

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00052 vom 23. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00052

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00052 du 23 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00052 del 23 settembre 2014

Erwägungen

E. 23

September 2014 in Sachen X.____ Beschwerdeführer vertreten durch Rechtsanwältin Ursula Reger- Wyttenbach Goecke Laur Reger- Wyttenbach Zürcher & Meier Rhein Rechtsanwälte Ankerstrasse 24, Postfach 2250, 8026 Zürich gegen Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich Beschwerdegegnerin 1.

1.1

X.____, geboren 1976, reiste im Jahr 1995 in die Schweiz ein und arbeitete als Bodenleger. Nach dem Tod des langjährigen Arbeitgebers im April 2001 war er im Mai 2001 einige Tage zur Probe als Hilfsarbeiter bei der Firma Y.____, Z.____, im Gartenbau tätig (Urk. 5/48/3). Am 17. Mai 2001 stürzte er beim Abladen von Steinen von einer Lieferwagenrampe direkt auf den Rücken mit Aufprall mit dem Schädel und zog sich einen inkompletten Berstungsbruch (BWK 12; Typ A3.1.1) und eine Schädelkontusion frontal rechts zu (Urk. 5/2 und 5/5). Aufgrund der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit meldete sich der Versicherte am 10. Dezember 2002 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 5/29). Die IV-Stelle nahm erwerbliche (Urk. 5/33, 5/34, 5/40 und 5/46-48) und medizinische (Urk. 5/5-26, 5/31, 5/35 und

5/38) Abklärungen vor. Mit Verfügung vom 14. September 2004 lehnte sie das Leistungsbegehren ab (Urk. 5/54). Nach der dagegen erhobenen Einsprache (Urk. 5/61) wurden weitere medizinische und berufliche Abklärungen getätigt (Urk. 5/67, 5/69-75, 5/80 und 5/83). In der Folge wurde ein polydisziplinäres

Gutachten beim

A.____

in Auftrag gegeben (Urk. 5/86). Dieses wurde am 5. Februar 2008 erstattet

(Urk. 5/89). Nach dem die IV-Stelle darüber informiert worden war, dass sich der Versicherte in stationärer psychiatrischer Behandlung befindet (Urk. 5/97), wurden ergänzende medizinische Abklärungen vorgenommen (Urk. 5/98). Mit Einspracheentscheid vom 20. Juni 2008 hielt die IV-Stelle an ihrer Entscheidung fest und wies die Einsprache ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 9% ab (Urk. 5/101). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 1.2

Der Versicherte reichte am 20. August 2008 neue Arztberichte ein (Urk. 5/102), was die IV-Stelle als erneutes Leistungsgesuch qualifizierte. Mit Vorbescheid vom 16. Oktober

2008 (Urk. 5 /106) wurde mangels glaubhaft gemachter Verschlechterung das Nichteintreten auf die Neuanmeldung in Aussicht gestellt, wogegen der Versicherte Einwand erhob (Urk. 5/111). Er liess diesen in der Folge ergänzen und darüber hinaus die offensichtliche Unrichtigkeit der Rentenablehnung geltend machen und die Aufhebung des ersten Entscheides so wie des Vorbescheides beantragen (Urk. 5 /123). Mit Verfügung vom 23. Februar 2009 trat die IV- Stelle auf die Neuanmeldung nicht ein (Urk. 5 /126). Diese Verfügung erwuchs ebenfalls unangefochten in Rechtskraft. 1.3

Am 30. Oktober 2009 gelangte die Rechtsvertreterin des Versicherten erneut an die IV-Stelle, liess eine erhebliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit geltend machen und eine ganze Invalidenrente beantragen (Urk. 5/128). Die IV- Stelle nahm erneut medizinische Abklärungen vor (Urk. 5 /131) und veranlasste in der Folge eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 5 /141). Das Gutachten wurde am 22. Juni 2010 erstattet (Urk. 5 /144). Gestützt darauf stellte die IV- Stelle die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 5 /147). Auf grund des dagegen erhobenen Einwandes (Urk. 5/154) und der zusätzlich eingereichten Unterlagen (Urk. 5/153 und

5 /157-160) gelangte die IV-Stelle erneut an Dr. B.____ und ersuchte ihn zu prüfen, ob die neu eingereichten medizinischen Berichte etwas an seiner Beurteilung ändern würden (Urk. 5 /161), was dieser jedoch verneinte (Urk. 5 /164). Mit Verfügung vom 16. Juni 2011 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren erneut ab (Urk. 5/172). Die dagegen erhobene Beschwerde vom 3. August 2011 (vgl. Urk. 5/176 und 5/177) wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichtes vom 22. November 2012 in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache für ergänzende medizinische Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (Urk. 5/204) .

Diese gab darauf bei der Medizinischen Abklärungsstelle [MEDAS] C.____ ein psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 5/212), welches am 17. Juli 2013 erstattet wurde (Urk. 5/214) . Die IV-Stelle erliess am

E. 24

Juli 2013 einen negativen Vorbescheid (Urk. 5/218), gegen den

X.____ Einwand erheben liess (Urk. 5/222) .

Seine Rechtsvertreterin reichte einen ärztlichen Bericht der D.____ vom 17. September 2013 zu den Akten (Urk. 5/223 und 5/224), der den begutachtenden Ärzten der C.____ zur Stellungnahme unterbreitet wurde (Urk. 5/225 und 5/226). Mit Verfügung vom 27. November 2013 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 2 = Urk. 5/230). 2.

Dagegen liess X.____ am 14. Januar 2014 Beschwerde erheben (Urk. 1). Er liess die Zusprechung einer ganzen Invalidenrente , eventualiter einer Viertels-Invalidenrente, ab 1. Oktober 2009 beantragen ; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2) . Die IV-Stelle schloss am 13. Februar 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4) . Mit Eingabe vom 4. Juni 2014 wurde die Replik erstattet und ein Psychiatrisches Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Mai 2014 eingereicht (Urk. 10 und 11). Mit Zuschrift vom 26. Juni 2014 erstattete die IV-Stelle ihre Duplik (Urk. 13). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 30. Juni 2014 Kenntnis erhalten. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich,

in den Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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. 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). 1.2

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades 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 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 zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). 1.4

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person

sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 1.5

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzel fall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E. 5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S. 345, Urteil des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E. 4.4 mit Hinweisen).

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 zuge mutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist ent scheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderli chen allseitigen Untersuchun gen beruht, die geklagten Beschwerden berück sichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person aus einander setzt was vor allem bei psychischen Fehlent wicklungen nö tig ist , in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinander setzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein leuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Exper ten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszu rä u mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Be antwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebene falls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen , Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens gestützt auf Gutachten der C.____ vom 17. Juli 2013 damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2008 nicht massgeblich verän dert habe, ihm nach wie vor eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumut bar sei und er dementsprechend bei einem Invaliditätsgrad von 10 %

auch ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (Urk. 2 S. 1 ff.) . Die Rechts vertreterin des Beschwerdeführers beanstandet das fragliche Gutachten (Urk. 1 S. 9 und 10 S. 4 f.). Sie vertritt die Auffassung, es sei stattdessen de n einheitli chen Beurteilungen durch die behandelnden Fachärztinnen und Fachärzte sowie dem Gutachten von Dr. E.____ vom 31. Mai 2014 zu folgen, gemäss welchen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten auszugehen sei, was den Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründe (Urk. 1 S. 9 und 10 S. 8) . Für den Fall, dass das Gutachten der C.____ als massgebend erach tet werden sollte, sei bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'081. -- im Jahr 2013 von einem Invalideneinkommen von Fr. 40'171.80 auszugehen, so dass ein Invaliditätsgrad von 42,7 % resultiere, der einen Rentenanspruch für eine Vi ertelsrente begründe (Urk. 1 S. 10 f.).

3.

3.1

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 30. Oktober 2009 (Urk. 5 /128) materiell eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum zwischen dem ersten Einspracheentscheid vom 20. Juni 2008 (Urk. 5 /101), in welchem ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden ist, und der Verfügung vom

E. 27

November 2013 (Urk. 2), welche die zeitliche Grenze für den zu beurteilenden Sachverhalt bildet, insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 3.2

Massgeblich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt des ursprünglichen Einspracheentscheides vom 20. Juni 2008 war das polydisziplinäre

(internistisch/rheumatologisch und psychiatrisch) Gutachten des A.____ vom 5. Februar 2008 (Urk. 5 /89; vgl. Feststellungsblatt zum Beschluss, Urk. 5 /99).

Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde damals aus rheumatologischer Sicht ein chronisches thorakovertebrales Syndrom mit/bei: - Status nach traumatischer Berstungsfraktur BWK12 am 17.05.2001 - Status nach dorsaler Stabilisierung mit Fixateur interne BWK11 bis LWK1 am 18.05.2001 - Status nach Osteosynthesematerial -Entfernung und monosegmentaler vertebraler Spondylodese Th11/12 bei Pseudarthrose BWK12 am 15.05.2002 attestiert.

Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine erhoben. Die festgestellte Dysthymia wurde als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erachtet (Urk. 5 /89 / 29).

Zusammenfassend kamen die Gutachter im Februar 2008 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis mittelschweren behinderungsangepassten Tätigkeit aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei. Für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Bodenleger und Gartenbauer wurde er aufgrund der rheumatologischen Problematik als zu 100 % arbeitsunfähig beurteilt (Urk. 5 /89 / 35). 3.3

3.3.1

Das Sozialversicherungsgericht hatte in seinem Urteil vom 22. November 2012, das im Rahmen der vorliegend zu beurteilenden Neuanmeldung ergangen war, von der Beschwerdegegnerin die Einholung einer fachärztlichen psychiatrischen und gegebenenfalls weiteren Abklärung verlangt, da es die Auffassung vertreten hat, dass die damals vorhandenen psychiatrischen Gutachten und Berichte von Dr. B.____, der Klinik I.____ und der behandelnden Ärztin Dr. F.____ keine überzeugenden Beurteilungen für die Streitfrage einer wesentlichen Verschlechterung der Gesundheit des Versicherten seit 2008 geliefert hatten (Urk. 5/204). 3.3.2

Das

in Nachachtung des Urteils eingeholte Gutachten der C.____ vom 17. Juli 2013, auf welches sich die Beschwerdegegnerin in nun angefochtenen Entscheidung stützt, basiert auf der rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung des Beschwerdeführers vom 20. Juni 2013 sowie auf den von der IV-Stelle und vom Beschwerdeführer zur Verfügung

gestellten Akten (vgl. Urk. 5/214/1, 5/214/4 ff., 5/214/13 ff. und 5/214/21 ff.). Überdies wurde das Ergebnis der laboranalytischen Untersuchung einer am 20. Juni 2013 beim Beschwerdeführer entnommene n Blutprobe berücksichtigt (Urk. 5/214/20 und 5/214/35).

3.3.3

Zusammenfassend wurde aus psychiatrischer Sicht festgehalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration

ein demonstrativ klagsames Zustandsbild präsentiert habe. Er habe das Bild einer histrionisch getönten Schmerzfehlverarbeitung und Selbstlimitierung gezeigt. Es seien zahlreiche Inkonsistenzen zwischen dem Befund und den angegebenen Beschwerden auszumachen gewesen. Das Verhalten des Beschwerdeführers habe sich als ein drücklich demonstrativ, aber bewusstseinsnah gesteuert erwiesen (Urk. 5/214/20 f.).

Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden. Es mangle an einem engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Schmerzsyndroms einerseits und einer ausgeprägten psychosozialen Belastungssituation oder einem schwerwiegenden innerseelischen Konflikt andererseits. Die aktuell bestehende psychosoziale Belastungssituation sei sekundär, das heisst nach der Entwicklung des Schmerzsyndroms entstanden. Sie könne nicht als Beleg für eine schwerwiegende Belastung als Auslöser der Entwicklung eines somatoformen Schmerzsyndroms angenommen werden (Urk. 5/214/21 und 5/214/23).

Die vom Beschwerdeführer vorgetragene n Beschwerden müssten, wie bereits anlässlich der Begutachtung im A.____ und durch Dr. B.____ festgestellt, als Ausdruck einer ausgeprägten Aggravation und dysfunktionalen histrionisch getönten Symptomverarbeitung ohne eigenen psychischen Krankheitswert betrachtet werden. Auch die von den behandelnden Ärzten im G.____ benannte chronifizierte Depression mittelgradiger Ausprägung lasse sich mit den psychopathologischen Befunden nicht erhärten. Nur wenn man die subjektiv vom Beschwerdeführer vorgetragene n Beschwerden und Beeinträchtigungen zugrunde legen würde, könnte man zu dieser Diagnose gelangen. Mit Blick auf die Inkonsistenzen auf der Befundebene sowie das demonstrative Verhalten des Beschwerdeführers

lasse sich eine depressive Störung von mittelgradiger oder gar schwerer Ausprägung nicht bestätigen. Aktuell könne man allenfalls das Bild einer leichten depressiven Symptomatik, wohl bei Rezidivieren der depressiver Störung (Urk. 5/214/23), ausmachen, welches jedoch für die Arbeitsfähigkeit keine Relevanz habe. Auch die in der Vergangenheit diskutierte Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach einer Extrembelastung könne nicht aufrecht erhalten werden. Aus rein psychiatrischer Optik sei der Beschwerdeführer daher medizinisch-theoretisch in der Lage, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch jegliche andere Tätigkeiten, die seinem körperlichen Belastungsprofil entsprechen, zu verrichten (Urk. 5/214/21 und 5/214/23 f.).

Ferner wurde bemerkt, dass die Laborwerte einer am 20. Juni 2013 beim Beschwerdeführer entnommenen Blutprobe gezeigt hätten, dass die angegebenen Psychopharmaka nicht und die Analgetika unterdosierte beziehungsweise ebenfalls nicht (Tramadol) eingenommen worden seien, weshalb Zweifel an der Compliance des Beschwerdeführers bestünden (Urk. 5/214/20 und 5/214/35).

3.3.4

Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung des Beschwerdeführers wurde zusätzlich zur bekannten Diagnose

eines chronifizierten

thorakospondylogenen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (vgl. Urk. 5/89/40) neu ein chronifiziertes Weichteilschmerzsyndrom mit deutlicher Dekonditionierung feststellt, welches ebenfalls Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit habe (Urk. 5/214/23). Als Plattenleger sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Vom Bewegungsapparat her sei ihm jedoch

eine dem Leiden angepasste rückschonende Arbeitstätigkeit (in Anlehnung an die Beurteilung des A.____ vom 5. Februar 2008) während 8 ½ Stunden pro Tag zumutbar. Allenfalls bestehe zu Beginn eine Leistungseinbusse von 20 % infolge einer allgemeinen Dekonditionierung, die aber medizinisch-theoretisch innerhalb sechs Monaten durch ein entsprechendes Kraftausdauertraining beziehungsweise durch eine Kreislaufaktivierung korrigierbar sei (Urk. 5/214/22).

3.3.5

Als zusammengefasstes Belastungsprofil beider Disziplinen stellten die Gutachter fest, eine Tätigkeit sollte kein repetitives Tragen und Anheben von Gewichten über 7 kg beinhalten, repetitives Bücken und Aufrichten sowie monotones Vorneigen des Rumpfes sollten vermieden werden, ebenso Arbeiten, bei denen es zu hohen Vibrations- und Schlageinwirkungen auf den Oberkörper komme oder bei denen in Kauerposition gearbeitet werden müsse. Ansonsten sei der Versicherte im Stande, alle dem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechenden Tätigkeiten einfacher und durchschnittlicher geistiger Art mit einfachem Verantwortungsbereich auszuführen.

Ausdrücklich hielten die Gutachter sodann fest, dass es keine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit 2008 gegeben habe (Urk. 5/214/25). 3.4

Gemäss dem Austrittsbericht der Klinik D.____

vom 17. September 2013 unterzog sich der Beschwerdeführer wegen Suizidalität vom 13. bis zum 30. August 2013 freiwillig einer stationären psychiatrischen Behandlung. Als psychiatrische Diagnosen und Belastungsfaktoren nach ICD - 10 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychische Symptome (ICD-10: F33.2), und eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) genannt. Aufgrund einer Exazerbation seiner bekannten depressiven Symptomatik mit schwerer Niedergeschlagenheit, Verzweiflung, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Perspektivlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Reizbarkeit, Resignation, sozialer Isolation, Selbstwertproblematik und suizidalen Gedanken habe sich der Beschwerdeführer auf der Akutstation aufgehalten. Er habe angegeben, durch den Klinikaufenthalt entlastet zu sein und sich innerlich ruhiger zu fühlen. Am multimodalen Therapieprogramm habe er aktiv teilgenommen, besonders die Schmerz- und Entspannungsgruppe sowie die Ergotherapie hätten ihm Linderung seiner multiplen Beschwerden gebracht. Im Rahmen der medikamentösen Therapie sei die Eintrittsmedikation unverändert weiter geführt worden, ergänzt mit Withania

Somnifera gegen Ängste und innere Unruhe sowie Baldrian gegen Schlafstörungen. Es wurde die Austrittsmedikation vermerkt, unter deren Einnahme der Beschwerdeführer weder arbeits- noch fahrfähig sei (Urk. 5/223/2 f.). 3.5

Zum Austrittsbericht der Klinik D.____ vom 17. September 2013

nahmen die begutachtenden Ärzte der C.____ am 30. September 2013 schriftlich Stellung (Urk. 5/226). Sie vertraten die Auffassung, dieser enthalte keinen neuen Aspekt. Auch sie hätten die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt. Eine zwischenzeitliche Exazerbation der depressiven Symptomatik sei im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung nicht ungewöhnlich, insbesondere, da sich anlässlich der bei ihnen durchgeführten Untersuchung erhebliche Zweifel an einer angemessenen Medikamenteneinnahme ergeben hätten. Es entspreche den allgemein anerkannten Behandlungsstandards, dass beim Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung eine angemessene Pharmakotherapie auch über eine Remission der akutdepressiven Symptomatik hinaus verordnet und eingenommen werden sollte, um ein Rezidiv zu vermeiden. Dies habe der Beschwerdeführer offenbar nicht eingehalten. Es bestünden auch nach wie vor Zweifel am Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Ungeachtet dessen sei festzuhalten, dass sich aus der Anamnese und Befundlage ergebe, dass die sogenannten Försterkriterien nicht hinlänglich erfüllt seien. Es seien kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen und keine ausgewiesene Therapieresistenz auszumachen, viel mehr sei ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn durch Entpflichtung ersichtlich (Urk. 5/226/2). 3.6

Dr. E.____

untersuchte den Beschwerdeführer am 30. Dezember 2013 und am 20. Februar 2014 (Urk. 11 S. 1 und S. 16). Am 30. Dezember 2013 erhob er zudem eine Fremdanamnese durch ein Gespräch mit dem Schwager des Exploranden (Urk. 11 S. 1 und S. 22 f.). Überdies wurden ihm vom Beschwerdeführer und von dessen behandelnder Hausärztin,

Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin,

zahlreiche medizinische Unterlagen zur Verfügung gestellt (Urk. 11 S. 1 ff.). Ferner führte er je ein Telefonat mit Dr. H.____ und Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie im G.____.

In seinem Gutachten vom 31. Mai 2014 stellte er die folgenden Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11 S. 24): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwer, mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.21) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F. 45.41) - Opiat-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F.11.25) im Rahmen der chronischen Schmerzstörung.

Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung wurde verneint (Urk. 11 S. 37). Dr. E.____ gelangte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer wegen seiner komorbiden psychischen und körperlichen Erkrankungen auf dem ersten Arbeitsmarkt sowohl in seiner ursprünglichen Tätigkeit als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden in erster Linie auf der depressiven Störung durch Antriebsarmut, Konzentrationsstörung, starker innerer Unruhe, erhöhter Ermüdbarkeit und Verlangsamung kognitiver Funktionen beruhen (Urk. 11 S. 35). 4. 4.1

Strittig ist die Qualität des psychiatrischen Teils des bidisziplinären Gutachtens der C.____ vom 17. Juli 2013 (vgl. Urk. 1 S. 7 f. und Urk. 10 S. 4 ff.).

Dieser beruht auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers in Anwesenheit eines professionellen Übersetzers, wobei die Dauer der Exploration im Gutachten nicht

vermerkt ist (vgl. Urk. 5/214 /3 ff.) .

Aus den geschilderten Angaben des Beschwerdeführers geht jedoch hervor , dass dieser nicht nur zu sämtlichen relevanten Themenbereichen, namentlich zu seinen Beschwerden , deren Behandlung

und zu seiner aktuellen Lebenssituation , befragt wurde, sondern auch eine umfassende Anamnese von ihm

erhoben wurde (Urk. 5/214/13 ff.).

Zu Unrecht macht die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers

vor diesem Hintergrund geltend , die Begutachtung aufgrund

des einmaligen Gesprächs könne der vorliegend gegebenen gesundheitlichen Komplexität nicht gerecht werden (Urk. 1 S. 8 und 10 S. 8) .

Generell ist festzuhalten, dass ein Gutachter den Exploranden in der Regel nur für eine beschränkte Zeit sieht und sich aus der Anzahl sowie der Dauer der geführten Gespräche keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit eines Gutachtens ziehen lassen. Einen krankheitswertigen Befund oder das Fehlen eines solchen kann ein erfahrener Diagnostiker ohne Weiteres auch nach einem einmaligen Gespräch feststellen. Im konkreten Fall war die Begutachtung des Beschwerdeführers auch nicht mit besonders komplexen Fragestellungen verbunden. Sie erfolgte insbesondere in Kenntnis umfangreicher medizinischer Vorakten (vgl. 5/214/4 ff.). Es besteht deshalb kein Anlass, um das Gutachten allein wegen des Fehlens von weiteren Gesprächen in Zweifel zu ziehen.

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers

hat richtig erkannt , dass ohne Angabe einer Begründung auf eine Fremdanamnese verzichtet wurde (Urk. 1 S. 7; vgl. Urk. 5/214/17). Entgegen der von ihr vertretenen Auffassung ist eine solche für die Beurteilung psychischer Krankheiten jedoch auch nicht unabdingbar (vgl. Urk. 1 S. 7). Bei psychischen Störungen ist eine Fremdanamnese zwar häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1 mit Hinweisen).

Es wurde weder ausgeführt noch ist ersichtlich, inwiefern mit einer Fremdanamnese weitere Erkenntnisse bezüglich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers hätten gewonnen werden können, als diejenigen, welche sich bereits aus den vorhandenen umfangreichen medizinischen Unterlagen

und durch die Exploration des Beschwerdeführers

ergeben. Das von Dr. E.____ mit dem Schwager des Beschwerdeführers geführte Gespräch brachte keine wesentlichen neuen Aspekte zu Tage (vgl. Urk. 11 S. 22 f f. , insbesondere S. 39). Das Fehlen einer Fremdanamnese schmälert den Beweiswert des Gutachtens jedenfalls nicht und der Ermessensentscheid des Gutachters, auf das Erheben einer solchen zu verzichten, ist nicht zu beanstanden .

Gegen das Gutachten wird weiter eingewandt, die Berichte der Klinik I.____

seien eingangs des Gutachtens wiederholt als Austrittsbericht oder Attest des G.____ zitiert worden , was nicht korrekt sei. Daraus entstehe der Eindruck, dass die Gutachter nicht wahrgenommen haben könnten, dass Dr. F.____ , die behandelnde Ärztin im G.____ , und die

Ärzte der Klinik I.____

nicht identisch seien. Es falle auch auf, dass in den gutachterlichen Ausführungen immer das G.____ erwähnt wird (Urk. 1 S. 7). Der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist insoweit zuzustimmen, dass zumindest das gehäufte Auftreten von Ungenauigkeiten Zweifel an der Zuverlässigkeit gutachterlicher Einschätzungen hervorrufen kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_786/2009 vom 24. Februar 2010 E. 4.2.2). Solche sind vorliegend jedoch nicht auszumachen. Die

zahlreichen Berichte des G.____ , welche es

zuerst

der Klinik I.____

gehörte und heute der

D.____ gehört , wurden stets korrekt bezeichnet (vgl. Urk. 5/214/7

Ziff.

E. 29

[= Urk. 5/66] und

Ziff.

E. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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