikamentöse Therapie ebenfalls in Frage gestellt (Urk. 7/105/28).

Schliesslich ist auf die fremdanamnестischen Auskünfte im Gutachten von Dr. B.____ vom 3. August 2008 zu verweisen. Danach habe der vormals den Beschwerdeführer behandelnde Psychiater

Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärt, dass er

den Beschwerdeführer im Jahr 2003 kennen gelernt habe, nachdem er ihm von Dr. med. L.____ zur Behandlung zugewiesen worden sei. Der Beschwerdeführer sei etwa drei Mal bei ihm erschienen, danach nicht mehr, weil er keine Notwendigkeit einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gesehen habe. Er habe sich dann erneut im Jahr 2006 für eine Behandlung bei ihm gemeldet und sei in der Folge 24 Mal zu ihm gekommen. Im Jahr 2007 habe er den Beschwerdeführer lediglich ein Mal gesehen (Urk. 7/129/18).

Ferner gab der Beschwerdeführer selbst an, dass er die psychiatrische Behandlung bei Dr. M.____ wegen eines Streits bezüglich eines Zeugnisses abgebrochen habe (Urk. 7/105/11 und 7/105/22). Von einer regel mässigen adäquaten medikamentösen und therapeutischen Behandlung der depressiven Symptomatik, welche überdies erfolglos geblieben ist, kann vor diesem Hintergrund keine Rede sein.

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