

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00903 vom 11. Januar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00903](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00903)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00903 du 11 janvier 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00903 del 11 gennaio 2016

## **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). Sie 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).

### **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 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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 so weit 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).

### **E. 1.4**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 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 ver gewissern, 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 (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 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 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.5**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 7

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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 1 2. September 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2 2. Juli 2014 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlich gesch uldeten Leistun gen zu erbringen. Insbesondere sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen ( Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1 6. Oktober 2014 ( Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 2 4. Oktober 2014 ( Urk. 7) wurden schliesslich die Unfallakten der SUVA in Sachen des Beschwerdeführers betreffend den Unfall vom 2 1. Mai 2007 beigezogen, welche den Verfahrensbeteiligten am 2 4. November 2014 zur Kenntnis gebracht wur den ( Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer zwar seit dem 2 1. Mai 2007 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, in einer angepassten Tätigkeit allerdings seit jeher eine 100%ige Arbeitsfä higkeit vorliege . Somit habe sich seit dem Urteil des Bundesgerichts vom 3 0. September 2011 nichts verändert (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt ( Urk. 1), auf die gutachterlichen Beurteilungen könne – aus näher genannten Gründen – nicht abgestellt werden. Die behandelnden Ärzte würden ihm in einer leidens angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestieren. Trotz einer adäquaten Therapie habe sich sein psychischer Gesundheitszustand nicht ver bessert. Zudem habe der im Verfahren betreffend die Unfallversicherung beige zogene Handspezialist eine Verschlechterung seit 2009 festgestellt, was zu einem angepassten Belastungsprofil und zu einer Revision der Invalidenrente der Unfallversicherung geführt habe (S. 5 ff.). Es sei somit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ausgewiesen (S. 11).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 2 1. Mai 2012 ( Urk. 6/173) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sie eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massge benden Vergleichszeitraum zwischen der gerichtlich bestätigten rentenableh nenden Verfügung vom 3. September 2009 ( Urk. 6/72)

und der vorliegend ange fochtenen Verfügung vom 2 2. Juli 2014 ( Urk. 2) zu Recht verneint hat. 3.

Die rentenablehnende Verfügung vom 3. September 2009 ( Urk. 6/72) wurde sowohl vom hiesigen Gericht als auch vom Bundesgericht geschützt ( Urk. 6/144, Urk. 6/153). Das hiesige Gericht stellte

dabei im Wesentlichen auf die Einschätzung durch

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Klinik Z.\_\_\_\_, ab. Diese r nannte folgende Diagnosen

( vgl. Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. Juni 2011, Urk. 6/144 S. 9): - rheumatoide Arthritis, Erstdiagnose (ED) Januar 2009 - Differentialdiagnose (DD): Psoriasis - Arthropathie mit peripherem Befall - Rheumafaktor grenzwertig, antinukleäre Antikörper ( ANA ) 1:160, Anti- Citrullin -Antikörper ( Anti-CCP ) negativ - erosiv , anodulär - kernspintomographisch Synovitiden

Articulatio

metacarpophalangeae ( MCP ) I, II und III rechts; MCP I und III links; Handgelenkssynovitis rechts. Erosionen Metacarpalköpfchen II und III rechts sowie III links ( Magnetresonanztomographie, MRI, Hände beidseits vom 19. Januar 2009) - sonographisch zusätzlich leichtgradige Handgelenksarthritis links ( 7. Januar 2009) - Basistherapie: Methotrexat 20. Januar 2009 - Hamerschlagverletzung linke Hand am 21. Mai 2007 - posttraumatisches Karpaltunnelsyndrom links - posttraumatische karpale Desintegration Handgelenk links - Entwickeln einer complex regional pain

syndrome ( CRPS ) -Symptomatik - Tendovaginitis de Quervain rechts - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Nikotinabusus - Penicillinallergie

Bei der Würdigung der vorhandenen Arztberichte hielt das Gericht fest, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf den Bericht von Dr. A.\_\_\_\_

vom 2. April 2009 ab zustellen sei. Dieser

habe den Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit als Schlosser aufgrund der diagnostizierten rheumatoiden Arthritis als vollumfänglich arbeitsunfähig erachtet. Dr. A.\_\_\_\_ habe alsdann ausgeführt, dass der Beschwerdeführer keine schweren manuellen Arbeiten mehr verrichten könne. Geistige und psychische Einschränkungen bestünden nicht. Eine Erhöhung der Einsatzfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit hänge vom Ansprechen auf die eingeleiteten Therapien ab. Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sei in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2009 in der angestammten Tätigkeit als Schlosser ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen und habe eine leidensangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 %

als zumutbar gehalten. Darauf sei abzustellen. Hingegen könne – aus näher genannten Gründen - nicht auf die Berichte des Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie auf den Bericht der Hausärztin Dr. med. D.\_\_\_\_, praktische Ärztin, abgestellt werden (S. 10 f.). Nach erfolgtem Einkommensvergleich ermittelte das hiesige Gericht einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 37 % (S. 16). 4. 4.1

Seit der letztmaligen materiellen Prüfung sind die folgenden, wesentlichen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Die Ärzte des Spitals E.\_\_\_\_

informierten mit Austrittsbericht vom 10. August 2011 ( Urk. 6/155) über die am 5. August 2011 erfolgte Operation aufgrund einer am 22. Juli 2011 zugezogenen Weber-B-Fraktur rechts. Der Beschwerdeführer sei in einen Liftschacht gestürzt und habe danach über

starke Schmerzen im rechten Knöchel geklagt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos (S. 1 f.). 4.3

Die Ärzte des Instituts für Neuropsychologische Diagnostik und Bildgebung, Zentrum F.\_\_\_\_, gaben im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 12. Januar 2012 (Urk. 6/160) an, dass beim Beschwerdeführer ein reduziertes allgemeines kognitives Leistungsniveau mit einer Asymmetrie zwischen handlungs- und sprachgebundenen Leistungen erhoben worden sei. Die Untersuchung habe hauptsächlich Beeinträchtigungen im Bereich attentionaler und exekutiver Funktionen ergeben. Insbesondere seien der Antrieb, das längerfristige Konzentrationsvermögen sowie die Merkfähigkeit mittelgradig bis deutlich eingeschränkt gewesen. Zusammenfassend habe die neuropsychologische Diagnostik aktuell keine Hinweise für klinisch relevante Beeinträchtigungen im Sinne primärer hirnganisch bedingter Funktionsstörungen ergeben. Da es sich bei den kognitiven Beeinträchtigungen überwiegend wahrscheinlich um sekundäre Folgen der affektiven und der somatischen Störungen handle, sei die Behandlung dieser primären Störungen im Vordergrund (S. 5). 4.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 16. Mai 2012 (Urk. 6/190) an, dass sie den Beschwerdeführer seit Juli 2011 behandle und diagnostizierte eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21). Der Verlauf sei bis jetzt ungünstig. Der Beschwerdeführer leide trotz guter Compliance und Umstellung der Medikation weiterhin vor allem an Konzentrationsstörungen sowie dauernder Müdigkeit. 4.5

Dr. A.\_\_\_\_ bestätigte mit Bericht vom 7. Januar 2013 (Urk. 6/212/5-6) die bereits von ihm anlässlich des früheren Rentenverfahrens gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 3) und führte zusätzlich eine Malleolarfraktur rechts vom 22. Juli 2011 mit erfolgreicher Osteosynthese sowie eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung auf (S. 1).

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aufgrund der entzündlich rheumatischen Erkrankung sowie depressiven Episoden langfristig nicht gegeben. Er empfehle das Ausstellen einer Vollrente (S. 2).

Mit erneutem Bericht vom 10. Januar 2013 (Urk. 6/213) gab Dr. A.\_\_\_\_ an, dass sich bezüglich der Schmerzen insgesamt ein stabiler Verlauf zeige. Einzig das linke Handgelenk habe in letzter Zeit wieder vermehrt Schmerzen verursacht (S.

1). Aus rheumatologischer Sicht zeige sich eine gute Wirkung der Kombinationsbehandlung mit Methotrexat und Salazopyrin, in dem weder während der aktuellen klinischen noch sonographischen Untersuchung eine Synovitis habe vorgefunden werden können. Die zunehmenden Schmerzen im Bereich des Handgelenkes seien am ehesten postentzündlich bedingt (S. 2). 4.6

Am 5. März 2013 erfolgte im Spital E.\_\_\_\_ die Osteosynthesematerialentfernung Malleolus

lateralis rechts. Als Indikation für die Operation wurde ausgeführt, dass die Schwellung unter regelmässigem Tragen der Strümpfe praktisch nicht mehr bestehe und sich bereits vor einem Jahr eine Konsolidation der Fraktur gezeigt habe, so dass die Entfernung des Osteosynthesematerials

habe vorgenommen werden können (vgl. Operationsbericht vom 5. März 2013, Urk. 6/217/2). 4.7

Im Rahmen des Verfahrens betreffend die Unfallversicherung erstattete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, sein Partei gutachten zuhanden des Beschwerdeführers am 15. März 2013 (Urk. 10/219) und führte dabei folgende Diagnosen auf (S. 13 f.): - perilunäre Luxation des zentralen und ulnaren karpalen Pfeilers Handgelenk links in fixierter PISI-Stellung, Status nach Hammerschlag-Verletzung am 21. Mai 2007 - mit fortschreitender posttraumatischer radio-karpaler sowie inter-karpaler Arthrose - traumatische Läsion des Nervus

medianus Höhe Handgelenk links (Axonotmesis Grad II bis III nach Sunderland mit persistenten, leichtgradigen sensiblen Störungen) - mit neuropathischen Schmerzen und Allodynie Höhe Handgelenk-Hohlhand, Schmerz ausstrahlung in Unterarm, Hand und Finger - bis heute nicht sicher bestätigte Verdachtsdiagnose einer rheumatoide n Arthritis (oligo-artikulärer Befall) bei negativer Serologie und fehlenden Entzündungsparametern

Die Vermutung liege nahe, dass der Beschwerdeführer am 21. Mai 2007 eine perilunäre Luxation erlitten habe als Folge einer schweren Kontusion des linken Handgelenkes und gleichzeitig eine Medianus-Schädigung, welche sich bis heute nicht zu 100% restituiert habe. Diese Fakten könnten sowohl die bisherigen und heutigen Beschwerden als auch das am linken Handgelenk zunehmende Schmerzbild besser erklären als ein rheumatisches entzündliches Geschehen. Die erheblichen Funktionseinschränkungen würden sich an der linken Hand in Form von Strukturveränderungen (Arthrose, Fehlstellungen, Instabilitäten, Bewegungs- und Belastungseinschränkungen) nachvollziehen lassen. Mit diesen Fakten könne die Verschlechterung der bisher geltenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Schlosser begründet werden. Eine rheumatoide Arthritis sei weder bewiesen noch sei sie eine plausible Erklärung für die bestehenden Beschwerden an beiden Handgelenken. Infolge Verschlechterung des Zustandes sei das vom Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ formulierte Belastungsprofil obsolet (S. 18). Bei Beachtung des neu aufgeführten Belastungsprofils sei der Beschwerdeführer ganztags ohne Zeitunterbrüche an fünf Tagen in der Woche arbeitsfähig (S. 19). 4.

#### **E. 2.5**

) sowie des Umstandes, dass die Einnahme der Psychopharmaka mehr als fraglich erscheint, da sich lediglich minimale Spuren des Antidepressivums Saroten

im Blut nachweisen liessen (Urk. 6/245 S. 80), der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben allerdings drei psychiatrische Medikamente zu sich nimmt (vgl. Urk. 6/247/3-26 S. 13 Ziff. 2.5), erscheint der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht als erheblich.

Die Einschätzung von Prof. J.\_\_\_\_ einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit erscheint demzufolge – ungeachtet der konkreten Diagnose – als nachvollziehbar. Dem Beschwerdeführer ist es bei Aufbietung allen guten Willens zuzumuten, die verbleibende Leistungsfähigkeit vollumfänglich zu verwerten. 5. 6

Zusammenfassend ist somit gestützt auf die beiden beweiskräftigen Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_

sowie Prof. J.\_\_\_\_ mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass weiterhin keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Die diagnostizierte chronische

Anpassungsstörung hat keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der somatischen Beschwerden, namentlich der rheumatoiden Arthritis sowie dem Status nach Hammerschlag-Verletzung des palmaren Handgelenkes, ist dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Schlosser weiterhin nicht

mehr zumutbar. In einer

leidensangepassten Tätigkeit bei Beachtung des von Dr. K.\_\_\_\_ aufgeführten

Belastungsprofils ist der Beschwerdeführer hingegen nach wie vor zu 100 %

arbeitsfähig. Der Gesundheitszustand hat sich somit seit der letzten Rentenabweisung nicht wesentlich verschlechtert. Da bezüglich der Einkommensparameter keine Änderungen ersichtlich sind und diese somit – angepasst an die Nominallohnentwicklung – gleichbleiben, kann auf einen neuerlichen Einkommensvergleich verzichtet werden. Der Beschwerdeführer kann weiterhin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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 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 Kudelski

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 8**

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, praktischer Arzt, führte mit Bericht vom 20. März 2013 ( Urk. 6/222/1-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - Weber- B -Fraktur rechts am 27. Juli 2011 und Status nach Osteosynthese am 5. August 2011 - Schwellung des oberen Sprunggelenkes ( OSG ) - Hämatom - funktionelle Bewegungsstörung rechts OSG - Status nach Verdacht auf Low Grade Infektion - rezidivierende Synovitiden beider Handgelenke und Fingergelenke - posttraumatisches Karpaltunnelsyndrom links - depressive Episoden mit Angststörungen und Versagensängsten - Tendovaginitis de Quervain rechts - rezidivierende Konjunktiven vermutlich im Rahmen einer rheumatischen Erkrankung - psoriatische Ekzeme - Psoriasis - Arthropathie, ED Januar 2009 - Kapselschwellung des Fibulaköpfchens links - rheumatoide Arthritis, ED Januar 2009 - Status nach Hammerschlagverletzung der linken Hand am 21. Mai 2007 - posttraumatische karpale Desintegration linkes Handgelenk - Überlastungsschaden linkes Handgelenk - Status nach Fraktur linkes Handgelenk und Operation Strecksehnen 2007

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Gastroenteritis, eine Bronchitis, eine Pharyngitis (richtig: Pharyngitis) sowie einen tiefherhaften Infekt (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei mässig gut, da es auch unter gut eingestellter Medikation immer wieder zu Schüben der rheumatischen Erkrankung komme. Diese würden durch die wechselnde psychische Situation überlagert (S. 4 Ziff. 1.4). Dem Beschwerdeführer seien keine Belastungen von mehr als 50 % zumutbar und das auch nur in körperlich angepassten Tätigkeiten. In psychisch schlechten Phasen bestehe keine Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer sei mit Sicherheit regelmässig mehr als 50 % körperlich eingeschränkt (S. 5 Ziff. 1.7). 4.

### **E. 9**

Dr. G.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 27. März 2013 ( Urk. 6/223/1-6) eine andauernde Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer chronischen Anpassungsstörung bei verschiedenen somatischen Erkrankungen (ICD-10 F62.88) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei eher ungünstig (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit Juli 2011 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig, bedingt durch die verminderte psychische Belastbarkeit. In Stresssituationen würden die somatischen und psychischen Symptome zunehmen (S. 3 f. Ziff. 1.6-1.7). 4.10

Dr. A.\_\_\_\_ informierte mit Bericht vom 11. April 2013 ( Urk. 6/225) über den weiterhin guten Verlauf der rheumatoiden Arthritis mit praktisch fehlenden humoralen Entzündungsparametern. Es sei weiterhin eine Remission festzustellen (S. 2). 4.11

Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhause der Beschwerdegegnerin am 16. Dezember 2013 ( Urk. 6/247/3-26), wobei er keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Anpassungsstörung gemäss DSM-IV 309.0 (S. 21 lit. E). Bei der Exploration hätten sich die psychopathologischen Beobachtungen von Dr. G.\_\_\_\_ bestätigt und auch die subjektiven Beschwerden würden ähnlich vorgetragen. Im

Psychostatus falle eher ein leicht dysphorischer Affekt als eine depressive Grundstimmung auf. Die von Dr. G. \_\_\_ diagnostizierte Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) bedinge jedoch einen zeitlichen Rahmen von maximal zwei Jahren zur Belastungssituation. Da dieser Zeitraum überschritten sei, müsse die beim Beschwerdeführer vorhandene Psychopathologie als chronische Anpassungsstörung (DSM-IV 309.0) eingeordnet werden. Dem Beschwerdeführer sei die Überwindung der psychischen Störungsbilder zumutbar (S. 19 f.). In der zuletzt ausgeübten sowie in einer adaptierten Tätigkeit sei er uneingeschränkt einsetzbar (S. 21). 4.1 2

Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH K. \_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattete ihr internistisch-rheumatologisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 30. Dezember 2013 (Urk. 6/245) und führte die nachfolgend gekürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 81 Ziff. 9.1): - rheumatoide Arthritis (ED Januar 2009), in Remission seit Jahren - seronegativ und Anticitrullin-negativ mit Basistherapien - leichtgradige entzündliche Aktivität des distalen Radioulnargelenks beidseits ohne Gelenkerguss und sonst ohne entzündliche Aktivität der Hand- und Fingergelenke beidseits, insbesondere ohne erosive Veränderungen beidseits und daher deutlich klinische und bildgebende Verbesserung (MRI Dezember 2013 gegenüber MRI Januar 2009) - normale Knochendichte des rechten Radius sowie der rechten Ulna

und Knochendichte im unteren Normbereich des linken Radius sowie der Ulna links (Osteodensitometrie, DEXA, Dezember 2013) - Status nach Hammerschlag-Verletzung des palmaren Handgelenkes links am 21. Mai 2007 mit - passagerem CRPS Typ II - Karpaltunnelsyndrom und Karpaltunnelsyndrom-Operation am 2. August 2007 - diffusen subchondralen Veränderungen im distalen Radius bei wahrscheinlich posttraumatisch bedingter Konturirregularität an der radio-karpalen Gelenkfläche des distalen Radius (MRI Dezember 2013) - Knochendichte im unteren Normbereich des linken Radius und der Ulna links (DEXA Dezember 2013)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. K. \_\_\_ einen Nikotinabusus, eine Adipositas Grad I, eine arterielle Hypertonie sowie einen Status nach Malleolarfraktur Typ Weber-B rechts an (S. 81 Ziff. 9.2). Alle drei Wirbelsäulenabschnitte seien normal beweglich und radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden gewesen. Auch seien keine Synovitiden, Gelenkergüsse oder überwärmte Gelenke vorhanden. Ein CRPS sei nicht erkennbar. Die palpatorsche Beurteilung des Spannungszustandes der Muskulatur sei wegen des darüber liegenden Fettgewebes bei Adipositas deutlich erschwert gewesen. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotzdem eine erfreulich grosse Muskelmasse von 49%, welche den Normwert von 40% weit übertr effe . Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Weiter zeige die Röntgenuntersuchung beider oberer Sprunggelenke eine vollständig konsolidierte Fraktur rechts. Entzündliche Veränderungen seien beidseits nicht vorhanden. Im Bereich der Hammerschlag-Verletzung der linken Hand zeige die MRI-Untersuchung im Wesentlichen unveränderte Befunde gegenüber den vorangegangenen MRI-Untersuchungen. Es zeige sich beidseits eine leichte entzündliche Aktivität des distalen Radioulnargelenks ohne Gelenkerguss. Es seien jedoch weder Erosionen noch Synovitiden erkennbar. Daher hätten sich die bildgebenden Befunde deutlich gebessert, denn im Januar 2009 seien sowohl Erosionen als auch Synovitiden sichtbar gewesen. Die Messung der Knochendichte zeige keine Osteopenie oder Osteoporose. Von den fünf

geprüften Medikamenten sei lediglich das Antidepressivum Saroten im Blut nachweisbar gewesen, allerdings weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Von den übrigen vier Medikamenten fehle jede Spur im Blut (S. 82).

Die angestammte Tätigkeit könne der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 21. Mai 2007 nicht mehr ausüben. In einer angepassten Tätigkeit habe indessen nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden und der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig. Er benötige eine handschonende Tätigkeit, wobei insbesondere keine Schläge oder Vibrationen auf die Hände auftreten sollten. Dabei könne er selten Gewichte bis zu 10 kg heben und tragen (S. 85). Der Beschwerdeführer habe bei der Untersuchung kein Schmerzmittel verwendet. Die medikamentöse Schmerztherapie habe daher noch ein grosses Optimierungspotenzial. Seit Jahren habe zudem weder eine physiotherapeutische noch eine ergotherapeutische Behandlung stattgefunden. Die Prognose sei gut (S. 86). Der Gesundheitszustand habe sich verbessert, da das MRI der Hand keine erosiven Veränderungen oder Synovitiden mehr gezeigt habe (S. 88). 4.13

In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 30. Dezember 2013 (Urk. 6/247/12) führten Dr. K.\_\_\_\_ und Prof. J.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine rheumatoide Arthritis, seit Jahren in Remission, sowie einen Status nach Hammerschlag-Verletzung des palmaren Handgelenkes links am 21. Mai 2007 auf. Es liege keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (S.

1). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer und bidisziplinärer Sicht könne der Beschwerdeführer eine angepasste,

handschonende Tätigkeit mit seltenem Hantieren von Lasten bis zu 10 kg zu 100 % ausüben. Die angestammte Tätigkeit könne er seit dem 21. Mai 2007 nicht mehr ausüben (S. 2). 4.14

Dr. A.\_\_\_\_

informierte mit Bericht vom 25. Februar 2014 (Urk. 6/260) über die nochmalige Beurteilung der kernspintomographischen Verlaufsbilder der Hände. In Kenntnis der Vorbefunde würden sich residuelle, partiell randsklerosierte kleine Erosionen an den Metakarpalköpfchen Dig. III beidseits radialseitig sowie an der Grundphalanx Dig. III rechts und am Carpus beidseits linksbetont

zeigen. Derzeit liege kein Nachweis einer aktiven entzündlichen Aktivität vor. Am Metakarpalköpfchen Dig. II rechts sei von den vormals sichtbaren entzündlichen Veränderungen kaum noch etwas zu erkennen. Auf der aktuellen Röntgenaufnahme sei zudem eine kleine Usur an der Basis der Grundphalanx Dig. IV rechts zu erkennen.

Wiederum seien im MRI keine aktiv entzündlichen Veränderungen

sichtbar gewesen. Es bestehe derzeit eine leichtgradige, entzündliche Aktivität des distalen Radioulnargelenks beidseits ohne Gelenkerguss. Da der Beschwerdeführer auf die installierte Behandlung der rheumatoiden Arthritis mit regredienten

ossären Läsionen gut angesprochen habe, habe er ihm zur Aufnahme einer behinderten adaptierten Tätigkeit geraten. Aus rheumatologischer Sicht könne der Beschwerdeführer eine sitzende Tätigkeit ohne starkes manuelles Arbeiten ausführen (S. 2). 4.15

Dr. G.\_\_\_\_ gab mit Schreiben vom 3. Mai 2014 ( Urk. 6/266) an, dass der Beschwerdeführer aufgrund der andauernden Persönlichkeitsänderung im Rahmen einer chronischen Anpassungsstörung (ICD-10 F62.8) weiterhin nicht mehr als zu 50 % arbeitsfähig sei . Die Persönlichkeitsänderung zeige sich in einer verminderten Belastbarkeit bei Überforderungssituationen, mit einer Beeinträchtigung der Konzentration, einem Auftreten von Kopfschmerzen sowie einer zunehmenden Nervosität. In der neuropsychologischen Untersuchung sei ein reduziertes allgemeines kognitives Leistungsniveau festgestellt worden (S.

1). 5. 5. 1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass die beiden Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ sowie P r of. J.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.11-13 ) die vom Beschwer deführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigen, in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstatten wurden und der konkreten medizinischen Situation Rechnung tragen. Die Beurteilungen leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vor genommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähig keit werden ausführlich begründet. Die Beurteilungen sind nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Die beiden Gutachten erfüllen damit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Ent scheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1. 7 ) vollumfänglich, so dass für die Ent scheidfindung darauf abgestellt werden kann. Die s empfahl überdies auch der RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Rheumatologie und für Hämatologie (vgl. Stellungnahme vom 2 4. Januar 2014, Urk. 6/257 S. 5 f.). 5. 2

Aus somatischer Sicht leidet der Beschwerdeführer demnach weiterhin an einer rheumato iden Arthritis sowie an einem Status nach Hammerschlag-Verletzung des palmaren Handgelenkes links. Dr. K.\_\_\_\_ berichtete dabei über weitestge hend normale Befunde, dies mit Ausnahme der deutlich verminderten Handkraft beidseits ( Urk. 6/245 S. 76 ff.). So seien insbesondere keine radikulären Zeichen, keine Synovitiden , Gelenksergüsse oder überwärmte Gelenke vorhanden gewe sen. Aus der grossen Muskelmasse könne keine lang andauernde körperliche Schonung abgeleitet werden. Aufgrund der klinischen sowie bildgebenden Befunde und der Laborbefunde bestehe weiterhin eine Remission der rheu matoiden Arthritis. Die bildgebenden Befunde an den Händ en hätten sich gegenüber dem MRI im Januar 2009 deutlich gebessert ( Urk. 6/245 S. 82 f.). Dieser Ansicht ist im Übrigen auch Dr. A.\_\_\_\_ , welcher, nachdem er zuerst eine Arbeitsfähigkeit verneint und das Ausstellen einer Voll rente empfo hl en hatte ( Urk. 6/212/5-6 S. 2) , über einen stabilen Verlauf mit guter Wirkung der Kom binationstherapie und über eine Remission berichtete ( Urk. 6/213 S. 2 , Urk. 6/225 S. 2 )

sowie schliesslich nach erneuter Beurteilung der

kernspi ntomo graphischen Verlaufsbilder eine behinderungsangepasste Tätigkeit als zumutbar erachtete ( Urk. 6/260 S. 2). Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheits zustandes seit der letztmaligen Beurteilung lässt sich daraus jedenfalls nicht herleiten, zumal die fehlende Medikamenteneinnahme ( Urk. 6/245 S. 80, S. 83) nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen lässt.

Zwar verletzte sich der Beschwerdeführer am 2 7. Juli 2011 und somit kurz nach der letztmaligen materiellen Beurteilung noch am rechten Sprunggelenk. Die diesbezügliche

Fraktur wurde im August 2011 operiert und das Osteosynthese material im März 2013 entfernt ( Urk. 6/155, Urk. 6/217/2). Die im Rahmen der gutachterlichen Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_ erfolgte Röntgenuntersuchung hat

eine vollständig konsolidierte Fraktur gezeigt. Entzündliche Veränderungen seien nicht vorhanden gewesen, so dass die Einordnung der besagten Fraktur als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar und plausibel erscheint ( Urk. 6/245 S. 81 f).

Dem Beschwerdeführer wird in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil folglich weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, so dass aus somatischer Sicht keine für die Annahme einer Invalidität massgebende Veränderung angenommen werden kann. 5.3

Daran vermag die abweichende Beurteilung des behandelnden Hausarztes Dr. I.\_\_\_\_ nichts zu ändern, zumal er unter anderem auch psychiatrische Diagnosen stellte und seine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit unter Beachtung derselben erfolgte. So gab er

beispielsweise an, dass die rheumatische Erkrankung durch die wechselnde psychische Situation überlagert werde und in psychisch schlechten Phasen keine Belastbarkeit bestehe ( Urk. 6/222/1-8 S. 4 f.). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind indessen psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2). Im Übrigen gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). 5.4

Auch aus dem im Verfahren betreffend die Unfallversicherung eingeholten Privatgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ lässt sich in der vorliegenden Streitigkeit keine massgebende Veränderung des Gesundheitszustandes und der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers herleiten. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ( vgl. Urk. 6/267 S. 3) lag dieses Privatgutachten Dr. K.\_\_\_\_ bei deren Beurteilung nicht vor, ist es doch weder ihrer ausführlichen Auflistung der Aktenlage noch den IV-Akten selbst zu entnehmen (vgl. Urk. 6/1-272 und dabei insbesondere Urk. 6/245 S. 5 ff.). Der Umstand, dass dieses Privatgutachten Dr. K.\_\_\_\_ bei deren Beurteilung nicht vorlag, ändert an der

Beweiskraft ihres Gutachtens indessen nichts. Bei der abweichenden Einschätzung durch Dr. H.\_\_\_\_, wonach eine perilonäre Luxation wahrscheinlicher als eine rheumatoide Arthritis sei (Urk. 10/219 S. 18), handelt es sich

lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Zudem lässt sich aus der von Dr. H.\_\_\_\_ vorgenommenen Beurteilung keine Verschlechterung bezüglich der Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen herleiten. Das hiesige Gericht erachtete den Beschwerdeführer bereits mit Urteil vom 6. Juni 2011 in der bisherigen Tätigkeit als Schlosser für vollumfänglich arbeitsunfähig (vgl. Urk. 6/144 S. 10 f.). Die von Dr. H.\_\_\_\_ erwähnte bisherige 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 10/219 S. 18) betraf folglich nicht das invalidenversicherungsrechtliche, sondern das unfallversicherungsrechtliche Verfahren. Der Umstand, dass Dr. H.\_\_\_\_ nun eine diesbezügliche Verschlechterung erwähnt, hat somit im vorliegenden Verfahren keinen Einfluss. Des Weiteren hat das hiesige Gericht im besagten Urteil – entgegen den Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 10/219 S. 18 unten) – gerade nicht auf die Beurteilung des Kreisarztes Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt, sondern auf die Einschätzung durch

Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 6/144 S. 10 f.). Da Dr. H.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer in Übereinstimmung mit der Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_ bei einem weitestgehend übereinstimmenden Belastungsprofil zudem als zu 100% arbeitsfähig in einer behinderungsgangepassten Tätigkeit erachtet (Urk. 10/219 S. 19), ergibt sich daraus ebenfalls keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes oder der verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Selbst eine in qualitativer Hinsicht leicht grössere Einschränkung aufgrund des Belastungsprofils von Dr. H.\_\_\_\_

würde keinen Einfluss auf den Invaliditätsgrad hervorrufen, da der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit übereinstimmend als zu 100% arbeitsfähig erachtet wurde und das hiesige Gericht bereits im Jahr 2011 für die Bestimmung des Invalideneinkommens einen eher grosszügig bemessenen leidensbedingten Abzug von 20% gewährt (vgl. Urk. 6/144 S. 16). Zu erwähnen gilt es ausserdem, dass der Beschwerdeführer auch aus der durch die SUVA erfolgten Rentenerhöhung ab dem 13. April 2012 (vgl. Urk. 10/254) nichts zu seinen Gunsten ableiten kann, besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung (BGE 133 V 549).  
5. 5

In psychischer Hinsicht ist schliesslich gestützt auf die nachvollziehbare und plausible Beurteilung durch Prof. J.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Die diagnostizierte chronische Anpassungsstörung (DSM-IV 309.0) ordnete Prof. J.\_\_\_\_ als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein. Wie Prof. J.\_\_\_\_ selbst festhielt, konnte er die psychopathologischen Beobachtungen von Dr. G.\_\_\_\_ bestätigen (Urk. 6/247/3-26 S. 19). Die Tatsache, dass Dr. G.\_\_\_\_ in der Folge eine leicht andere Diagnose stellte, lässt an der Beurteilung von Prof. J.\_\_\_\_ keine Zweifel aufkommen, zumal es nicht auf die Diagnose selbst, sondern auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ankommt (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Zudem erfolgte die Klassifikation durch Dr. G.\_\_\_\_ nach den Bestimmungen des ICD-10, währenddessen Prof. J.\_\_\_\_ seine Diagnose unter Berücksichtigung des DSM-IV stellte (vgl. hierzu Sass/Wittchen / Zaudig [Hrsg.], Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 1996, S. 705 ff.).

Eine Anpassungsstörung ist alsdann

im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2014 vom 30. April 2014 E. 3.2) und auch die von Dr. G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung im Rahmen einer chronischen Anpassungsstörung (ICD-10 F62.8) stellt für sich allein nicht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Rechtssinne dar. Vielmehr ist die Frage der invalidisierenden Wirkung nach den rechtlichen Kriterien zu beurteilen, die für somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche Leiden gelten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_822/2013 vom 4. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweis auf in BGE 136 V 362 nicht publizierte E. 2.3 des Urteils 9C\_55/2010 vom 8. Oktober 2010). Zuletzt gilt es darauf hinzuweisen, dass bei jeder Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen ist (vorstehend E. 1.1 und E. 1.3; vgl. hierzu auch BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Aufgrund

der minimalen psychopathologischen Befunde (Urk. 6/247/3-26 S. 14 ff.), der lediglich einmal monatlich stattfindenden Therapiesitzungen (Urk. 6/247/3-26 S. 13 Ziff.

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